



Universitat de les Illes Balears

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Memòria del Treball de Fi de Grau

Utilización del masaje perineal durante el embarazo para evitar la realización de episiotomías.

Marta Otero Rodríguez

Grau de Fisioteràpia

Any acadèmic 2018-19

DNI de l'alumne: 43467988N

Treball tutelat per Elisa Bosch

Departament de Fisioteràpia

Paraules clau del treball: perineal, massage, episiotomy

RESUMEN

El parto vaginal está comúnmente asociado a disfunciones del periné, ya sea de manera espontánea (desgarro) o debido a una incisión quirúrgica o episiotomía. Una amplia gama de técnicas son utilizadas para evitar los desgarros y las episiotomías durante el parto pero en este trabajo nos centramos en la utilización de la técnica del masaje perineal y en analizar la relación entre esta y la disminución de la tasa de episiotomías.

Objetivos: realizar una revisión bibliográfica de los artículos relacionados con el masaje perineal por tal de identificar su eficacia como factor preventivo en la reducción de la tasa de episiotomías en el parto.

Conclusiones: el masaje perineal se puede considerar un método preventivo de la realización de episiotomías en el parto.

Palabras clave: Perineo, Masaje perineal, Episiotomía.

ABSTRACT

Vaginal delivery is commonly associated with perineal dysfunctions, either spontaneously (tearing) or due to surgical incision or episiotomy. A wide range of techniques are used to avoid tears and episiotomies during childbirth but in this work we focus on the use of the perineal massage technique and to analyze the relationship between this and the decrease in the rate of episiotomies.

Objectives: To carry out a bibliographical review of the articles related to the perineal massage in order to identify its efficacy as a preventive factor in reducing the rate of episiotomies in childbirth.

Conclusions: Perineal massage may be considered a preventive method of performing episiotomies in childbirth.

Key words: Perineal, Massage, Episiotomy.

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT.....	2
ÍNDICE.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	5-7
• Pregunta clínica de investigación.....	5
• Fuentes de información.....	5
• Límites.....	6
• Criterios de elegibilidad.....	7
• Calidad metodológica.....	7
RESULTADOS.....	8-10
• Fuentes de información y calidad metodológica.....	8
• Características generales de la muestra.....	9
• Intervención.....	10
• Variables.....	10
DISCUSIÓN.....	11-18
• Trauma perineal.....	11
• Periné intacto.....	12
• Masaje perineal.....	12
• Episiotomías.....	13
• Materiales de los estudios.....	14
• Intervención.....	15
• Resultados.....	17
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXOS.....	21

INTRODUCCIÓN

El masaje perineal tiene como objetivo flexibilizar y estirar las partes blandas de la zona del periné, para aumentar la elasticidad de los tejidos. Algunas de las ventajas terapéuticas registradas del masaje perineal son el aumento de la vaso-dilatación, del flujo sanguíneo, una reducción del estrés y presión perineal, un alivio del dolor y una disminución del riesgo de daño perineal, al estar siendo los tejidos elongados y relajados. Por otro lado y debido a todo lo anterior, Geranmayeh M et al. (1) comentan que el masaje perineal ayuda a la madre a familiarizarse con sensaciones como ardor, quemazón, sensación de presión y tensión durante la entrega de la cabeza neonatal.

La episiotomía, es una de las intervenciones más frecuentes en obstetricia y supone una incisión a través del periné para ampliar el diámetro vaginal. En muchos estudios, se demuestra que los riesgos de la episiotomía superan los beneficios. La episiotomía se puede realizar (más frecuentemente en mujeres primíparas) para evitar desgarros perineales graves, acelerar el proceso del parto o prevenir complicaciones en el feto. Aún así, y contrariando lo dicho anteriormente, en numerosos estudios la episiotomía ha sido atribuida como un factor de riesgo de tercer y cuarto grado de desgarro perineal, dando lugar a trauma perineal postparto. La tasa de episiotomías realizadas ha disminuido desde 1980. Pese a esto la prevalencia de esta intervención varía según el país, oscilando desde un 8% en Holanda, hasta un 14 % en Reino Unido, 50% en USA y hasta 99% en los países Europeos del Este (1). Por otro lado, Leon-Larios F et al. (2) indican que en España, la tasa de episiotomía registrada es de un 40,2%.

Shahoei R et al. (3) enumeran los tipos de desgarro perineal relacionando los de primer grado con daños en la piel y la membrana mucosa del periné, los de segundo grado implicando piel y músculos, los de tercer grado dicen que involucran además al esfínter anal y los de cuarto grado la membrana mucosa rectal. El trauma perineal, deriva de estos desgarros que se producen durante el parto, produciendo morbilidad a corto y largo plazo, seguido de complicaciones como sangrado, hematomas, infecciones, fistulas vesicovaginales y rectovaginales, dispaurenia e incontinencia urinaria y fecal. En este trabajo estimaron que la incidencia de trauma perineal en el parto es de un 85%. El mismo artículo afirma que el tejido perineal debería ser apartado para permitir la salida del neonato por la vagina y que el masaje perineal, aumenta la elasticidad y riesgo

sanguíneo hacia el periné, facilitando así el empuje y disminuyendo el dolor durante el parto.

OBJETIVOS

- Principal: demostrar la relación existente entre el masaje perineal y la episiotomía.
- Secundarios:
 - Identificar si se utiliza el masaje perineal como práctica habitual durante el embarazo
 - Reconocer si existe relación entre masaje perineal y reducción del uso de episiotomías.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Pregunta clínica/de investigación:

¿Cuál es la relación existente entre el masaje perineal y la episiotomía?

Fuentes de información:

Para responder a la pregunta planteada se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane y PEDro. La búsqueda se realizó del 13/03/2019 hasta el 02/04/2019.

Los descriptores utilizados fueron “perineum”, “massage” y “episiotomy” utilizando el operador booleano “AND”. Se realizó una segunda búsqueda incluyendo los descriptores “pregnancy” y “delivery,obstetrics”, pero los resultados no variaron.

También se ha empleado en la búsqueda las siguientes palabras clave: “perineal”, “massage” y “episiotomy” (Tabla 1 y 2).

Tabla 1.

<i>Base de datos Medline</i>	<i>A través de la plataforma PubMed</i>
Estrategia de búsqueda:	“Perineal” AND “Massage” AND “Episiotomy”
#1	“Perineum”[Mesh] AND “Massage”[Mesh]
#2	AND “Episiotomy”[Mesh]
#3	“Perineum”[Mesh] AND “Massage”[Mesh] AND “Episiotomy”[Mesh] AND “Delivery, Obstetric”[Mesh] AND “Pregnancy”[Mesh]
<i>Base de datos Cochrane Library Plus</i>	<i>A través de las plataforma Biblioteca Cochrane</i>
#1	“Perineum” AND “massage” AND “episiotomy”
<i>Base de datos PEDro</i>	<i>A través de la plataforma PEDro</i>
#1	“Perineum” “Massage” “Episiotomy”

Tabla 2.

Descriptores	
<i>DECS</i> Perineo Masaje Episiotomía	<i>MESH</i> Perineum Massage Episiotomy
Palabras clave	
<i>ESPAÑOL</i> Periné Masaje Episiotomía	<i>INGLÉS</i> Perineal Massage Episiotomy

Límites

Los límites establecidos en la búsqueda fueron:

- Idioma : inglés
- Tipo de estudio: Ensayos Clínicos, Editoriales, Guías de Práctica Clínica, Ensayos Clínicos Aleatorizados, Ensayos Clínicos Controlados y Meta-análisis.
- Año de publicación: últimos 10 años.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Estudios que incluyan :
 - ✓ Mujeres embarazadas primíparas o multíparas
 - ✓ Edad gestacional a partir de la semana 32
 - ✓ Edad maternal entre 18-30 años
 - ✓ Presentación cefálica anterior
 - ✓ Gestación única
 - ✓ Anticipación de un parto vaginal espontáneo

Criterios de exclusión

- Estudios que incluyeran:
 - x Estrés fetal durante el parto
 - x Asistencia instrumental en el momento del parto
 - x Cesárea
 - x Macrosomía fetal
 - x Contraindicaciones para el parto vaginal
 - x Enfermedades médicas durante el embarazo
 - x Herpes vaginal, erupciones eritematosas y edema del periné
 - x Ruptura prematura de membranas (PROM)
 - x Prematernidad y postmaternidad

Calidad metodológica

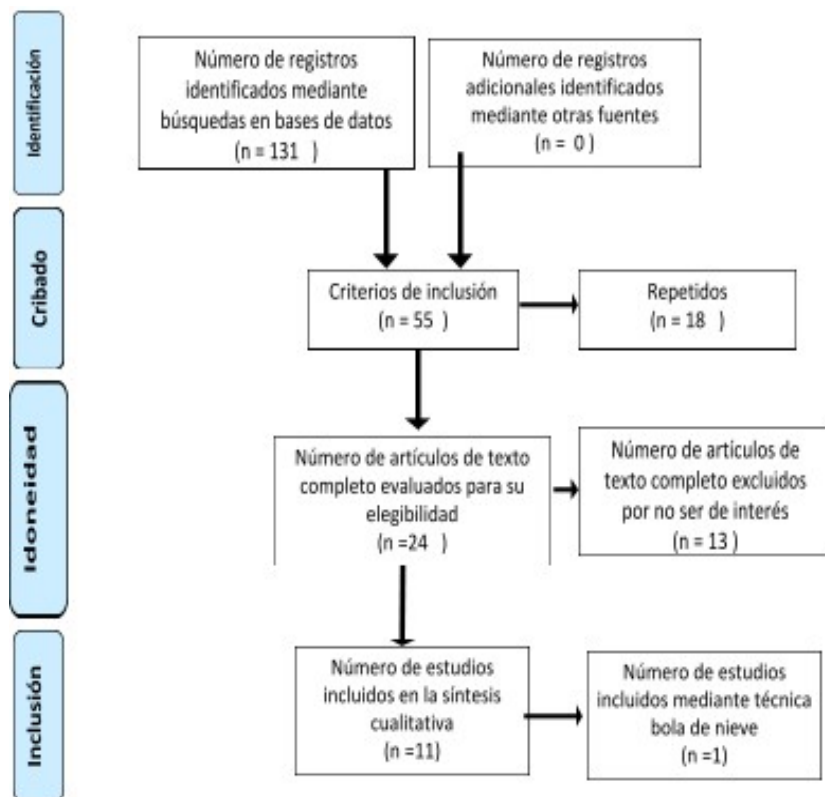
La calidad metodológica de los Ensayos Clínicos incluidos en esta revisión bibliográfica ha sido determinada por la Escala de Jadad. Además, se ha utilizado la Scottish Intercollegiate Guidelines Network o Escala SIGN para determinar el nivel de evidencia y recomendación de los artículos (Tabla PICO Anexo).

RESULTADOS

Fuentes de información y calidad metodológica

La estrategia de búsqueda mostró 22 resultados inicialmente. Después de revisar los títulos, resúmenes y en ocasiones revisar el artículo al completo, 12 trabajos fueron incluidos, uno de ellos incorporado mediante la técnica de bola de nieve (Figura 3).

Figura 3: Flujograma



Los resultados de la escala de Jadad se muestran en la tabla 4. Todos los estudios tienen una puntuación de 2 o menor exceptuando uno, el artículo 8, que consiguió una puntuación de 4 sobre 5. Todos los ensayos clínicos con una puntuación por debajo de 3 tienen un bajo nivel de evidencia. En este caso, los artículos adquieren una baja puntuación debido a la imposibilidad de realizar un doble ciego con respecto a la práctica del masaje perineal. El único artículo que si consigue este ítem es el artículo 8, anteriormente mencionado, ya que el objetivo de este ensayo clínico es identificar si existe un tipo de aceite que aumente más la probabilidad de obtener un periné intacto en comparación con otro. En este caso, si que existe doble ciego ya que tanto la mujer partícipe como los investigadores desconocen el tipo de aceite asignado a los pacientes.

Tabla 4. Escala de Jadad

Ítem Escala de Jadad	1	2	3	4	5	Total
Geranmayeh M et al., 2012	1	0	1	1	-1	2
Leon-Larios F et al., 2017	0	0	1	-1	-1	-1
Shahoei R et al., 2017	1	0	1	1	-1	2
Demirel G et al., 2015	1	0	0	-1	-1	-1
Dieb AS et al., 2019	1	0	0	1	-1	1
Karaçam Z et al., 2012	1	0	1	1	-1	2
Harlev A et al., 2013	1	1	0	1	1	4
Mei-dan E et al., 2008	0	0	1	-1	-1	-1
Ugwu EO et al., 2018	1	0	1	1	-1	2

La baja calidad de los artículos confirma que existe escasa evidencia sobre el tema a tratar y que es necesario una investigación más exhaustiva sobre la cuestión.

Características generales de la muestra:

Debido a que en el presente trabajo revisamos la efectividad del masaje perineal en la reducción de la tasa de episiotomías, las características generales de la muestra son mujeres primíparas en 10 de los artículos, ya que el masaje perineal parece tener mejores resultados en mujeres que vayan a tener su primer parto (4). Los dos artículos

restantes (5 y 6) incluyen también a mujeres multíparas. Con respecto a la edad maternal, en la mayoría de artículos no es mencionada y en otros oscila entre los 18 y 35 años, a pesar de que los riesgos de complicación durante el embarazo y parto aumentan a partir de los 35 años, haciendo que el masaje perineal funcione mejor en mujeres de 30 años o mayores (4). Dieb AS et al. (6) es el único artículo que incluye mujeres de 35 años o superior.

Además de lo ya mencionado, las características generales de la muestra cumplen con los criterios de inclusión y exclusión expuestos en el apartado de la estrategia de búsqueda.

Intervención

Todos los estudios realizan un masaje perineal antenatal. En 5 artículos, el masaje perineal fue realizado en la segunda etapa del parto, a partir de la semana 37 de edad gestacional (1, 3, 4, 7, 8), en 2 artículos fue realizado además de en la segunda etapa del parto, al final de la primera etapa (5 y 9) , y en los 5 artículos restantes se realizó un masaje perineal preparto (a partir de la semana 32). Solo dos artículos incluyen, además del masaje perineal, ejercicios de suelo pélvico en el programa de trabajo (2 y 6). La realización del masaje perineal consiste en la introducción de uno o dos dedos (índice y medio), pudiendo introducir también ambos pulgares, unos 3-4 cm dentro de la vagina. En la mayoría de estudios, el masaje es realizado por la comadrona y solo en 3 de ellos, el masaje es realizado por la mujer embarazada o por su pareja (3, 6, 10). La duración de la realización del masaje perineal ronda entre los 5-15 minutos y su frecuencia varia según el momento del embarazo que se encuentre la persona. En referencia a la segunda etapa del parto, hay artículos que realizan el masaje durante o entre los momentos de empuje (7 y 9), durante las contracciones (1) o en el momento en el que las contracciones son mínimas (5). El resto de artículos no ofrecen esta información. En general, todos los artículos utilizan un lubricante soluble en agua, solamente Karaçam Z et al. (7) deciden utilizar lubricante únicamente en caso de sequedad vaginal.

Variables

Incidencia de episiotomías

Entre los estudios que hacían seguimiento de la práctica del masaje perineal antenatal, todos ellos identificaban en el grupo de intervención una tasa de episiotomías significativamente menor en comparación con un grupo control de mujeres que no llevaban a cabo este masaje y tenían un parto vaginal sin complicaciones, exceptuando el ensayo clínico de Mei-dan E et al. (10), donde la tasa de episiotomías en ambos grupos fueron similares, y el masaje perineal no mostró ningún efecto, ni perjudicial ni protector.

Discusión

Trauma perineal

Uno de los periodos más importantes en la vida de la mujer, puede afectar a corto y largo plazo diferentes aspectos de su salud social, física y mental.

Este periodo es el parto, fase final del embarazo, donde nos encontramos con una primera etapa de dilatación del cuello uterino y el descenso de la cabeza del feto a la parte más baja de la pelvis, ya preparada para salir en la segunda etapa, momento del expulsivo empezando con la dilatación completa y acabando en el momento en que el feto sale completamente al exterior para acabar con la tercera etapa, el alumbramiento.

Es en el final de la segunda etapa del parto, en el momento de salida de la cabeza del bebé, donde se produce la mayor tasa de trauma perineal, que determinará la salud de la madre en el postparto. Leon-Larios F et al. (2) confirman que la mayoría de partos vaginales están asociados con algún tipo de trauma perineal que reportan tasas internacionales alrededor de un 85%, y que pueden ocurrir de forma espontánea o como resultado de una episiotomía.

El trauma perineal es cualquier daño en el área genital que ocurre por desgarros durante el parto y suele ir asociado con morbilidades a corto y largo plazo.

Las complicaciones a corto plazo están relacionadas con el sangrado, una recuperación prolongada, vínculo afectivo lento y dolor perineal. Las morbilidades a largo plazo más registradas conciernen las incontinencias urinarias y fecales, dispareunia y dolor perineal. El dolor postparto es la queja más común y puede permanecer varias semanas

después de dar a luz. La morbilidad causada por el trauma perineal puede conducir a problemas psicológicos y sociales (8).

Shahoei R et al. (3) aseguran que el daño perineal ocurre en un 85% de los partos vaginales en donde más de $\frac{2}{3}$ necesitan de reparación y el dolor ocurre en más del 60% de los casos. Los factores que pueden influir en el trauma perineal durante el parto incluyen: la nuliparidad, macrosomía, la mal-presentación fetal, la mal-posición maternal, las entregas instrumentales, los proveedores de atención, la etnia materna, la edad maternal avanzada, la edad gestacional más allá de los 294 días (8), y el peso al nacer entre otros (2 y 11). Las tasas de trauma perineal son especialmente altas en mujeres primíparas (2) y el aumento de riesgo en el embarazo y parto en mujeres a partir de los 35 años de edad anticipa a la mayoría de mujeres de esperar una entrega vaginal con complicaciones (6).

Periné intacto

Los tejidos perineales deberían ser apartados para permitir al neonato salir de la vagina (3). El periné es el área entre la apertura vaginal y el recto. Este área se estrecha cuando das a luz, y a veces el periné se desgarran en el momento que se da a luz (4). Ugwu EO et al. (11) definen el periné intacto como aquel periné en donde no hay SPT (Spontaneous Perineals Tears) o episiotomía después del parto. Tres estudios afirman que las mujeres con un periné intacto reportan menos dolor perineal inmediatamente después de dar a luz, y a los 7 y 45 días postparto, que aquellas mujeres que tuvieron algún desgarro perineal, además de tener una mejor función sexual a los 3 meses de postparto (2, 8, 10). La reducción de desgarros perineales ha sido considerado muy importante para mejorar la salud de la mujer. Diferentes técnicas han sido analizadas para reducir el riesgo de trauma perineal, incluyendo el masaje perineal.

Masaje Perineal

El masaje perineal se definió como un masaje posterior del periné con o sin lubricante. El objetivo de esta técnica es el de estirar uniformemente el periné de lado a lado (9). El masaje perineal tiene varias ventajas incluyendo la reducción del estrés y de la presión, fomento de la circulación sanguínea (1), aumento de la vaso-dilatación y reducción del dolor percibido (7), estirando los tejidos vaginales y promocionando la relajación

perineal. Karaçam Z et al. (11) comentan que el efecto global es que la parturienta es capaz de empujar al neonato más fácilmente, reduciendo así el riesgo de trauma para su periné o vagina. El masaje perineal aumenta la probabilidad de periné intacto principalmente debido a la reducción de la tasa de episiotomías. Hay una diferencia significativa de un 16% de reducción en la incidencia de episiotomías en aquellas mujeres que practican masaje perineal sobretodo en el subgrupo de mujeres que nunca tuvieron un parto vaginal previo (12). Este masaje perineal en el parto tardío está asociado con una reducción significativa de desgarros de tercer y cuarto grado, que son los que están asociados con el mayor daño para la mujer (9). Pese al aumento de la frecuencia de desgarros espontáneos en la rutina de masaje perineal, ninguno de estos fueron calificados de tercer o cuarto grado (1). El estiramiento del periné debe proteger el suelo pélvico y facilitar la entrega del bebé (7) ya que como dicen Harlev A et al. (8) preservar la integridad del periné durante el parto es muy importante.

Episiotomía

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más común en obstetricia y consiste en una incisión hacia el periné hecha para agrandar el diámetro vaginal. Aunque algunos estudios argumentan que la realización de episiotomías debería limitarse debido a los efectos negativos del trauma perineal en la salud maternal y neonatal, este procedimiento obstétrico continua siendo ampliamente aplicado en muchos países. Por ejemplo, la prevalencia de episiotomías es del 8% en Países Bajos, 14% en Reino Unido, 50% en Estados Unidos y hasta del 99% en muchos países Europeos del Este (4). Leon-Larios F et al. (2) confirman que la frecuencia de episiotomías ha disminuido en los años recientes pero se mantiene en auge en países como España (entre un 33%-70%) asumiendo una tasa de episiotomías de un 40.2 % y en países asiáticos, debido a la tenacidad y concisión del periné de la mayoría de mujeres asiáticas, que las hacen susceptibles de tener desgarros extensos. En caso de Irán, aunque no hay datos estadísticos oficiales publicados, estudios diversos muestran una prevalencia del 88-97% de episiotomías en hospitales (1), y en el caso de Turquía, de acuerdo con los datos de recogidos en el hospital del estado de Aydin, el 90% de las primíparas tuvieron episiotomías. (7)

El beneficio más aclamado de la episiotomía es la prevención de desgarros severos perineales. No obstante, se le ha imputado un factor de riesgo para los desgarros de tercer y cuarto grado, además de poder aumentar la incontinencia de esfínter anal unos 4-6 veces más que las mujeres con desgarros naturales (1).

Algunos estudios avisan de que los traumas resultantes de una episiotomía pueden ser más severos que los desgarros perineales espontáneos. Hemorragia, dolor postparto prolongado, riesgo de infección y dolor en las relaciones sexuales, entre otras, están asociados con la episiotomía. Parece que la práctica común de episiotomía como un método de cuidado no es suficiente y debería generar suspicacia (1). Mei-dan E et al. (10) comentan que la episiotomía es equivalente en su grado a un desgarro espontáneo de segundo grado y ha sido probada no ser efectiva e incluso a veces ser perjudicial. Añaden que la episiotomía no es necesaria en la mayoría de mujeres y que por ello son imprescindibles intervenciones para reducir la tasa de estas y de desgarros perineales. Demirel G et al. (5) confirman que de cada 15 mujeres que realizan masaje perineal, una podrá evitar la episiotomía y desgarros perineales que necesitan sutura. La episiotomía no solo ha sido demostrada ser inefectiva para la protección del periné si no que también ha demostrado ser perjudicial. El único beneficio demostrado de la episiotomía es la prevención de lesiones en el esfínter anal (8) y como ayuda en caso de que el bebé necesite nacer rápidamente (10).

Concluimos entonces que la episiotomía, lejos de pensar que es protectora, no es efectiva en la prevención de desgarros perineales severos y pueden ser resultado de un aumento de traumas perineales y una tardía cicatrización perineal. Las recomendaciones basadas en la evidencia no justifican una rutina de episiotomías en un parto normal (6).

Materiales de los estudios

Los criterios generales de inclusión en los estudios fueron mujeres embarazadas de gestación única llevando a cabo su primer parto. Diferentes artículos hacen referencia a estas mujeres como primíparas o nulíparas, según la etapa del embarazo de la mujer a la que se refieran, pero ambos términos reflejan a las mujeres que van a tener su primer bebé. Sin embargo, los artículos 7 y 12 incluyen también en su estudio a mujeres multíparas.

Los criterios de inclusión son bastante similares en todos los artículos; presentación cefálica anterior anticipando un parto vaginal espontáneo (9), sin existencias de ningún daño perineal (1), ausencia de: ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, pelvis estrecha, estrés fetal e infecciones vaginales y herpes genitales (3). Mientras que los criterios de exclusión incluyen; estrés fetal durante el parto y asistencia instrumental o cualquier motivo para necesitar de una cesárea (1), evidencia de alguna contraindicación para la entrega vaginal, fracaso en el progreso de embarazo, administración de narcóticos y de oxitocina, un parto asistido (fórceps), erupciones eritematosas y edema del periné, abandono de la práctica del masaje perineal, una posición occipital posterior y un peso fetal al nacer mayor de 4000g y menos de 2500g (3), mujeres que comprendan en su historial médico de algún procedimiento quirúrgico vaginal, una comunicación dificultosa (10), macrosomias fetales, presentación podal, muertes intrauterinas, pre-maternidad, post-maternidad (7), antecedentes de estreñimiento crónico, tos crónica, antecedente o actual incontinencia urinaria o fecal (desórdenes médicos durante el embarazo [11]), desórdenes neuromusculares o de tejidos conectivos y anestesia epidural (6).

Sin embargo, haciendo referencia al criterio de exclusión ante el uso de oxitocina o narcóticos, dos de los estudios (1 y 7) si que utilizan oxitocina durante la fase activa de la segunda etapa del parto.

Además, hay que tener en cuenta que en los dos artículos que incluyen a mujeres multíparas los criterios de selección de la muestra también variará, pudiendo excluir antecedentes de prematernidad, antecedente de prolapso genital y previa cesárea (6).

Asimismo, la edad gestacional de la embarazada en el momento del reclutamiento en los diferentes estudios, también es un factor a tener en cuenta a la hora de diferenciar los criterios de inclusión y exclusión. Por ejemplo, Shahoei R et al. (3) incluyen en los criterios de inclusión mujeres embarazadas de edad gestacional entre 34-36 semanas sin contracciones uterinas; sin embargo en cualquier otro artículo que estudie a mujeres embarazadas reclutadas a partir de la primera etapa del parto no se puede aplicar este criterio. Por otro lado, también existen contrariedades entre estudios. Aquino CI et al. (9) realizan un meta-análisis sobre estudios a mujeres embarazadas de edad gestacional entre 36-42 semanas que no incluyan ensayos que llevaran a cabo el masaje perineal antenatal antes del inicio del parto o solo en la primera parte de la primera etapa

(dilatación menor de 5 cm). En cambio el ensayo clínico aleatorizado de Demirel G et al. (5) incluye a mujeres entre las 37- 42 semanas de embarazo, que se encontraran en la fase latente de la primera etapa del parto con una dilatación menor de 4 cm y un borramiento menor del 50%.

Intervención

El masaje perineal consiste en la introducción de dos dedos; índice, medio o los dos pulgares, unos 2-3 cm en el interior de la vagina y ejercer una presión gentil hacia abajo, en dirección al recto y hacia los laterales, realizando un movimiento en forma de U.

Todos los estudios dividen a sus partícipes en el grupo control e intervención, siempre informando antes sobre el estudio, provisionando una información oral y escrita acerca de la episiotomía y el trauma perineal durante el parto. Después de firmar un consentimiento informado, las mujeres son aleatorizadas y divididas en el grupo control e intervención, o son ellas mismas las que eligen donde unirse, como en el caso del artículo de Mei-dan E et al. (10).

En la mayoría de los estudios donde el inicio de la práctica del masaje perineal es antes del parto (a partir de la semana 32), el coordinador de estos explica a las mujeres participantes una técnica uniforme sobre como realizar el masaje perineal en casa. Este masaje perineal puede ser realizado tanto por parte de la mujer como por su pareja. Todos los artículos que realizan masaje perineal preparto, están de acuerdo en que lo oportuno es realizar 10 minutos de masaje perineal diarios a partir de la semana de gestación en la que se les recluta hasta la entrega del bebé (3, 10 y 11). No obstante, en el estudio de Dieb AS et al. (6) se indicó a las mujeres realizar el masaje perineal durante 5 minutos, tres veces semanales.

En referencia a los artículos que realizan el masaje perineal en el parto, hay divergencias en cuanto a la duración del masaje y el momento de llevarlo a cabo. Dos de los artículos coinciden en realizar alrededor de entre 10 y 15 minutos de masaje perineal durante la segunda etapa de parto (5 y 7), en cambio Shahoei R et al. (3) llevan a cabo en su estudio 30 minutos. El artículo 1 no menciona el tiempo de duración del masaje en esta etapa, pero si menciona que es realizado durante las contracciones uterinas, mientras que el artículo 7 lo realiza durante y entre los empujes. Sin embargo, contrariamente a estos dos últimos artículos, Demirel G et al. (5) empiezan a realizar el masaje al final de

la primera etapa durante la fase de relajación, cuando la severidad de las contracciones era reducida, interrumpiéndolo al inicio de estas y volviéndolo a reanudar cuando redujeran.

En algo en lo que todos los artículos coinciden es en interrumpir el masaje perineal en caso de que la madre sienta sensación de incomodidad o en reducir la presión ejercida en advertencia de sensación de dolor o quemazón. Por otro lado, la decisión de realizar episiotomías en ambos grupos (control e intervención) era tomada en relación con el factor pronóstico del parto y teniendo en cuenta las indicaciones de la episiotomía.

Harlev A et al. (8) realizan un estudio con el objetivo de determinar si el uso de un simple lubricante puro es suficiente para aumentar la probabilidad de un periné intacto, y se concluye que el tipo de lubricante o aceite utilizado es indiferente a ojos de mantener la integridad del periné. Esta conclusión la vemos reflejada en nuestra selección de artículos ya que hay que utilizan un lubricante soluble en agua (3, 4, 5, 7 y 11) mientras que otros utilizan un aceite (2 y 10), a excepción del artículo 1 que usa un máximo de 40g de Vaselina esterilizada. Dieb AS et al. (6) utilizan en su intervención tanto aceite como lubricante indistintamente.

Resultados

Los resultados de la realización del masaje perineal en el embarazo en relación con la disminución de la tasa de episiotomías fueron favorables en la mayoría de artículos, con diferencias estadísticamente significativas, en comparación con el grupo control (tabla 3). Por otro lado, en general al grupo de masaje se le atribuyen tasas mayores de desgarros de primer y segundo grado con respecto al grupo control, debido a que la incidencia de episiotomía es menor. Pese este aumento de desgarros espontáneos en el grupo de masaje, ninguno se relaciona con desgarros de tercer y cuarto grado. Hay trabajos que identifican a un tanto por ciento de mujeres en el grupo de masaje que obtienen una frecuencia mayor de periné intacto (1, 2 y 11). Sin embargo, dos de los artículos difieren con respecto al resto. El artículo 7 y 10, no encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al número de episiotomías realizadas entre el grupo de masaje y control. Esto puede deberse a las limitaciones de ambos estudios. La conclusión de estos dos artículos es que el masaje no ofrece ni ventajas ni desventajas en términos de trauma perineal (episiotomía en nuestro caso).

Dentro de las limitaciones que nos podemos encontrar en los estudios, destacar que dos de ellos (2 y 6) además de utilizar el masaje perineal, incluyen también dentro del programa de intervención el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (PFMT), y ninguno de estos artículos realizó un estudio por separado del efecto del masaje perineal y otro de los ejercicios del suelo pélvico para luego poder compararlos, que hubiese sido lo conveniente. No obstante, Dieb AS et al. (6) mencionan que el efecto del PFMT en prevención de trauma perineal fue controvertido, ya que en algunos estudios no hubo diferencias significativas entre el grupo de ejercicio y el de control, en cambio los resultados del masaje perineal fueron alentados en otros estudios.

Añadir, además de las limitaciones mencionadas sobre cada estudio en la tabla 5, el hecho de que las muestras presentes incluyen a mujeres sanas teniendo su primer o segundo parto y que por ello, los resultados no pueden ser generalizados a toda la población (5).

Tabla 5.

Autores	Muestra	Momento realización masaje	Incidencia episiotomias	Limitaciones
Gera nmayah M et al. 2012	90 primíparas, 45 participantes en cada grupo (GC/GI)	Segunda etapa del parto	GI → 45% GC → 88% P < 0'001	La decisión de realizar episiotomía era tomada según el criterio de la comadrona de evitar cualquier tipo de desgarro.
Leon-Larios F et al., 2017	193 mujeres en el GI y 160 mujeres en el GC	Programa preparto (semana 32 gestación) hasta entrega bebé).	GI → 50'25% GC: 81'87% P < 0'001	Ensayo clínico casi aleatorizado donde no se puede diferenciar el efecto individual del masaje perineal y del ejercicio de suelo pélvico
Shahoei R et al., 2017	190 mujeres primíparas, 95 en cada grupo	Segunda etapa parto	GI → 69'47% GC: 92'31 % P < 0'05	Tamaño de la muestra pequeña
Demirel G et al., 2015	284 mujeres, 142 en cada grupo donde ambos contenían 71 multiparas	Primera y segunda etapa parto	GI → 31% GC → 69'7% P = 0'001	Incluye tanto primíparas como multiparas
Dieb AS et al., 2019	Total de 400 mujeres. Grupo I: 200 pacientes educadas en masaje perineal y realizando PFMT	Preparto (semana 34 de gestación) hasta entrega bebé.	GI → 29'5% GC → 73'5% P < 0'001	Duración de seguimiento post-parto corta y la evaluación conjunta del masaje perineal y ejercicio de suelo pélvico sin diferenciar uno de otro.
Karaçam Z et al., 2012	396 primíparas asignadas aleatoriamente al GI (198) y GC (198)	Segunda etapa parto	GI → 52% GC → 60'6%	Las comadronas y doctores que trabajan en la sala de partos tienen la prerrogativa de decidir en si realizar episiotomía y estos la realizan rutinariamente en primíparas
Mei-dan E et al., 2008	128 mujeres en GI y 106 en GC	Preparto (semana 34 de gestación) hasta entrega bebé.	No encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de episiotomías realizadas	Ensayo clínico no aleatorizado donde las participantes elegían su localización en el grupo de intervención o control
Ugwu EO et al., 2018	108 primíparas, 53 en el GI y 55 en el GC	Masaje preparto (34-36 semanas gestación) hasta entrega bebé.	GI → 37'3% GC → 58'2% P = 0'03	Falta de información sobre la constancia y cumplimiento del masaje perineal ya que este se realizaba en casa.

Conclusiones

El trauma perineal es considerado la mayor causa de morbilidad postparto, de ahí la importancia de tratar de reducir dichas lesiones. El método del masaje perineal es considerado ser una manera efectiva de mantener el periné intacto durante el parto, recomendado por los estudios que reportan efectos positivos sobre la tasa de episiotomías. Aún así, hay estudios que no logran demostrar la relación del masaje perineal con una menor incidencia en la tasa de episiotomías. Es por eso que el masaje perineal realizado en el embarazo, en el periodo final de este o durante el parto, es una cuestión compleja que requiere de una mayor investigación sobre el tema. Añadir que en futuros trabajos, se debería tener en consideración factores como: el momento óptimo de inicio del masaje perineal, la frecuencia de este, la duración, los casos totales de episiotomía y las características antropométricas de la mujer.

Actualmente, la práctica del masaje perineal no se realiza de forma habitual, bien por falta de conocimiento o de costumbre. Es por eso importante remarcar que las mujeres deberían ser conscientes de los beneficios del masaje perineal y de recibir información sobre como realizarlo, por tal de fomentar un parto vaginal seguro y promover el implemento de intervenciones prácticas.

Bibliografía

1. Geranmayeh M, Rezaei Habibabadi Z, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. Arch Gynecol Obstet. Springer-Verlag; 2012 Jan 26;285(1):77–81.
2. Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. Midwifery. 2017 Jul;50:72–7.

3. Shahoei R, Zaheri F, Hashemi Nasab L, Ranaei F. The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electron Physician*. 2017 Oct 25;9(10):5588–95.
4. Perineal Massage in Pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2016 Jan 13;61(1):143–4.
5. Demirel G, Golbasi Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *Int J Gynecol Obstet*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 Nov 1;131(2):183–6.
6. Dieb AS, Shoab AY, Nabil H, Gabr A, Abdallah AA, Shaban MM, et al. Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2019 Apr 2;
7. Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care Women Int*. 2012 Aug;33(8):697–718.
8. Harlev A, Pariente G, Kessous R, Aricha-Tamir B, Weintraub AY, Eshkoli T, et al. Can we find the perfect oil to protect the perineum? A randomized-controlled double-blind trial. *J Matern Neonatal Med*. 2013 Sep 16;26(13):1328–31.
9. Aquino CI, Guida M, Saccone G, Cruz Y, Vitagliano A, Zullo F, et al. Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Neonatal Med*. 2018 Sep 19;1–13.
10. Mei-dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. *Isr Med Assoc J*. 2008 Jul;10(7):499–502.

11. Ugwu EO, Iferikigwe ES, Obi SN, Eleje GU, Ozumba BC. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. J Obstet Gynaecol Res. 2018 Jul;44(7):1252–8.

12. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 Apr 30;(4).

ANEXOS: Tabla PICO

Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorios	Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararon el uso del masaje perineal durante el parto (grupo de intervención) con un grupo de control en mujeres con gestación única y presentación cefálica a \geq 36 semanas. El masaje perineal fue definido como masaje del perineo posterior por los dedos del clínico (con o sin el lubricante). No se incluyeron ensayos sobre el masaje perineal durante la atención prenatal, antes de la aparición de la mano de obra, o sólo en la parte inicial de la primera etapa. 9 ensayos incluyendo 3374 mujeres fueron analizadas.	Las mujeres aleatorizadas para recibir masaje perineal durante el parto tuvieron una incidencia significativamente menor de traumatismo perineal severo, en comparación con aquellos que no lo hicieron (RR 0,49, 95% IC 0,25-0,94). Todos los resultados secundarios no fueron significativos, a excepción de la incidencia de perineo intacto, que fue significativamente mayor en el grupo de masaje perineal (RR 1,40, 95% 1.01-1.93), y para la incidencia de episiotomía, que fue significativamente menor en el grupo de masaje perineal (RR 0,56, 95% IC 0,38-0,82).	El masaje perineal durante el parto se asocia con un riesgo significativamente menor de traumatismo perineal severo, como laceraciones de tercer y cuarto grado. El masaje perineal fue realizado generalmente por una comadrona en la segunda etapa, durante o entre y durante empujar tiempo, con el índice y los dedos medios, usando un lubricante soluble en agua.	Aquino CI, Guida M, Saccone G, Cruz Y, Vitagliano A, Zullo F, et al. Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018 Sep 19;1–13.	1++	A
ECA	90 mujeres primíparas de entre 18 y 30 años fueron seleccionadas y asignadas aleatoriamente a un grupo control y de intervención (masaje perineal en la segunda etapa del parto). Ambos grupos eran homogéneos en referencia a resultados demográficos, edad gestacional, antecedentes de aborto y peso fetal, además de cumplir los criterios de exclusión.	En el grupo de intervención, la duración de la segunda etapa del parto fue menor, obtuvo una mayor tasa de perineo intacto y una menor tasa de episiotomías realizadas en comparación con el grupo control.	El masaje perineal con vaselina en la segunda etapa del parto, aumenta la integridad perineal y disminuye la incidencia de trauma perineal (episiotomías y desgarros)	Geranmayeh M, Rezaei Habibabadi Z, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. Arch Gynecol Obstet. Springer-Verlag; 2012 Jan 26;285(1):77–81.	1++	A
	195 mujeres nulíparas se incluyeron en el estudio. Los participantes fueron seleccionados a través de muestreo de conveniencia, y asignados aleatoriamente a dos	Las mujeres que recibieron APM tuvieron una probabilidad significativamente mayor de tener un perineo intacto. La frecuencia de la episiotomía fue del 69,47% en el grupo de intervención y del 92,31% en el grupo control, y la diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).	El APM reduce la incidencia de la			
Un ensayo controlado cuasialeatorio de un solo ciego con dos grupos: atención estándar e intervención	Mujeres (n = 466) que estaban embarazadas 32 semanas, teniendo un embarazo único y anticipando un parto normal fueron aleatorizados. Se pidió a las mujeres de los grupos experimentales que realizaban un programa de entrenamiento en el suelo pélvico que incluía: masaje perineal diario y ejercicios del suelo pélvico de 32 semanas de embarazo hasta el nacimiento. Fueron asignados a un grupo de intervención por conglomerados (grupos de educación prenatal) aleatorizados 1:1. El grupo de control tenía una atención estándar que no implicaba una intervención del suelo perineal/pélvico. Estas mujeres fueron recogidas en una sala de trabajo en la admisión 1:3 por parteras.	Las mujeres asignadas a la intervención del suelo perineal/pélvico mostraron una reducción de 31,63% en la episiotomía (50,56% frente a 82,19%, $p < 0,001$) y una mayor probabilidad de tener un perineo intacto (17,61% frente a 6,85%, $p < 0,003$). También hubo menos tercer grado (5,18% frente a 13,12%, $p < 0,001$) y cuarto grado-lágrimas (0,52% frente a 2,5%, $p < 0,001$). Las mujeres asignadas al grupo de intervención también tenían menos dolor perineal posparto (24,57% frente a 36,30%, $p < 0,001$) y requería menos analgesia en el período postnatal (21,14% frente a 30,82%, $p < 0,001$).	Un programa de entrenamiento compuesto por ejercicios de suelo pélvico y masaje perineal puede prevenir Episiotomías y desgarros en mujeres primíparas. Este programa se puede recomendar a las mujeres Primíparas con el fin de prevenir el trauma perineal. el programa del suelo pélvico se asoció con tasas significativamente más bajas de Episiotomías y traumatismo perineal severo; y un perineo más alto intacto en comparación con las mujeres que recibieron la atención estándar solamente. el programa es una intervención eficaz que recomendamos a todas las mujeres en la semana 32 del embarazo para prevenir trauma perineal.	Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. Midwifery. 2017 Jul;50:72-77. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.015. Epub 2017 Mar 27	-1	B

Editorial	Una episiotomía no es necesaria para la mayoría de las mujeres. Aunque eran comunes antes de la década de 1990, rara vez se hacen hoy. Sin embargo, a veces su proveedor de atención médica puede recomendar una episiotomía al igual que su bebé está naciendo. Por ejemplo, una episiotomía puede ayudar si su bebé necesita nacer muy rápidamente.	Varios estudios han encontrado que el masaje perineal durante las últimas semanas de embarazo puede reducir el desgarro al nacer para las mujeres que dan a luz por primera vez. Este masaje — usando 2 dedos para estirar los tejidos perineales — es realizado por usted, en su casa, una o dos veces por semana, durante las últimas 4 a 6 semanas de su embarazo. Por cada 15 mujeres que hacen masaje perineal, una mujer evitará una episiotomía y desgarro perineal que necesita puntos de sutura.	Las mujeres que tienen su primer bebé, las mujeres que tienen 30 años o más, y las mujeres que han tenido Episiotomías antes, tienen menos desgarros y desgarros menos severos cuando el masaje perineal se hace durante las últimas semanas de embarazo.	Perineal Massage in Pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2016 Jan-Feb;61(1):143-4. doi: 10.1111/jmwh.12427. Epub 2016 Jan 13. No abstract available	3	D
ECA.	Los participantes (mujeres embarazadas sanas primíparas o no, de 37-42 semanas de embarazo) fueron asignados aleatoriamente (1:1) al grupo de masaje (masaje perineal de 10 minutos con glicérol cuatro veces durante la primera etapa y una vez durante la segunda etapa del parto) o grupo de control (atención de rutina). La frecuencia de la episiotomía y el lagrimeo perineal se compararon entre los grupos. Los participantes e investigadores no fueron enmascarados para la asignación	Ambos grupos contenían 142 participantes. La episiotomía se realizó entre 44 (31,0%) mujeres en el grupo de masaje y 99 (69,7%) en el grupo de control (P = 0,001). Las laceraciones se registraron entre 13 (4,2%) mujeres en el grupo de masaje y 6 (4,2%) en el grupo de control (P = 0,096).	El uso del masaje perineal durante trabajo activo disminuyó la frecuencia de los procedimientos de la episiotomía	Demirel G, Golbasi Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Nov;131(2):183-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.048. Epub 2015 Jul 26.	1++	A
ECA	Ensayo clínico aleatorizado sin ciego, donde se incluyeron 396 primíparas (198 grupo control y 198 grupo masaje) de 37- 42 semanas de gestación, 18-35 años y con parto vaginal previsto. Este estudio se realizó en la clínica de obstetricia y ginecología del hospital de Aydin State	Los resultados fueron recogidos via cuestionario y via observacional a la hora del parto y primer día, tercera semana y primer año post-parto. Más de la mitad de las primíparas llevaron a cabo episiotomías tanto en el grupo control como de masaje. Sin embargo, un porcentaje significativamente menor de las primíparas en el grupo de masaje tuvieron episiotomías junto con laceraciones espontáneas.	El masaje perineal en la segunda etapa del parto no reduce la el trauma perineal y los problemas a corto y largo plazo postnatales, pero si reduce la tasa de episiotomías y de desgarros espontáneos.	Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. Health Care Women Int. 2012 Aug;33(8):697-718.	1++	A
Ensayo controlado-aleatorizado con doble ciego	Objetivo: determinar si el masaje perineal durante la segunda etapa del parto mediante aceite enriquecido con vitaminas aumenta la tasa de periné intacto con respecto a la utilización de un lubricante normal. Un total de 164 mujeres fueron reclutadas con el criterio de exclusión de que no hubieran realizado masaje prenatal previo.	No se obtuvieron diferencias significativas por lo que hace referencia a la tasa de desgarros y episiotomías entre cada grupo. Además, se realizó un sub-análisis donde comparaban primíparas y multiparas y de nuevo no hubo diferencias entre la utilización de un aceite u otro.	El tipo de aceite que se utiliza durante la segunda etapa del parto para la prevención de los desgarros, no tiene efecto en la integridad del periné. Parece que el uso de un simple lubricante puro es suficiente para conseguir el objetivo de aumentar la posibilidad de un periné intacto.	Harlev A, Pariente G, Kessous R, Aricha-Tamir B, Weintraub AY, Eshkoli T, et al. Can we find the perfect oil to protect the perineum? A randomized-controlled double-blind trial. J Matern Neonatal Med. 2013 Sep 16;26(13):1328-31.	1++	A

Revisión sistemática	Ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios que evalúan cualquier método descrito de masaje perineal digital prenatal realizado durante al menos las últimas cuatro semanas de embarazo. Se incluyeron cuatro ensayos (2497 mujeres) que compararon el masaje perineal digital con el control. Todos eran de buena calidad.	El masaje perineal digital prenatal se asoció con una reducción global en la incidencia de trauma que requería sutura (cuatro ensayos, 2480 mujeres, ratio de riesgo (RR) 0,91 (intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,86 a 0,96), número necesario para tratar en beneficio (NNTB) 15 (10 a 36)) y las mujeres que practican el masaje perineal tenían menos probabilidades de tener una episiotomía (cuatro ensayos, 2480 mujeres, RR 0,84 (95% IC 0,74 a 0,95), NNTB 21 (12 a 75)). Estos hallazgos fueron significativos para las mujeres sin el parto vaginal previo solamente. No se observaron diferencias en la incidencia de las lágrimas perineales de primer o segundo grado o en el trauma perineal de tercer o cuarto grado.	El masaje perineal digital prenatal reduce la probabilidad de trauma perineal (principalmente Episiotomias) y la notificación del dolor perineal en curso, y generalmente está bien aceptada por las mujeres. Como tal, las mujeres deben ser conscientes del beneficio probable del masaje perineal y proporcionar información sobre cómo masajear	Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;(4):CD005123. doi: 10.1002/14651858.CD005123.pub3. Review.	1++	A
ECA	Un estudio aleatorizado de asignación paralela involucró a dos grupos de mujeres embarazadas en la clínica ambulatoria de obstetricia 4 semanas antes de su fecha de parto. El primer grupo (n = 200) fue educado para realizar masaje digital perineal y entrenamiento muscular del suelo pélvico y recibió un programa educativo de prevención de la PFD. El segundo grupo (n = 200) recibió solo el programa de educación preventiva. La aparición de laceración perineal se informó en el momento del parto como resultado primario. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa informático IBM SPSS	El parto fue significativamente menos complicado por desgarro perineal, episiotomía y dolor postnatal en el primero que en el segundo grupo (p <0,05). Los grados de desgarro perineal fueron principalmente de primer y segundo grado en el primer grupo en comparación con el segundo grupo. Encontramos una necesidad significativamente menor de analgesia y menos ampollas requeridas durante la estancia hospitalaria en el primer grupo (p <0,001, 0,002, respectivamente).	Para reducir las complicaciones perineales, se recomienda realizar un masaje prenatal digital prenatal y PFMT, además de educación sobre la salud.	Dieb AS, Shoab AY, Nabil H, Gabr A, Abdallah AA, Shaban MM, et al. Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. Int Urogynecol J. 2019 Apr 2;	1++	A