



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

EFFECTIVIDAD DEL MASAJE PERINEAL EN LA PREVENCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA Y DESGARROS DE GRADO 3 Y 4 EN MUJERES EMBARAZADAS

Caterina Reynés Català

Grado de Fisioterapia

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2021-22

EFFECTIVIDAD DEL MASAJE PERINEAL EN LA PREVENCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA Y DESGARROS DE GRADO 3 Y 4 EN MUJERES EMBARAZADAS

Caterina Reynés Català

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo: Masaje, episiotomía, lesión perineal, disfunciones del suelo pélvico, prevención, nulíparas.

Nombre Tutor/Tutora: Elisa Bosch Donate

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

- PM/MP:** Perineal massage/ masaje perineal
- APM/MPA:** Antenatal perineal massage/ masaje perineal antenatal
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- RCOG:** Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
- DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud
- MeSH:** Medical Subject Headings
- IC:** Intervalo de confianza
- GI:** Grupo intervención.
- GC:** Grupo control
- EC:** Ensayo clínico
- ECA:** Ensayo clínico aleatorizado
- ECNA:** Ensayo clínico no aleatorizado
- OCEBM:** Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford
- SSPS:** Statistical Package for Social Sciences
- VAS/EVA:** Visual Analogue Scale/ Escala Visual Analógica
- SP:** Suelo Pélvico
- REEDA:** Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation (enrojecimiento, edema, equimosis, secreciones, aproximación)
- At.:** Atención
- EG:** Edad Gestacional

RESUMEN

Introducción: La episiotomía y los desgarros perineales de mayor grado suponen un gran impacto en la vida de la mujer que da a luz. Pueden implicar una mala experiencia de parto y provocar morbilidades postparto a corto y largo plazo. El presente estudio de investigación tiene el propósito de determinar la efectividad del masaje perineal en la prevención de la episiotomía y desgarros de 3º y 4º.

Métodos: Se realiza una búsqueda retrospectiva de 10 años en inglés y español en las bases de datos PubMed/Medline, Cochrane, LILACS, Scopus, PEDRO.

Resultados: Se obtienen un total de 13 ensayos clínicos que evalúan la efectividad del MP. En cuatro estudios se analiza el efecto del MPA, en tres estudios se evalúa la eficacia del MP durante la 1ª y 2ª etapa del parto y en seis estudios se practica el MP durante la 2ª etapa del parto. También, se evalúa el dolor perineal postparto y se analiza si el lubricante utilizado interfiere en los resultados.

Conclusiones: La evidencia disponible defiende que el MP previene la episiotomía y los desgarros de mayor grado. Además, el MP se asocia a una mayor incidencia de desgarros leves, sobretodo de 1º. Estos últimos están relacionados con una menor probabilidad e intensidad de dolor perineal postparto.

Palabras clave: Masaje, episiotomía, lesión perineal, disfunciones del suelo pélvico, prevención, nulíparas.

ABSTRACT

Introduction: Episiotomy and higher grade perineal tears pose a major impact on the life of the woman giving birth. They can make for a poor birth experience and lead to short and long term postpartum morbidities. The present research study aims to determine how effective perineal massage is in the prevention of episiotomy and 3rd and 4th degree tears.

Methods: A 10-year retrospective search was carried out in English and Spanish in the databases PubMed/Medline, Cochrane, LILACS, Scopus, PEDRO.

Results: A total of 13 clinical trials evaluating the effectiveness of PM were obtained. Four studies analyze the effect of MPA, three studies evaluate the efficacy of PM during the 1st and 2nd stages of labor and in six studies PM is practiced during the 2nd stage of labor. Also, postpartum perineal pain is evaluated and it is analyzed if the lubricant used interferes with the results.

Conclusions: The available evidence advocates that PM prevents episiotomy and higher grade tears. In addition, PM is associated with a higher incidence of mild tears, especially 1st degree tears. The latter are related to a lower probability and intensity of postpartum pain.

Key words: Massage, episiotomy, perineum injury, pelvic floor dysfunction, prevention, nulliparous.

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT.....	3-4
ÍNDICE.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6-8
OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	9
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BUBLIOGRAFICA.....	10-14
Fuentes de información.....	10
Límites.....	13
Criterios de inclusión.....	13
Criterios de exclusión.....	13
Calidad metodológica.....	13
RESULTADOS.....	14-24
Fuentes de información y calidad metodológica.....	14
Características generales de la muestra.....	21
Variables y herramientas de medición.....	21
Intervención.....	22
DISCUSIÓN.....	24-31
Intervención.....	24
Porque se debe realizar el masaje perineal.....	29
Limitaciones.....	30
CONCLUSIÓN.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	32-35
ANEXOS.....	36-46

INTRODUCCIÓN

Como derecho humano y objetivo social, la salud se considera una prioridad nacional en muchos países (1) . El trabajo de parto y el nacimiento representan el final del embarazo, el inicio de la vida extrauterina para el recién nacido y un gran cambio en la vida familiar. El perineo femenino, durante el trabajo de parto, tiene riesgo de trauma perineal severo debido a los desgarros perineales o episiotomías iatrogénicas(2,3).

El parto se divide en tres etapas: (4)

- 1ª Etapa o período de dilatación o actividad (trabajo):
 - Fase latente.
 - Fase activa.
- 2ª Etapa o período expulsivo:
 - Período expulsivo pasivo.
 - Período expulsivo activo.
- 3ª Etapa o de alumbramiento.

La **1ª etapa** comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa (10 cm). Es la más larga y variable (3-10 horas), se divide en:

- Fase latente o de encajamiento: se inicia con el encajamiento y finaliza a los 5cm de dilatación. Las contracciones uterinas son variables en duración y de intensidad baja.
- Fase activa o de dilatación: se inicia a los 5cm de dilatación del cuello cervical y acaba cuando se llega a los 10cm. Las contracciones uterinas van aumentando de intensidad, tiempo y frecuencia, de tal manera que antes de llegar a los 10cm de dilatación se tienen las contracciones más fuertes del parto. Esta etapa suele ser la más difícil, y los cuidados fisioterapéuticos pueden facilitar el proceso.

La **2ª etapa** comienza con la dilatación cervical completa (10cm) y finaliza con el nacimiento del bebé.

- Período expulsivo pasivo: desde los 10cm de dilatación sin percibir sensación de pujo, las contracciones uterinas hacen descender la cabeza del bebé a lo largo de la vagina.
- Período expulsivo activo: se inicia cuando el bebé es visible, se producen contracciones de expulsivo o se percibe el deseo de pujo. Hay una 1ª fase de ampliación del periné posterior, seguida de una 2ª fase de ampliación del

periné anterior, que acaba con la coronación de la cabeza del bebé, momento en el que se suele realizar la episiotomía.

La episiotomía es una incisión en el perineo para agrandar el diámetro vaginal y a pesar de su falta de evidencia científica, es ampliamente utilizada durante el parto. Además, su uso se convirtió en rutinario, subestimando los potenciales efectos adversos, incluyendo su extensión a desgarros de tercer y cuarto grado y mayor dolor perineal postparto (5). La OMS no recomienda su uso ampliado o de rutina en mujeres con parto vaginal espontáneo y alerta de que una tasa por encima del 20% no está justificada (6,7). 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. En el caso de Irán, aunque no se publican estadísticas oficiales, varios estudios muestran una prevalencia del 88-97% de los procedimientos de episiotomía en los hospitales (1). El dato más reciente en España es del 2019, ese año la tasa de episiotomías fue del 26%. La cifra es ligeramente inferior que la de 2018, cuando fue del 27,5%, y dieciséis puntos menos que en 2010 (entonces se situaba en el 42,1% de los partos), según los datos del Ministerio de Sanidad. Según las cifras de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en 2006 ese porcentaje era aún mayor, 54% en partos vaginales normales. En los noventa era directamente la norma, algunas estimaciones señalan que hasta el 87% de los partos terminaba con un corte en la vagina de las mujeres (8).

Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el RCOG:

1º grado	Lesión de la piel perineal		
2º grado	Lesión de músculos del periné sin afectar el esfínter anal		
3º grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter anal externo <50% grosor
		3b	Lesión del esfínter anal externo >50% grosor
		3c	Lesión de esfínter anal externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Por las repercusiones clínicas, podemos diferenciar la reparación de los desgarros de primer y segundo grado, que no suelen comportar secuelas a largo plazo, de los desgarros de tercer y cuarto grado (9).

Otros factores de riesgo de traumatismo perineal incluyen: nuliparidad, macrosomía fetal, mala presentación y/o posición, partos vaginales quirúrgicos, obesidad materna, entre otros.

Los traumatismos perineales, sobretodo los desgarros de 3º y 4º se asocian con morbilidades significativas a corto y largo plazo, como hemorragia postparto, dolor perineal postparto, incontinencia urinaria, incontinencia anal, disfunciones sexuales y retraso en el tiempo para reanudar las relaciones sexuales. Además, el traumatismo perineal también causa daño emocional y psicológico a la madre, incluso algunas mujeres sufren aislamiento social y marginación debido a su continua sintomatología (1,10,11).

Por lo tanto, es necesario determinar la evidencia científica para introducir técnicas con el fin de reducir el trauma perineal y facilitar el trauma espontáneo, entendiendo el parto como una vivencia/ experiencia positiva, natural y humana para la mujer, el recién nacido y su familia (6,12). En este sentido, el masaje perineal prenatal y/o durante el parto ha sido propuesto como un método en la disminución de la incidencia del trauma perineal (13,14).

El masaje perineal es una técnica que tiene la capacidad de aumentar la vasodilatación, flujo sanguíneo, elasticidad y relajación de los tejidos del periné mediante la estimulación táctil del mismo, además reduce la percepción del dolor. Pretende preparar los tejidos perineales para el parto, disminuyendo su resistencia durante la distensión. Además, ayuda a la gestante a familiarizarse con la sensación de estiramiento, consiguiendo que esta zona esté más relajada en el momento del parto. En definitiva, lo que se pretende con esta técnica es que el periné se encuentre en unas condiciones óptimas para afrontar el período expulsivo del parto y en consecuencia reducir el riesgo de sufrir una episiotomía o un desgarro de mayor grado y reducir el dolor postparto (15–17). La figura del fisioterapeuta, por sus conocimientos, métodos y técnicas, puede aportar mucho en este ámbito.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

El principal objetivo del presente trabajo de investigación es conocer la eficacia del masaje perineal para prevenir episiotomías y desgarros de mayor grado (3º y 4º).

Los objetivos específicos son describir la relación entre el masaje perineal y el dolor perineal postparto e identificar si el tipo de lubricante utilizado puede influenciar en los resultados.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Fuentes de información

Para poder responder a la pregunta formulada se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos: PubMed/Medline, Biblioteca Cochrane Plus, LILACS, Scopus y Pedro, obteniendo la mayoría de los artículos de PubMed. La búsqueda se ha realizado entre marzo y abril del año 2022. Los descriptores utilizados fueron: Massage, episiotomy, laceration.

De la primera búsqueda se obtuvieron pocos artículos que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, de modo que se realizó una segunda búsqueda con los descriptores perineum, pregnancy, obstetric labour, parturition, Pelvic Floor Disorder.

En la siguiente tabla se muestran los descriptores seleccionados del tesoro DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings) y las palabras clave del lenguaje natural, en español e inglés (Tabla 1).

Tabla 1. Descriptores y palabras del lenguaje natural en español e inglés.

DESCRIPTORES	
DECS	MESH
Masaje	Massage
Episiotomía	Episiotomy
Perineo	Perineum
Embarazo	Pregnancy
	Obstetric, labour
Parto	Parturition
	Laceration(s)
	Pelvic Floor Disorder

PALABRAS CLAVE (LENGUAJE NATURAL)	
Español	Inglés
Masaje	Massage
Episiotomía	Episiotomy
Lesión perineal	Perineum Injury
Disfunciones del suelo pélvico	Pelvic floor dysfunction
Prevención	Prevention
Nulípara	Nulliparous

Se han llevado a cabo dos estrategias de búsqueda en las diferentes bases de datos seleccionadas. Los operadores booleanos utilizados han sido ‘‘AND’’ y ‘‘OR’’. También se han obtenido 2 artículos en bola de nieve.

- En la primera estrategia de búsqueda se ha combinado la intervención de interés con episiotomía y laceración perineal.
- En la segunda estrategia de búsqueda se ha combinado masaje con momento de aplicación y las consecuencias postparto.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en las diversas bases de datos.

Base de Datos Medline, a través de la plataforma PubMed	
1ª estrategia de búsqueda	Massage AND episiotomy AND laceration
2ª estrategia de búsqueda	Massage And perineum AND pregnancy Massage AND Obstetric, labour OR parturition

	Massage AND perineum AND Pelvic Floor Disorder
Base de Datos Cochrane, a través de la plataforma Biblioteca Cochrane Plus	
1ª estrategia de búsqueda	Massage AND episiotomy AND laceration
2ª estrategia de búsqueda	Massage AND perineum Massage And pregnancy Massage AND Obstetric, labour OR parturition Massage AND Pelvic Floor Disorder
Base de Datos LILACS, a través de la plataforma Biblioteca Virtual en Salud	
1ª estrategia de búsqueda	Massage AND episiotomy AND laceration
2ª estrategia de búsqueda	Massage AND perineum Massage And pregnancy Massage AND Obstetric, labour AND parturition Massage AND Pelvic Floor Disorder
Base de datos Scopus, a través de la plataforma ELSEVIER	
1ª estrategia de búsqueda	Massage AND episiotomy AND laceration
2ª estrategia de búsqueda	Massage And perineum AND pregnancy Massage AND parturition AND Obstetric, labour Massage AND Pelvic Floor Disorder
Base de Datos Pedro, a través de la plataforma PEDro	
1ª estrategia de búsqueda	Massage AND episiotomy AND laceration

2ª estrategia de búsqueda	<p>Massage And perineum AND pregnancy</p> <p>Massage AND Obstetric, labour OR parturition</p> <p>Massage AND perineum AND Pelvic Floor Disorder</p>
---------------------------	---

Límites

- Idioma: español, inglés.
- Año de publicación: últimos 10 años (2012-2022).

Criterios de inclusión

- Estudios que incluyan mujeres embarazadas sin lesión perineal previa.
- Estudios que analizan la efectividad del masaje perineal en la prevención de episiotomía, laceraciones perineales y/o morbilidades postparto.
- Acceso a texto completo.

Criterios de exclusión

- Estudios en los que la muestra son únicamente mujeres multíparas.
- Estudios que combinaron masaje perineal con otra técnica no rutinaria.

Calidad metodológica

Se incluyeron un total de 12 ECA y 1 ECNA. Su calidad metodológica es media. Por las características de los estudios, las muestras siempre conocen a que grupo pertenecen y en algunos ensayos las matronas o investigadores conocen si la participante pertenece al grupo de intervención o de control (1,10,18–22).

La Escala CASPE para ensayos clínicos ha sido la utilizada para evaluar y determinar el nivel de evidencia de los estudios incluidos en esta revisión.

La Escala CASPE para ensayos clínicos consta de tres apartados, que evalúa la validez de los resultados, cuáles son los resultados y la aplicación de resultados al entorno profesional. Las preguntas de “evaluación de los resultados” y “aplicación al medio profesional” se evalúan mediante una escala de tipo cualitativo: sí, no, no sé. Los ítems

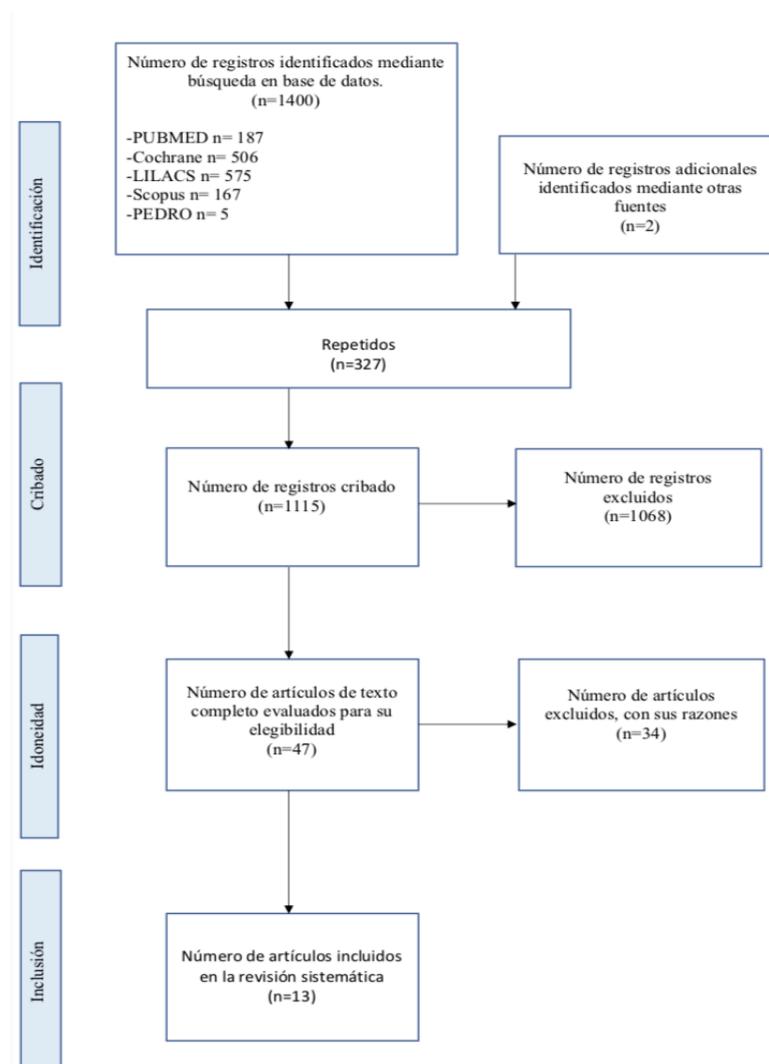
de descripción de los resultados se evalúan mediante preguntas. Tiene un total de 11 preguntas, las tres primeras son de eliminación y pueden ser respondidas rápidamente, sólo si la respuesta a las tres es “sí”, vale la pena continuar con las siguientes preguntas. Para cuantificar los resultados se ha asignado el valor cuantitativo “1” al sí (23).

RESULTADOS

Fuentes de información y calidad metodológica

La estrategia de búsqueda mostró 1989 artículos inicialmente, al reducirla a los últimos 10 años obtuvimos 1400 artículos. Se eliminan 327 artículos repetidos. Después, haciendo una lectura del título y abstract, a través de los criterios de inclusión, se eliminaron 1068 artículos, quedando 47 artículos. A continuación, al leer el texto completo se eliminan 34 artículos, quedando un total de 13 artículos, 2 de ellos obtenidos mediante la técnica bola de nieve (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.



Los resultados de la escala CASPE para ensayos clínicos se muestra en la tabla 3. La puntuación de la calidad metodológica ha sido de 7 a 10. Tener en cuenta que en algunos estudios el tamaño muestral disminuyó respecto al principio, por abandono voluntario o por pérdida del rastro a las participantes. Además, por las características del estudio, las muestras siempre saben a que grupo pertenecen. También, hay estudios que la muestra incluye mujeres nulíparas y multíparas, lo que puede quitar especificidad al ensayo clínico.

Tabla 3. Calidad metodológica. Resultados escala CASPE para ensayos clínicos.

ítems Escala Caspe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TOTAL
Akhlaghi et al.,2019	si	si	si	no	si	si	Poco claros: -Episiotomía significativamente menor en el GI. -Laceraciones perineales no queda claro. -En el GI laceraciones de 1º mayor frecuencia que de 2º.	IC 95%	si	si	si	9/11
Ugwu et al., 1018	si	si	si	no	si	si	-Periné intacto: diferencia significativamente mayor en GI. -Episiotomía: significativamente menos en GI.	IC 95%	si	si	si	10/11
Demirel et al.,2015	si	si	si	no	si	si	-Episiotomía: significativamente menor en GI. -Laceraciones perineales:	IC 95%	si	si	si	10/11

							no diferencia significativamente.					
Karaçam et al., 2012	si	si	si	no	si	si	-Episiotomía: significativamente menor en el GI. -Episiotomía + laceración: significativamente menor en el GI. -Dolor perineal postparto 1r día: 138 masaje, 144 control, pero no diferencia significativa. -Severidad del dolor 1r día: 1.21 GI, 1.24 GC, pero no diferencia significativa. -3r día: dolor 46 GI, 52 GC, no diferencia significativa. -Dolor al 1 año: 12 GI, 20 GC, no diferencia significativa.	IC 95%	si	si	si	10/11
Shahoei R., Zaheri F. et al.,2017	si	si	si	no	si	si	-Laceración perineal: mayor nº de 1º y 2º en el GI y ninguna lesión vestibular ni de 3º o 4º. -Episiotomía: significativamente mayor en el GC. -Dolor perineal 3 y 10 día y 3 meses postparto:	IC 95%	si	si	si	10/11

							significativamente mayor en el GC. Severidad del dolor perineal: significativamente mayor a los tres días en el CG.					
Álvarez et al.,2021	si	no*	si	no	si	si	-Intensidad dolor perineal postparto: significativamente diferente entre las mujeres con laceración moderada o severa respecto a las de periné intacto o laceración leve. -Episiotomía: diferencia significativa entre grupos (menor en el grupo de masaje profesional). -Masaje + EPINO: 4 veces menos probabilidad de laceración leve y 2.94 veces menos probabilidad de laceración moderada o severa. -Automasaje: decrece probabilidad 1.12 veces de sufrir laceración severa.	IC 95%	si	si	si	9/11
Shahoei R., Hashemi-Nasab L. et al., 2016	si	si	si	no	si	si	-Episiotomía: significativamente menor en el GI -Desgarro 1º, 2º	IC 95%	si	si	si	10/11

							estadísticamente menor en el GC. -Dolor perineal e intensidad 3r, 10 días y 3 meses postparto: significativamente menor en GI.					
Harlev et al., 2013	si	si	si	si	si	si	-Episiotomía: no diferencia significativa. -Laceraciones perineales: no diferencia significativa. -Subanálisis primíparas / multíparas: no diferencia significativa.	IC 95%	si	si	si	11/11
Romina et al., 2020	si	si	si	no	si	si	-Episiotomía: diferencia significativa, menor en GI vs GC. -Laceraciones: sin diferencia significativa.	IC 95%	si	si	si	10/11
Reggiardo et al., 2012	si	no	si	no	no	no	-Disminuye la incidencia de episiotomía, aumenta la extensibilidad y elasticidad del tejido perineal.	IC 95%	si	si	si	7/11
Geranmayeh et al., 2012	si	si	si	no	si	si	-Periné intacto mayor frecuencia en GI vs GC. -Episiotomía: significativamente mayor en GC. -Desgarro espontaneo de	IC 95%	si	si	si	10/11

							1°, 2°: mayor en GI. -Sin efectos secundarios de la vaselina a los 10 días.					
Ommolbanin et al., 2014	si	si	si	no sé	no	si	No diferencia significativa en incidencia de episiotomía, desgarros, grado de desgarro.	IC 95%	no sé	no sé	si	7/11
Bayraktar et al., 2019	si	si	si	no sé	no	si	-Diferencia significativa en episiotomía y desgarros perineales (menor en el GI vs GC)	IC 95%	si	no sé	si	8/11

*Álvarez: la distribución de la muestra en los grupos no fue aleatoria, fueron asignadas de acuerdo con las preferencias de las participantes, pero no descartamos el artículo por el interés en la metodología, intervenciones y resultados.

El estudio de Reggiardo es un GPC multicéntrico, por lo tanto, compara el GI con la incidencia del trauma perineal en el Norte y Centro de Italia. Por las características del estudio no cumple con la pregunta 2 (aleatorización), que es de eliminación, pero al estar justificado se incluye en la revisión.

La escala Oxford (24) ha sido utilizada para determinar los niveles de evidencia y grado de recomendación. En todos los estudios el grado de recomendación es A y el nivel de evidencia 1b, menos en el estudio de Reggiardo (25), en el que el grado de recomendación es B y el nivel de evidencia 2b (Tabla 4).

Tabla 4. Escala Oxford. Clasificación de los niveles de evidencia y Grados de Recomendación (OCEBM)

	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
Akhlaghi F. et al., 2019	A	1b
Ugwu et al., 2018	A	1b
Demirel et al., 2015	A	1b
Karaçam et al., 2012	A	1b
Shahoei R., Zaheri F. et al., 2017	A	1b
Álvarez et al., 2021	A	1b
Shahoei R., Hashemi-Nasab L. et al., 2016	A	1b
Harlev et al., 2013,	A	1b
Romina et al., 2020	A	1b
Reggiardo et al., 2012	B	2b
Geranmayeh et al., 2012	A	1b
Ommolbanin et al., 2014	A	1b
Bayraktar et al., 2019	A	1b

Características generales de la muestra

Todas las participantes son mujeres embarazadas, en la semana 32-42 de gestación.

En 7 estudios la muestra está compuesta únicamente por mujeres nulíparas (1,10,18,20,22,25-27) , en el resto por mujeres nulíparas y multíparas. Además, en el estudio de Harlev (21), se hizo un subanálisis en el que se compararon los resultados entre primíparas y multíparas (21). En cuanto a la media de edad, es similar en todos los estudios, en la mayor parte de los estudios el rango de edad de las participantes es de 21-30 años. En el estudio de Álvarez (19) es criterio de inclusión la edad entre 18-40 años y en el estudio de Karaçam (15) y de Akhlaghi (1) es criterio de inclusión la edad entre 18-35 años. En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra son similares en todos los estudios.

VARIABLES Y HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN

Las variables principales de estudio son la episiotomía, los desgarros perineales y su grado, y las variables secundarias el dolor perineal postparto y el lubricante más eficaz.

Las variables principales y cual es el lubricante más eficaz se han evaluado mediante la observación de si hay o no episiotomía y/o desgarro y su gravedad, y la recopilación de los resultados postintervención. Después, se han evaluado en base a los p-valor e indicadores estadísticos, considerando el $p < 0.05$ como valor estadísticamente significativo. En la mayoría de los estudios se ha utilizado el programa SSPS para el análisis estadístico.

Los Efectos secundarios de la vaselina se han evaluado mediante el seguimiento por teléfono o en persona, dentro de los 10 días postparto (26).

La variable dolor perineal y su intensidad es valorada en persona o por teléfono, mediante:

- **Escala visual analógica (EVA) (28):** Valoración subjetiva que permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros de longitud, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que, de forma verbal o escrita, señale un punto de

dicha línea, luego se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será:

1. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
 2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
 3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.
- Seguimiento del dolor perineal y su gravedad a los 3 días, 10 días y 3 meses postparto por teléfono (18,20) .
 - Formulario autoinforme (sesión de evaluación) a la 5ª o 6ª semana (19)
 - Formulario de seguimiento el 1º día postparto mediante entrevista cara a cara, 3ª semana por teléfono (15)
 - Karaçam (15) utiliza la escala descriptiva simple de intensidad del dolor, que es una escala analógica visual de una línea de 10 cm, con palabras y número con espacios iguales entre ellos para definir la gravedad del dolor: 0 no dolor, 1 dolor leve, 2 dolor moderado, 3 dolor severo, 4 dolor bastante severo, 5 dolor extremadamente severo.
 - **Escala REEDA** (Davidson, K. 2000) (29): Escala validada que permite obtener resultados objetivos en la evaluación del perineo postparto. Se compone de 5 parámetros de cicatrización de heridas: enrojecimiento, edema, equimosis, secreciones, aproximación. Se califica con 0,1,2,3 puntos a cada parámetro. La puntuación más baja es 0 y la más alta 15. La puntuación más alta indica el trauma perineal más grave. Por las características del estudio (29) solo se evaluaron los tres primeros parámetros de la escala (enrojecimiento, edema, equimosis).

Intervención

Esta revisión incluye ensayos clínicos en los que se realizó el masaje perineal prenatal (10,19,20,25), el masaje perineal en la 1ª y 2ª etapa del trabajo de parto (1,14,22) o durante la 2ª etapa del trabajo de parto (15,18,21,26,27,29).

-Masaje perineal prenatal

En los cuatro estudios (10,19,20,25) se comparó la aplicación del masaje perineal prenatal respecto al grupo control, que recibió la atención rutinaria. La incidencia de la episiotomía fue significativamente menor en el grupo de intervención respecto al grupo control. En cuanto a las laceraciones perineales de 3º o 4º, tuvieron mayor incidencia en el grupo control respecto al grupo de intervención (19,20). En dos estudios (10,25) en

ninguno de los dos grupos hubo desgarros perineales moderados/graves, y hubo una menor incidencia de desgarros de 2º en el grupo de intervención respecto al control (10). Además, en el estudio de Álvarez también se comparó la efectividad del masaje perineal realizado por un fisioterapeuta experto respecto al automasaje, cuyos resultados indicaron una mayor efectividad del masaje realizado por el profesional respecto al automasaje en la reducción de la incidencia de episiotomías y desgarros moderados/ severos (19).

En dos de estos estudios (19,20) se evaluó el dolor perineal postparto mediante la escala EVA. Los resultados muestran como el dolor perineal postparto a la 5ª o 6ª semana es significativamente mayor en mujeres con laceración de 3º o 4º respecto a las mujeres sin o con laceraciones de 1º o 2º, entre estas últimas no hay diferencia significativa (19). Respecto al dolor y su severidad a los 3º día, 10º día y 3 meses postparto es estadísticamente menor en mujeres que han recibido el masaje perineal antenatal frente a las que no (20).

-Masaje perineal durante la 1ª y 2ª etapa del trabajo de parto

En los ensayos clínicos aleatorizados (1,14,22) que se aplicó el masaje perineal durante la 1ª y 2ª etapa del trabajo de parto, la incidencia de episiotomía fue significativamente menor en el grupo de intervención respecto al grupo control. En los tres estudios la incidencia de laceraciones perineales fue mayor en el grupo intervención respecto al grupo control, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (1,14,22). En el estudio de Demirel (14) no se diferenciaron los grados de la laceración perineal y en el estudio de Romina (22) los participantes no sufrieron desgarros perineales de grado 3 o 4, pero en el grupo de intervención hubo mayor incidencia de desgarros de 1º y en el grupo control de desgarros de 2º, aunque sin diferencia estadísticamente significativa. El grado de desgarro perineal espontáneo en madres sin o con episiotomía no fue estadísticamente diferente en el estudio de Akhlagi (1). Sin embargo, el desgarro perineal de 1º fue más prevalente que el de 2º en el grupo intervención.

-Masaje perineal en la 2ª etapa del trabajo de parto

En cinco ensayos clínicos (15,18,26,27,29) se comparó el masaje perineal durante la 2ª etapa del parto respecto a la atención rutinaria, en la mayoría la incidencia de episiotomía fue estadísticamente menor en el grupo de intervención respecto al grupo control (15,18,26,29). Además, en uno de los estudios (29) también se comparó la elongación de

la episiotomía, que fue estadísticamente mayor en el grupo control. En cuanto a los desgarros perineales moderados/severos sólo ocurrieron en el grupo control de un estudio (18). Por lo tanto, los resultados mostraron una mayor incidencia de laceraciones perineales de 1º y 2º en los grupos de intervención (15,18,26,27,29), aunque la diferencia solo fue estadísticamente significativa en dos estudios (26,29).

En dos ensayos clínicos controlados (15,18) se comparó el dolor perineal entre ambos grupos, en diferentes momentos. En un estudio (18) el dolor perineal al 3º día, 10º días y 3 meses después del parto fue significativamente mayor en el grupo control respecto al grupo intervención, y la intensidad del dolor fue mayor en el grupo control en las tres mediciones, pero solo fue significativamente mayor en el grupo control respecto al grupo intervención a los tres días postparto. En el otro estudio (15) se comparó el dolor perineal al 1º día, 3ª semana y 1 año postparto, y aunque el dolor fue mayor en el grupo de control, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Por otro lado, Bayraktar (29), justo después del parto evaluó el estado del periné mediante los tres primeros ítems de la escala REEDA (enrojecimiento, edema, equimosis) y aunque la puntuación fue más alta en el grupo control respecto al grupo de intervención, la diferencia no fue estadísticamente significativa.

En 5 estudios (1,15,18,19,27) se utilizó un lubricante genérico para realizar el masaje perineal, y los resultados fueron similares a los que utilizaron otras sustancias con propiedades especiales (10,14,20,22,25,26,29), sin demostrar efectos secundarios ninguno. Además, en el estudio de Harlev (21) se concluyó que los lubricantes con propiedades especiales y los lubricantes genéricos son igual de efectivos en la prevención de daños perineales durante el parto. En el subanálisis de este estudio, en el que se separó y comparó a las mujeres nulíparas respecto a las multíparas, tampoco hubo diferencia significativa entre ambos grupos en los resultados.

DISCUSIÓN

Intervención

El principal objetivo de la revisión era conocer la efectividad del masaje perineal en la prevención de la episiotomía y desgarros de 3º y 4º en mujeres embarazadas. Se han revisado un total de 13 artículos, el objetivo de los cuales es determinar si el masaje perineal es efectivo para prevenir episiotomía y desgarros perineales (1,10,14,15,18–

20,22,25–27,29), a excepción de uno (21), en el cual el objetivo es determinar si un aceite rico en vitaminas es mejor que el lubricante genérico en la prevención de desgarros y episiotomía. La falta de estudios en este campo ha hecho que se hayan incluido ensayos clínicos que realizan el masaje perineal en diferentes periodos del embarazo y parto. Por lo tanto, se incluyen 4 estudios (10,19,20,25) que analiza el masaje perineal antenatal, 3 ensayos clínicos (1,14,22) que estudian la eficacia del masaje perineal durante la 1ª y 2ª etapa del trabajo de parto y 6 estudios (15,18,21,26,27,29) lo realizan durante la 2ª etapa del trabajo de parto.

El objetivo dolor perineal postparto solo se evalúa en 5 estudios, mediante la escala VAS/EVA (15,18–20) y la escala REEDA (29)

Otro objetivo era evaluar si un lubricante con propiedades especiales era más efectivo que un lubricante genérico en la prevención de lesiones del periné durante el parto. Solo un ensayo clínico (21) compara dos tipos de lubricantes, por tanto, este objetivo se ha respondido a partir del análisis de los lubricantes utilizados en los estudios y sus resultados.

En todos los estudios, antes de iniciarlo, se informaba del estudio a las participantes, de manera verbal o escrita, y se firmaba el consentimiento informado. Después, se realizó el proceso de aleatorización, dividiendo a las mujeres en grupo de intervención (masaje perineal+ atención rutinaria) y grupo control (recibe la atención rutinaria), a excepción del ensayo clínico de Demirel (14), en el que ambos grupos reciben masaje perineal. En el estudio de Álvarez (19), son las propias parturientas las que deciden a que grupo quieren pertenecer. Además, este estudio incluye dos grupos de intervención, en un grupo se realiza el masaje perineal por parte de un fisioterapeuta experto en obstetricia y uroginecología, y en el otro se aplica el automasaje.

-Masaje perineal antenatal

El rango de edad de las participantes es de 26-33 años mayoritariamente, y en dos estudios (10,25) la muestra únicamente incluye mujeres primíparas. En la mayoría de los estudios, previamente se enseñó a las parturientas y/o parejas como aplicar el masaje perineal correctamente y durante el periodo de aplicación se realizó un seguimiento semanal vía telefónica o presencial.

El inicio de las intervenciones vario entre los estudios, desde la semana 32 de embarazo (25) hasta la semana 37 o más (19), los otros dos estudios (10,20) coincidieron en iniciar el masaje perineal a la semana 34 de edad gestacional. Todos los estudios (10,19,20,25) coinciden en aplicarlo hasta el parto.

El tipo de lubricante utilizado es diferente en todos los estudios; Ugwu (10) utilizó gelatina KY, Álvarez (19) lubricante a base de agua, Shahoei (20) utilizó aceite de oliva y Reggiardo (25) evaluó si el Elastolabo tenía propiedades de flexibilidad y extensibilidad sobre la piel al combinarlo con el masaje perineal.

En dos estudios se aplicó el masaje perineal externo, además del interno. Reggiardo (25) inició el masaje con movimientos circulares con el pulgar en los labios menores, labios mayores y en la zona perineal, con el fin de aumentar la circulación sanguínea y la sensibilidad perineal. Álvarez (19) lo describe como un movimiento semicircular con dos o tres dedos hacia medial y ambos lados del vestíbulo vaginal seguido de bombeo del núcleo central del periné, realiza 3 series de 5 repeticiones de cada maniobra, y en caso de edema muscular o hipertonia continua hasta que se normalice el tejido.

El masaje perineal intracavitario consiste en la realización del masaje perineal introduciendo dos o tres dedos en la vagina y estirando la vagina hacia abajo, hacia el recto. En el estudio de Reggirado (25) se menciona que deben introducirse los dedos 2-3cm y en el estudio de Ugwu (10) unos 3-5 cm. En el estudio Álvarez (19) el masaje perineal intracavitario se divide en fases; en la primera se realizan deslizamientos longitudinales sobre los músculos elevadores del ano, después se tratan los puntos gatillo, seguido del trabajo con el EPINO, finalmente se aplica una técnica manual de bombeo global perineal para relajar, esta ultima solo se realiza en el grupo que el masaje es realizado por el fisioterapeuta.

El tiempo y frecuencia de aplicación es diferente en los estudios. En el estudio de Reggiardo (25) y Ugwu (10) la aplicación es de 10 minutos/ día, y en el estudio de Shahoei (20) es de 8 minutos/día. En cambio, en el estudio de Álvarez (19) el masaje aplicado por el fisioterapeuta es 1 vez/semana durante 30 minutos, mientras que el masaje aplicado por el paciente se recomienda al menos 2 veces/semana durante 10 minutos.

En dos estudios (19,20) se evalúa el dolor perineal postparto mediante la escala EVA. En el estudio de Shahoei (20), por teléfono, se hizo el seguimiento del dolor a los 3 días, 10 días y 3 meses posparto, también comparó la severidad del dolor entre grupos. En el estudio de Álvarez (19) se evalúa a la 5ª o 6ª la intensidad del dolor perineal postparto.

-Masaje perineal en la 1ª y 2ª etapas del trabajo de parto

El masaje perineal en dos estudios (1,14) es aplicado en posición de litotomía, en el otro (22) no se menciona. En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra son similares, y el rango más frecuente de edad es de 23-25 años. En dos estudios (1,22) la muestra esta formada únicamente por mujeres nulíparas. En los tres estudios el masaje perineal se aplica de manera similar, introduciendo dedos índice y medio 2-3cm (1,14) y haciendo presiones en forma de U hacia ambos lados de la vagina (1,14,22) .

En dos estudios (1,22) el masaje perineal se realizó en la etapa activa del trabajo de parto entre contracciones, cuando la severidad de las contracciones de los músculos se redujo en posición de reposo. En el estudio de Demirel (14) el masaje perineal se realizó en la fase latente (reposo).

En el estudio de Akhlaghi (1) el masaje perineal se realizó con lubricante, y una vez que el investigador introdujo los dedos en la vagina realizó el masaje perineal durante 2 minutos. Las mujeres tenían un mínimo de 30 minutos de descanso antes de la siguiente sesión de masaje iniciado. Se realizaron un total de cuatro sesiones de masaje durante la primera etapa del trabajo de parto. En el estudio de Demirel (14) se utilizó como lubricante el glicerol y el masaje se realizó con los dos pulgares manteniendo la acción durante 2 minutos. Además, junto con el masaje se le pidió a la mujer que contrajera y relajara la musculatura del área perineal, con el fin de ir tomando conciencia de ella. Al inicio de las contracciones el masaje se detuvo y se reanudó cuando las contracciones se calmaron, continuó durante 10 minutos y después se dejó reposar un mínimo de 30 minutos, antes de repetir el masaje 10 minutos. También se realizó un total de 4 veces. Sin embargo, en el estudio de Romina (22), para realizar el masaje perineal se utilizó aceite de avestruz y durante la 1ª etapa del trabajo de parto se realizó durante 5-10 min cada hora.

En el estudio de Akhlagi (1) y Demirel (14) al comienzo de la segunda etapa del trabajo de parto las participantes recibieron un masaje de 10 minutos y no especifican si fue

durante o entre contracciones. En el estudio de Romina (22) , el masaje se realizó durante 5-10 min cada 30 minutos, durante y entre contracciones.

-Masaje perineal en la 2ª etapa del trabajo de parto

El masaje perineal en la 2ª etapa del trabajo de parto (15,18,21,26,27,29) ha demostrado efecto en la disminución de la episiotomía. En 3 estudios (15,18,27) se utilizaron lubricantes genéricos, Bayraktar (29) utilizó aceite de oliva y Germanmayeh (26) vaselina. Además, el estudio de Harlev (21) tenía como objetivo comparar la efectividad de un aceite especial rico en vitaminas respecto al lubricante genérico para conservar el periné intacto durante el parto. En tres estudios (18,26,27) la muestra esta formada únicamente por mujeres nulíparas. Las características sociodemográficas de los estudios son similares y las edades de la muestra rondan entre los 20-30 años. En todos los estudios fueron las matronas encargadas del parto quienes realizaron el masaje.

El momento de aplicación solo se especifica en dos estudios, durante las contracciones uterinas (26) y entre y durante los pujos (15). Respecto a la frecuencia y tiempo de duración fue distinto en los estudios, desde 5- 10 minutos en el estudio de Ommolbanin (27) y Karaçam (15) a 30 minutos en el de Shahoei (18).

Solo dos estudios comparan el dolor perineal entre grupos. Shahoei (18) lo compara a los 3 días, 10 días y 3 meses postparto y Karaçam (15) al 1º día, 3ª semana y 1º año postparto. Bayraktar (29) evaluó justo después del parto, mediante los tres primeros ítems de la escala REEDA, la presencia de enrojecimiento, edema y equimosis en el perineo, una puntuación mayor puede estar relacionada con mayor dolor perineal postparto. No se evaluaron los ítems secreciones y aproximación porque se evalúan días después del parto.

Aunque los 13 estudios han mostrado la eficacia del masaje perineal en la prevención de la episiotomía y desgarros moderados/ severos, los protocolos de aplicación presentan diferencias. Esas diferencias se pueden observar en relación al período y momento, tiempo de duración y en la frecuencia de la aplicación del masaje perineal.

Respecto al dolor perineal, solo se evaluó en 5 estudios (15,18–20,29). La muestra de los grupos controles refirieron mayor dolor perineal postparto, a la vez que una mayor incidencia de episiotomías y desgarros de mayor grado. Por tanto, podemos decir que el

masaje perineal, al reducir la incidencia de episiotomía y desgarros de 3º y 4º, reduce la probabilidad de dolor perineal postparto y su severidad.

Porque se debe realizar el masaje perineal

El parto es un proceso fisiológico y cuanto más se respete su fisiología mejor serán los resultados. Por lo tanto, que sea uno de los motivos más frecuentes de ingreso hospitalario en España plantea cuestionar el modo en que la evidencia científica se integra en las decisiones médicas en torno al parto (30). Debe plantearse la necesidad de que se considere una práctica más humanizada, centrada en la individualidad de cada mujer. En esta línea, se ha demostrado que la relación entre la mujer y la persona que la atiende influye en gran medida en la experiencia del parto. Incluso hay estudios científicos que demuestran que las mujeres que reciben un apoyo continuo profesional tienen mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de necesitar analgesia epidural, tener un parto instrumental o una cesárea (4,12).

Los profesionales en ginecología y obstetricia deben empoderar a las mujeres sobre su parto, garantizar el consentimiento informado y dar opciones, con el fin de promover técnicas naturales para el parto.

El masaje perineal, si es aceptado y bien tolerado para la mujer, es una buena opción terapéutica, ya que aumenta la flexibilidad y dilatación de los músculos perineales, lo que reduce la resistencia muscular y hace que el perineo se estire durante el trabajo de parto sin ruptura y necesidad de una episiotomía (31). Por lo tanto, puede mejorar la experiencia de parto y reducir las morbilidades postparto. Además, en el caso del masaje perineal prenatal, realizado por la propia mujer o su pareja, puede contribuir a empoderar a la familia sobre el embarazo, parto y postparto.

En algunos países, la figura del fisioterapeuta se encuentra también dentro del grupo de especialistas que están presentes durante un parto. En España pocos fisioterapeutas han intervenido durante un parto, pero debemos saber que son profesionales sanitarios que pueden ayudar durante el embarazo y en el momento del parto, preparando y protegiendo el suelo pélvico. Aportando técnicas, métodos y conocimientos, adaptados a cada situación y persona, pueden conseguir un parto menos doloroso y más fácil. Además,

proporcionarán a la madre un mayor confort, un aumento de la confianza y disminución de la ansiedad, la tensión y el dolor.

La figura del fisioterapeuta, una vez ha finalizado el parto, sería de gran importancia para poder evaluar el estado del suelo pélvico y así ayudar a prevenir morbilidades postparto (32,33).

Limitaciones

En definitiva, se puede afirmar que se ha podido responder a la pregunta objeto de estudio, pero se deben tener en cuenta ciertas limitaciones de esta revisión. En todos los estudios es criterio de exclusión que haya complicaciones fetales/maternales, macrosomía y que el feto este colocado en mala posición y/o presentación, siendo todas estas características factores de riesgo de traumatismo perineal durante el parto.

Por otro lado, se incluyen estudios que realizan el masaje perineal en diferentes períodos de tiempo, por lo tanto, las intervenciones en este aspecto no son homogéneas. Además, el planteamiento inicial del estudio era incluir solo aquellos estudios cuya muestra estuviera formada únicamente por mujeres nulíparas, pero delante la escasez de resultados se han incluido estudios en los que la muestra está formada por mujeres primíparas y multíparas. Los estudios analizados y esta revisión generalizan los resultados sin diferenciar entre mujeres primíparas y multíparas. Esto último puede quitar validez a los resultados, ya que la nuliparidad es factor de riesgo del traumatismo perineal durante el parto.

En cuanto al dolor perineal, no es evaluado en los estudios que realizan el masaje perineal durante la 1ª y 2ª etapa del parto. Además, en los estudios que lo evalúan no lo valoran el mismo día.

En el estudio de Reggiardo (25) se utiliza el gel Elastolabo®, así que detrás del estudio puede haber un interés económico, además, compara con la epidemiología de trauma perineal en el centro y norte de Italia sin especificar el periodo de tiempo.

La aplicación del masaje perineal las últimas semanas de embarazo y durante el parto requiere mayor investigación. Considerando y estableciendo un consenso en las variables

como momento, tiempo, frecuencia de aplicación del masaje perineal. También, sería interesante que, en los futuros estudios, los resultados diferenciaran entre mujeres nulíparas y multíparas.

CONCLUSIÓN

El masaje perineal a partir de la semana 34 de edad gestacional, durante la 1ª y 2ª etapa de parto o durante la 2ª etapa de parto, en base a la evidencia científica actual de ensayos clínicos con grado de recomendación A y nivel de evidencia 1b, debería introducirse en la práctica clínica con el objetivo de prevenir la episiotomía y desgarros de 3º y/o 4º durante el parto.

El dolor perineal postparto y su gravedad es mayor en las mujeres que se les ha realizado la episiotomía y/o han sufrido desgarros de mayor grado, sobretodo a los 3 días postparto.

El tipo de aceite utilizado durante la realización del masaje perineal no tiene efectos sobre la integridad del perineo. Por tanto, el efecto del lubricante es sinérgico con el masaje perineal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akhlaghi F, Baygi ZS, Miri M, Najafi MN. Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy. *Journal of Family & Reproductive Health* [Internet]. 2019 Dec 25 [cited 2022 Mar 9];13(3):160. Available from: [/pmc/articles/PMC7072029/](#)
2. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears - A review. *Australian Journal of General Practice*. 2018 Jan 1;47(1–2):35–8.
3. Priddis H, Dahlen HG, Schmied V, Sneddon A, Kettle C, Brown C, et al. Risk of recurrence, subsequent mode of birth and morbidity for women who experienced severe perineal trauma in a first birth in New South Wales between 2000 –2008: a population based data linkage study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2013 Apr 8 [cited 2022 May 8];13:89. Available from: [/pmc/articles/PMC3635942/](#)
4. Atención al Parto Normal.
5. De G, Clínica En P, Sns EL, de Sanidad M, Política Social Y. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal I MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN NOTA.
6. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.
7. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica [Internet]. [cited 2022 May 13]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100059
8. Episiotomías, el corte en la vagina desaconsejado por la OMS que sufre una de cada tres madres en España [Internet]. [cited 2022 May 28]. Available from: https://www.eldiario.es/sociedad/episiotomias-corte-vagina-desaconsejado-oms-sufre-tres-madres-espana_1_8470215.html
9. Medicina Maternofetal P, seguimiento tratamiento. PROTOCOLO: LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO. [cited 2022 May 13]; Available from: www.medicinafetalbarcelona.org

10. 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. 2018;
11. Abdelhakim AM, Eldesouky E, Elmagd IA, Mohammed A, Farag EA, Mohammed AE, et al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Urogynecology Journal* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Apr 11];31(9):1735–45. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04302-8>
12. Ferreira-Couto CM, Fernandes-Carneiro M do N, Ferreira-Couto CM, Fernandes-Carneiro M do N. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2022 May 18];16(47):539–75. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300539&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 Apr 30 [cited 2022 May 13];2013(4). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub3/full>
14. Demirel G, Golbasi Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015 Nov 1;131(2):183–6.
15. Karaçam Z, Ekmen H, Çalişir H. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care for Women International* [Internet]. 2012;33(8):697–718. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=uhcw20>
16. Lomte DD. An Open Label, Prospective Study to Evaluate the Efficacy of Misoprostol Versus Dinoprostone Gel For Induction of Labour. *Journal of Medical Science And clinical Research*. 2016 Feb 27;
17. ¿Es eficaz el masaje perineal antenatal y en el período expulsivo del parto? - Dialnet [Internet]. [cited 2022 May 28]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2682787>

18. Shahoei R, Zaheri F, Nasab LH, Ranaei F. The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician* [Internet]. 2017 Oct 25 [cited 2022 Mar 9];9(10):5588. Available from: [/pmc/articles/PMC5718865/](#)
19. Álvarez-González M, Leirós-Rodríguez R, Álvarez-Barrio L, López-Rodríguez AF. Prevalence of Perineal Tear Peripartum after Two Antepartum Perineal Massage Techniques: A Non-Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2022 Mar 9];10(21):10. Available from: [/pmc/articles/PMC8584327/](#)
20. Shahoei R, Hashemi-Nasab L, Gaderkhani G, Zaheri F, Shahoei F. The impact of perineal massage during pregnancy on perineal laceration during childbirth and postpartum: A randomized clinical trial study. *June Chron Dis J* [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 24];4(1). Available from: <http://cdjournal.muk.ac.ir>
21. Harlev A, Pariente G, Kessous R, Aricha-Tamir B, Weintraub AY, Eshkoli T, et al. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine Can we find the perfect oil to protect the perineum? A randomized-controlled double-blind trial Can we find the perfect oil to protect the perineum? A randomized-controlled double-blind trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 23];26(13):1328–31. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijmf20http://informahealthcare.com/>
22. Romina S, Ramezani F, Falah N, Mafi M, Ranjkesh F. Effect of Perineal Massage with Ostrich Oil on the Episiotomy and Lacerations in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Mar 19];25(2):134–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32195159/>
23. Customer P. PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica 11 preguntas para entender un ensayo clínico Comentarios generales.
24. Sousa M, Navas Z, Laborde M, Alfaro B, José J, Carrascosa U, et al. Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación Levels of scientific evidence and degrees of recommendation.
25. Giorgio Reggiardo. Multicentre, open label study to evaluate the efficacy and tolerability of a gel (Elastolabo®) for the reduction of the incidence of perineal

- traumas during labour and related complications in the postpartum period | Request PDF [Internet]. 2012 [cited 2022 May 13]. p. 143–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/287510924_Multicentre_open_label_study_to_evaluate_the_efficacy_and_tolerability_of_a_gel_ElastolaboR_for_the_reduction_of_the_incidence_of_perineal_traumas_during_labour_and_related_complications_in_the_postpa
26. Geranmayeh M, Habibabadi ZR, Fallahkish B, Farahani MA, Khakbazan Z, Mehran A. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2012 Jan 26 [cited 2022 Mar 28];285(1):77–81. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-011-1919-5>
 27. Zare O, Pasha H, Faramarzi M. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration. 2014 [cited 2022 Apr 29];6(1):10–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.61003>
 28. Escala EVA, ¿Cómo Interpretar el Dolor del Paciente? - IFSES [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://ifses.es/escala-eva/>
 29. Bayraktar E, Başer M. Effect of perineum massage with olive oil on perineum integrity and duration of second period of delivery. 18:2021.
 30. Alcaide AR. Cifras para reflexionar sobre un problema Childbirth Care in Spain: Data to Reflect on a Problem. *ILEMATA* año. 2015;7:13–26.
 31. Akhlaghi F, Baygi ZS, Miri M, Najafi MN. Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy. *Journal of Family & Reproductive Health* [Internet]. 2019 Dec 25 [cited 2022 Mar 9];13(3):160. Available from: </pmc/articles/PMC7072029/>
 32. El papel del fisioterapeuta durante el parto [Internet]. [cited 2022 May 19]. Available from: <https://www.fisiofocus.com/es/articulo/el-papel-del-fisioterapeuta-durante-el-parto>
 33. El papel de la fisioterapia en la preparación al parto - Beatriz Cosgrove. [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://beatrizcosgrove.com/papel-la-fisioterapia-la-preparacion-al-parto/>
 34. 220 Labor and Delivery ideas | birth labor, labor, natural child birth [Internet]. [cited 2022 May 28]. Available from: <https://www.pinterest.es/pinkorbluecare/labor-and-delivery/>

ANEXOS

ANEXO 1: Escala CASPE. Calidad metodológica



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
Leyendo críticamente la evidencia clínica

11 preguntas para entender un ensayo clínico

Comentarios generales

- Para valorar un ensayo hay que considerar tres grandes epígrafes:

¿Son válidos los resultados del ensayo?

¿Cuáles son los resultados?

¿Pueden ayudarnos estos resultados?

Las 11 preguntas de las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a centrarte en esos aspectos de modo sistemático.

- Las primeras tres preguntas son de eliminación y pueden ser respondidas rápidamente. Si la respuesta a las tres es "sí", entonces vale la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como:

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8.

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida? <i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i> <ul style="list-style-type: none">- La población de estudio.- La intervención realizada.- Los resultados considerados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SÍ	NO SÉ	NO
2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos? <i>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SÍ	NO SÉ	NO
3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él? <i>- ¿El seguimiento fue completo? - ¿Se interrumpió precozmente el estudio? - ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SÍ	NO SÉ	NO

Preguntas de detalle

<p>4 ¿Se mantuvo el cegamiento a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Los pacientes.- Los clínicos.- El personal del estudio.	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?</p> <p><i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?</p> <p><i>¿Qué desenlaces se midieron?</i> <i>¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i></p>	
<p>8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?</p> <p><i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i></p>	

C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?

<p>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local? <i>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son suficientemente parecidos a tus pacientes?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica? <i>En caso negativo, ¿en qué afecta eso a la decisión a tomar?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes? <i>Es improbable que pueda deducirse del ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

ANEXO 2: Escala Oxford. Grado de recomendación y nivel de evidencia

Tabla 8: Clasificación de los niveles de evidencia de Oxford (OCEBM)

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia	Estudios económicos y análisis de decisión
A	1a	RS con homogeneidad de EC controlados con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validadas en diferentes poblaciones	RS de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de nivel 1
	1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales con un seguimiento mayor de 80% de la cohorte y validadas en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico	Estudio de cohortes prospectiva con buen seguimiento	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia; e incluyendo análisis de la sensibilidad
	1c	Eficiencia demostrada por la práctica clínica. Considera cuando algunos pacientes mueren antes de ser evaluados	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes. Series de casos todos o ninguno	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Series de casos todos o ninguno	Análisis absoluto en términos de mayor valor o peor valor
B	2a	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad	RS de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un EC, con homogeneidad	RS de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad	RS (con homogeneidad de estudios 2b y mejores)	RS (con homogeneidad) de estudios económicos con nivel mayor a 2
	2b	Estudio de cohortes individual con seguimiento inferior a 80% (incluye EC de baja calidad)	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un EC, o GPC no validadas	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba)	Estudios de cohortes retrospectivas o de seguimiento insuficiente	Análisis basados en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia; e incluyendo un análisis de sensibilidad
	2c	Estudios ecológicos o de resultados en salud	Investigación de resultados en salud		Estudios ecológicos	Auditorías o estudios de resultados en salud
	3a	RS de estudios de casos y controles, con homogeneidad		RS con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad	RS con homogeneidad de estudios 3b y mejores	RS con homogeneidad de estudios 3b y mejores
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población basado en pocas alternativas o costes, estimaciones de datos de mala calidad, pero incluyendo análisis de la sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles

C	4	Serie de casos, estudios de cohortes, y de casos y controles de baja calidad	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente	Serie de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica o basado en teoría económica o en "principios fundamentales"

GPC: Guía de práctica clínica. Estudios con homogeneidad: se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.

ANEXO 3: Escala REEDA (34)

Evaluating Perineal Healing

REEDA Scale

Is a scale used in the postpartum care to grade healing of perineal trauma associated with laceration or repair of episiotomy associated with delivery.

	R	E	E	D	A
Points	Redness	Edema	Ecchymosis	Discharge	Approximation
0	None	None	None	None	Closed
1	Within 0.25 cm bilaterally	Perineal < 1 cm	within 0.25 cm bilaterally or 0.5 cm unilaterally	Serum	Skin separation < 3mm
2	Within 0.5 cm bilaterally	Perineal or vulval between 1-2 cm	Between 0.25 - 1 cm bilaterally or 0.5 - 2 cm unilaterally	Sero-sanguineous	Skin and subcutaneous fat separation
3	> 0.5 cm bilaterally	Perineal or vulval > 2 cm	> 1 cm bilaterally or > 2 cm unilaterally	Bloody, purulent	Skin and subcutaneous fat and fascial separation
Score					

[Pinkorbluecare.com](http://pinkorbluecare.com)

ANEXO 4: Variables

Autores	Media de edad	Variables	Medida
Akhlaghi et al.,2019	GC: 23.87 GI: 22.46	-Episiotomía. -Desgarros y grado.	-Después del parto GI y GC examinados en búsqueda de daños perineales. -Medido y registrado por el investigador residente en una lista de cotejo. -Análisis de datos con SPSS 16. - Presentados en gráficas y tablas: índice estadístico descriptivo en términos de frecuencia, prueba t independiente, Mann-Whitney, chi-cuadrado, prueba de Fisher.
Ugwu et al., 1018	GI: 28.02 GC: 28.77	-Periné intacto. -Tasa de episiotomías. -Tasa de desgarros perineales de 1º, 2º, 3º, 4º.	-Después del parto recopilación resultados del trabajo de parto (proveedores de at. obstétrica sesgados). -Análisis de datos con SPSS versión 21, comparación mediante la prueba t Student y prueba exacta Fisher. -Las relaciones se expresaron mediante riesgos relativos e intervalos de confianza (significancia $p < 0.05$).
Demirel et al.,2015	GI, GC: 23.86	-Tasa de episiotomía y desgarros.	-Datos del estudio evaluados con el SPSS versión 14.0. -GI y GC se compararon mediante la prueba X2 ($P < 0.05$ significativa).
Karaçam et al., 2012	GI: 22.91 GC: 23.02	-Periné intacto. -Desgarro. -Episiotomía. -Dolor perineal al 1, 3 días, 1 año.	-Estudio piloto previo. -Datos de estudios recopilados a través de un formulario de cuestionario diseñado por los investigadores basándose en la literatura: 13 preguntas de características descriptivas, observación laboral y seguimiento, para ser utilizado en el primer día, 3r semana. - Formulario de observación del trabajo de parto: episiotomía y desgarros. -El primer día postparto: presencia y nivel de dolor perineal mediante escala EVA. -Formulario de seguimiento del dolor a la 3r semana postparto (por teléfono). -Formulario de seguimiento postparto del primer día por entrevistas cara a cara y observación de 10 a 15 min. Y se le pidió que se automiraran el periné. -Análisis de datos: social Sciences, version 11.5 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA -Estadística descriptiva, chi-cuadrado para

			variables categóricas, análisis de regresión logística univariante para variables continuas.
Shahoei R., Zaheri F. et al.,2017	GI: 26-30 GC: 21-25	-Episiotomía -Laceraciones y su grado. -Dolor perineal postparto e intensidad 3 y 10 días, 3 meses .	-Examinación del perineo y vagina de en términos de laceraciones y episiotomía postparto. -Dolor perineal y gravedad: Seguimiento 3 días, 10 días y 3 meses postparto por teléfono (EVA). -Los datos se recopilaron mediante cuestionarios y entrevistas examinando los registros médicos y observando. -SPSS 18 (estadística descriptiva y analítica, incluidas prueba t, chi-cuadrado y prueba de Fisher, $p < 0.05$ significativa)
Álvarez et al.,2021	Media de los 3 grupos: 32.7 \pm 3.9	-Episiotomía. -Desgarros. -Intensidad del dolor perineal.	-Formulario de autoinforme (sesión de evaluación) a la 5° o 6° semana postparto (EVA) -Análisis estadístico con Stata v.12 ($p < 0.05$). -Variables independientes: RR
Shahoei R., Hashemi-Nasab L. et al., 2016	GI, GC: 26-30	-Desgarros. -Episiotomía. -Dolor y severidad.	-Cuestionario a través de entrevistas y observación. -Cuestionario por teléfono: dolor y severidad al 3r día, 10 días, 3 meses postparto.
Harlev et al., 2013	GI: 26.3 \pm 5.1 GC: 26.2 \pm 5.3	-Desgarros. -Episiotomía.	-Análisis estadístico utilizando SPSS. -Significación estadística se examinó mediante chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher y la prueba F, respectivamente. -Prueba Mantel-Haenszel para controlar posibles factores de confusión. - $p < 0.05$ estadísticamente significativo.
Romina et al., 2020	GI: 25.38 \pm 3.65 GC: 24.18 \pm 4.2	-Episiotomía. -Laceraciones.	-A través de una lista de verificación con preguntas sobre datos demográficos, embarazo y el parto. -Análisis con SPSS 24. -Prueba t y chi-cuadrado y Mann-Whitney para comparar los dos grupos. - $p < 0.05$ significativo.
Reggiardo et al., 2012	GI: 30.8	-Episiotomía. -Ausencia de lesión perineal. -Laceración perineal de 1°, 2°, 3°	-EVA a los 28 días de aplicación del masaje y en el parto. -Para las demás variables de estudio se utilizaron pruebas paramétricas no-paramétricas adecuadas.

		3°, 4°. -Extensibilidad tejido perineal. -Elasticidad tejido perineal.	
Geranmayeh et al., 2012	GI: 21 +-3 GC: 22 +-3	-Episiotomía. -Desgarros y grado. -Efectos secundarios de la vaselina.	-Análisis a través de SPSS 16. -Variables cualitativas descritas mediante frecuencia y porcentaje -Variables cuantitativas mediante media y desviación estándar. -Para comparar grupos se calcularon las pruebas de chi-cuadrado y exacta de Fisher. También se realizó una prueba independiente de t para el análisis cuantitativo -P < 0.05 estadísticamente significativo. -Seguimiento dentro de los 10 días postparto por teléfono o en persona.
Ommolbanin et al., 2014	GI: 26.96 ± 4.3 GC: 26.06 ± 4.5	-Periné intacto. -Episiotomía. -Desgarro perineal de 1°, 2°, 3°, 4° . -Otros desgarros del tracto genital.	-Análisis con t-test, chi2.
Bayraktar et al., 2019	Rango de edad: 17-40 GI: 21-24 GC: 25-28	-Episiotomía. -Desgarro perineal.	-Formulario de recolección de datos llenado por encuestadoras. -Escala de REEDA llenada por otras parteras sesgadas del servicio de postparto -Dado que las gestantes con parto normal fueron dadas de alta rápidamente, solo se evaluaron los tres primeros parámetros de la REEDA. -Analizar datos con SPSS 16.0

ANEXO 5: Intervenciones

Autores	Muestra	Quien realiza el masaje	Momento realización del masaje	Sustancia utilizada	Tipo de masaje	Tiempo
Akhlaghi et al., 2019	99 GI: 50 GC: 49	Ginecólogo residente.	Etapa activa trabajo de parto y comienzo de la segunda.	Lubricante.	2-3 cm intravaginal y presión a ambos lados.	-Total de 4 sesiones en 1ª etapa: durante dos min- 30 min

						descanso. -Comienzo 2º etapa: 10 min.
Ugwu et al., 1018	GI: 53 GC: 55	Automasaje o pareja.	Desde 34 a 36 semana de EG hasta parto	Gelatina KY.	Barrido hacia abajo y los lados y presión sobre perineo hasta que el área quede adormecida.	10 min/día.
Demirel et al., 2015	142 en cada grupo.		1a y 2a etapa.	Glicerol.	Dos pulgares 2-3 cm dentro de la vagina.	Detuvo al inicio de las contracciones y se reanudo cuando contracciones se calmaron (4 veces durante la 1 etapa de parto), 10 min en la 2a etapa de parto.
Karaçam et al., 2012	198 en cada grupo	Matrona.	Inicio cuando cuello uterino ≥ 8 cm dilatación.	Fluidos vaginales como lubricantes, lubricante en caso de sequedad vaginal.	Albers et al 2005; Stamp et al, 2001.	10 a 15 minutos.
Shahoei R., Zaheri F. et al., 2017	178 GI: 95 GC: 83	3 parteras expertas parto.	2a etapa de parto hasta parto.	Lubricante estéril.	Forma de U.	30 minutos.
Álvarez et al., 2021	90 30 en cada grupo	Automasaje Fisioterapeuta experto.	A partir de la semana 37 EG.	Lubricante a base de agua.		Fisioterapeuta: 30 min/semana Auto/pareja: 10min/ dos veces/semana.
Shahoei R., Hashemi-Nasab L. et al., 2016	150 75 cada grupo	Automasaje.	Desde la semana 34 hasta el parto.	Aceite de oliva.	Forma de U.	8 min/ día.
Harlev et al., 2013	164 GI: 82	Parteras.	2a etapa de parto.	Aceite especial vs		

	GC:82			lubricante habitual.		
Romina et al., 2020	77 GI:39 GC: 38		Fase activa del trabajo de parto y 2º etapa de parto.	Aceite de avestruz.	Forma de U.	1º etapa : 5-10 min cada hora (entre cc) 2º etapa: 5-10 min cada 30 min (durante y entre contracciones).
Reggiardo et al., 2012	GI:118 GC: epidemiología del norte y centro de Italia.	Automasaje.	de la s 32 hasta el parto.	4 gr de gel Elastolabo.	Externo: movimientos circulares con el pulgar Interno: pulgares o dedos 2-3 cm dentro de la vagina, U.	Todos los días 10 minutos.
Geranmayeh et al., 2012	45 en cada grupo	Partera.	2a etapa de parto hasta que el bebe salió.	Vaselina.	Masaje perineal de barrido y rotación durante las contracciones uterinas.	
Ommolbanin et al.,2014	GI:45 GC:100	Partera.	2a etapa.	Lubricante soluble en agua.	Forma de U con índice y dedo medio.	Durante el trabajo de parto.
Bayraktar et al., 2019	700 350 cada grupo.	Matrona.	2a etapa del trabajo de parto.	Aceite de oliva.		

