

## Actualización sobre la efectividad y evidencia del masaje perineal ante-natal

### *Update on the effectiveness and evidence of ante-natal perineal massage*

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0976>

E. Azón<sup>1</sup>, E. Mir<sup>2</sup>, J. Hernández<sup>3</sup>, J.J. Aguilón<sup>4</sup>, A.M. Torres<sup>4</sup>, P.J. Satústegui<sup>5</sup>

#### RESUMEN

El impacto y la morbilidad que genera el trauma perineal durante el parto vaginal justifica la necesidad de encontrar estrategias que lo minimicen. El masaje perineal antenatal (MPA) se plantea como una técnica que incrementa la elasticidad del periné y que podría reducir el daño en el suelo pélvico. La presente revisión pretendió conocer la efectividad y la evidencia científica que avala este procedimiento. Se consultaron las bases de datos *Medline*, *Cochrane*, *Tripdatabase* y *Cuiden*, en español y en inglés, de los últimos seis años. Se encontraron diez artículos con diferentes niveles de evidencia. Todos ellos fueron favorables al empleo de esta técnica. Aunque es necesaria investigación adicional, la evidencia disponible actualmente sugiere que el uso del MPA al final del embarazo podría ser un procedimiento efectivo y seguro para reducir el trauma perineal en el parto, especialmente en primigestas, y el dolor postparto en múltiparas.

**Palabras clave.** Masaje. Perineo. Trauma perineal. Cuidado prenatal.

#### ABSTRACT

The impact and morbidity generated by perineal trauma during vaginal delivery justifies the need to find strategies to minimize it. Ante-natal perineal massage (APM) is proposed as a technique that increases the elasticity of the perineum and that could reduce damage to the pelvic floor. This review set out to discover the effectiveness and the scientific evidence that supports this procedure. The Medline, Cochrane, Tripdatabase and Cuiden databases for the last six years were consulted, in Spanish and English. Ten studies with different levels of evidence were found. All of them favoured the use of this technique. Although further research is needed, evidence currently available suggests that the use of APM in late pregnancy could be an effective and safe procedure to reduce perineal trauma in childbirth, especially in primiparous women, and postpartum pain in multiparous women.

**Keywords.** Massage. Perineum. Perineal trauma. Prenatal care.

*An. Sist. Sanit. Navar.* 2021; 44 (3): 437-444

1. C.S Villarroya Sierra. Zaragoza. España.
2. 061 Aragón. Unidad Móvil Emergencias. Calatayud. Zaragoza. España.
3. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.
4. Hospital Alcañiz. Teruel. España.
5. 061 Aragón. Unidad Móvil Emergencias Monzón. Huesca. España.

#### Correspondencia:

Esther Azón López  
C/Aldebarán, 60 esc 7 3b  
50012 Zaragoza  
E-mail: eazonl@salud.aragon.es

Recibido: 25/08/2020  
Revisado: 19/09/2020  
Aceptado: 24/09/2020

## INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, se ha asistido a un debate por humanizar la atención al parto que, en aras de garantizar unos buenos resultados materno-fetales, se había convertido en un acto altamente medicalizado<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya elaboró en 1996 una guía práctica sobre los cuidados del parto normal. Diez años antes, en 1985, se habían desarrollado distintas recomendaciones sobre el uso de la tecnología en los partos, alertando de los peligros de su sobredimensión<sup>2</sup>. En España, la puesta en marcha en 2007 de la Estrategia de Atención al parto normal, impulsada por el Ministerio de Sanidad y Política Social al amparo de las recomendaciones de numerosos organismos científicos nacionales e internacionales, propició la revisión y corrección de diversas prácticas sanitarias con relación al parto que no se sustentaban en la evidencia científica<sup>3</sup>.

La episiotomía rutinaria es una de esas prácticas que no se apoyan en fundamentos científicos sólidos<sup>4</sup>. Introducida en el siglo XVIII, consiste en una incisión quirúrgica que busca ampliar el introito vaginal para, supuestamente, prevenir desgarros perineales. Actualmente, existe amplio consenso de que su uso debe reservarse a partos instrumentales o con compromiso fetal<sup>4</sup>, incrementándose así el número de mujeres sin trauma perineal, que no tienen dolor al alta y que reanudan la actividad sexual más precozmente<sup>5</sup>. Se entiende por trauma perineal cualquier lesión en dicha zona anatómica, ya sea de etiología intencional/quirúrgica (episiotomía) o espontánea (desgarros perineales de menor a mayor gravedad)<sup>6</sup>.

La política de uso restrictivo de la episiotomía<sup>4</sup> ha propiciado la búsqueda de diferentes estrategias para minimizar la morbilidad asociada al trauma perineal en el parto (repercusión de índole física, psíquica y social) que altera gravemente la vida afectiva y sexual de la mujer<sup>7</sup>. Una de estas estrategias preventivas es el masaje perineal antenatal (MPA), aplicado en las 5-6 últimas semanas de toda gestación que transcurra con normalidad, con ayuda de algún lubricante hidrosoluble o aceite vegetal, para aumentar

la elasticidad de los músculos de la zona, disminuyendo la resistencia que ofrecen al paso del recién nacido<sup>8</sup>. Además, el MPA refuerza el autoconocimiento del propio cuerpo por parte de la mujer, permitiendo también la colaboración de su pareja<sup>8,9</sup>. Por todo ello, muchas matronas recomiendan esta técnica a mujeres de cualquier raza, edad o paridad, dentro de sus programas de psicoprofilaxis obstétrica, comúnmente conocidos como preparación al parto<sup>10</sup>.

El propósito de este trabajo fue revisar la bibliografía para analizar la evidencia y el grado de recomendación del MPA en la reducción del daño perineal (por episiotomía y/o desgarro espontáneo) en el parto vaginal, para apoyar o no esta práctica entre las gestantes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Tripdatabase, PubMed-Medline, Cochrane y Cuiden, entre febrero y abril de 2019, con la estrategia de búsqueda: (“*massage*” [Abstract] AND (“*perineal*” [Abstract] OR “*perineum*” [Abstract]) AND “*injury*” [Abstract] AND “*prenatal care*” [Abstract]).

Dicha búsqueda trató de dar respuesta a la pregunta: *¿Es efectivo el MPA entre las embarazadas para reducir el trauma perineal en el parto vaginal?* Para ello se siguió la estrategia PICO:

- P (población objeto de estudio): embarazadas;
- I (intervención): MPA durante el embarazo;
- C (comparación): no MPA en el embarazo;
- O (resultado): trauma perineal en parto vaginal.

Se incluyeron todos aquellos artículos publicados en los últimos seis años (2013-2018), para revisar la bibliografía más actualizada. Se excluyeron los artículos publicados en idiomas diferentes al inglés o español, así como aquellos en los que el masaje perineal fue realizado durante el parto.

Los artículos encontrados en la búsqueda inicial fueron revisados a partir de la lec-

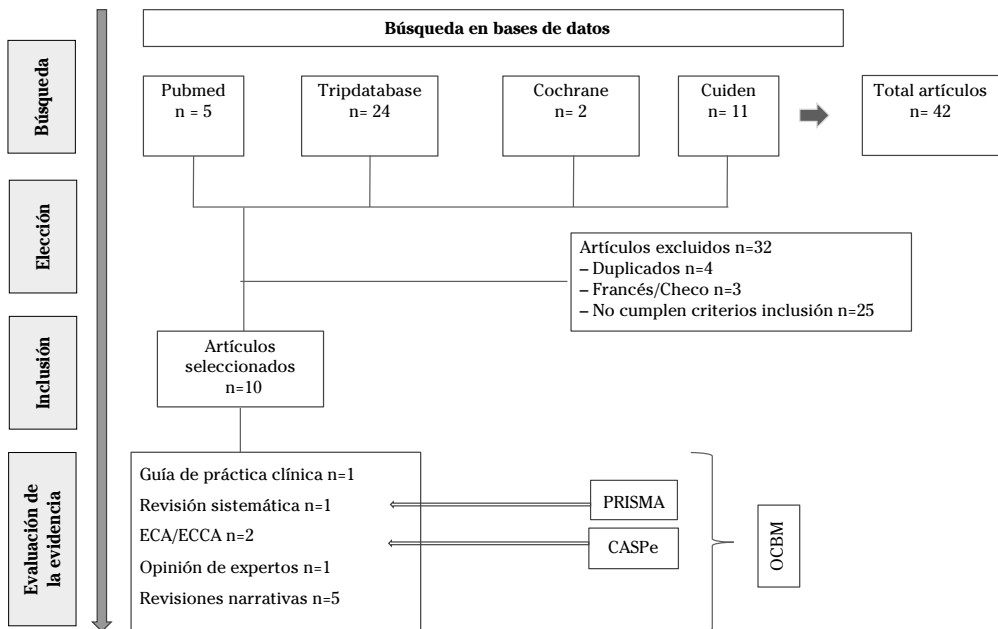
tura de sus títulos y resúmenes. Se excluyeron los artículos duplicados y los que no cumplieron los criterios de selección. Los artículos restantes fueron analizados mediante su lectura completa. De los estudios seleccionados se extrajeron los siguientes datos: autor, país y fecha de publicación, tipo de estudio, número de muestra, intervención y resultados obtenidos.

Se determinó la calidad metodológica de los estudios seleccionados mediante la escala CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme España*)<sup>11</sup> para ensayos clínicos, que evalúa once ítems, y la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)<sup>12</sup> para revisiones sistemáticas y metaanálisis, que evalúa veintisiete ítems; ambas otorgan un punto por cada ítem evaluado positivamente. Se utilizó como criterio para considerar una adecuada calidad metodológica la superación del 60% de los valores posibles en cada escala<sup>13</sup>.

También fue analizado el nivel de evidencia científica y el grado de recomendación de todos los estudios mediante la escala del *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (OCEBM) para conocer tanto la fortaleza de sus resultados como su rigurosidad metodológica. La escala OCEBM valora la evidencia según el área temática o escenario clínico y según el tipo de estudio que involucra al problema clínico en cuestión. El nivel de evidencia se clasifica en diez categorías y el grado de recomendación en cuatro<sup>14</sup>.

**RESULTADOS**

Tras aplicar los criterios de selección se incluyeron 10 estudios en esta revisión (Fig. 1). Se encontraron una guía de práctica clínica (GPC)<sup>15</sup>, una revisión sistemática (RS)<sup>16</sup>, un ensayo clínico aleatorizado (ECA)<sup>17</sup>, un ensayo clínico cuasi aleatoriza-



ECA: ensayo clínico aleatorizado; ECCA: ensayo clínico cuasi aleatorizado; PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; CASPe: *Critical Appraisal Skills Programme España*; OCEBM: *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*.

**Figura 1.** Flujograma de los artículos revisados.

**Tabla 1.** Descripción de los artículos incluidos en la revisión sobre masaje perineal antenatal

<b>Autoría País Año</b>	<b>Diseño Muestra Semana</b>	<b>Intervención Lubricante Frecuencia</b>	<b>Resultados</b>	<b>Calidad OCEBM</b>
Beckmann y Stock Australia 2013 <sup>16</sup>	RS de 4 ECA N=2.497 EG ≥35	- - -	- En primigestas el MPA reduce el daño perineal con necesidad de sutura (RR=0,91; IC95%: 0,86-0,96) y las episiotomías (RR= 0,84; IC95%: 0,74-0,95) - En multiparas causa menor dolor perineal a los 3 meses postparto (RR=0,45; IC95%: 0,24-0,87)	1a/A 27/27*
Hasting Tolsma Estados Unidos 2014 <sup>19</sup>	OE - EG ≥35	- Técnica estándar con estiramiento de los tejidos perineales con los dedos lubricados - -	- Posicionamiento a favor de la práctica del MPA	5D
Royal College of Obstetricians and Gynecologists Reino Unido 2015 <sup>15</sup>	GPC N=2.497	- - -	- Listado de buenas prácticas clínicas para la prevención del trauma perineal en el parto, por niveles de evidencia	1a/A
Miranda Moreno y col España 2015 <sup>24</sup>	RN - EG ≥32	- Presionar con pulgares dentro de la vagina hacia zona perineal y deslizar en forma de U - Aceite de rosa mosqueta o aceite puro - 10 min ≥2/semana	- Argumentación a favor del MPA	5D -
Gramaje Córdoba y col España 2016 <sup>22</sup>	RN - EG ≥32.	- MPA en tres pasos - Aceite vegetal o crema - ≥2/semana.	- El MPA reduce el número de episiotomías practicadas y ocasiona menor dolor perineal a los tres meses postparto	5D -
Gómez Coca y col España 2017 <sup>23</sup>	RN - EG ≥32	- - Aceite dulce de almendras o aceite de rosa mosqueta - ≥2/semana	- El MPA incrementa el porcentaje de perinés íntegros y disminuye la tasa de episiotomías, desgarros perineales, y el dolor perineal tras el parto	5D -
Ferreira Couto y col Portugal 2017 <sup>21</sup>	RN - -	- - -	- El MPA reduce el número de episiotomías y laceraciones en el parto, y el dolor perineal postparto	5D
Leon-Larios y col España 2017 <sup>18</sup>	ECCA N=466 primigestas: GE=254 GC=212 EG ≥32	- Técnica estándar más ejercicios perineales - Aceite de oliva - 8 min/día	- GE con mayor frecuencia de perinés intactos (OR=0,3; IC95%: 0,69-1,47; p<0,003), y menor de episiotomías (OR=0,2; IC95%: 0,14-0,36; p<0,001) y de desgarros perineales de grado 3 y 4 (OR=3; IC95%: 1,45-6,44; p=0,003)	1b/B 9/11**
Vieira y col Brasil 2018 <sup>20</sup>	RN - EG: ≥32	- Técnica estándar - Desconocido - 8 min/día	- Evidencia positiva hacia la función protectora del MPA - No parece efectivo durante el parto	5D

Autoría País Año	Diseño Muestra Semana	Intervención Lubricante Frecuencia	Resultados	Calidad OCEBM
Ugwu y col <sup>17</sup> Nigeria 2018	ECA N= 108 primígestas: GE= 53 GC= 55 EG: 34-36	- Técnica estándar - KY jelly - Diaria	- GE con mayor frecuencia de periné intacto (RR= 1,75; IC95%: 1,07-2,86; p= 0,02) y menor de episiotomías (RR= 0,65; IC95%: 0,43-0,98; p= 0,03) - Sin diferencias en riesgo de desgarros perineales de primer (RR= 1,25; IC95%: 0,40-3,84; p= 0,70) y segundo grado (RR= 0,2; IC95%: 0,01-4,22; p= 0,500)	1b/B 9/11**

MPA: masaje perineal antenatal; ECA: ensayo clínico aleatorizado; EG: edad gestacional (semanas); GE: grupo experimental; GC: grupo control; estándar: masaje en el interior de la vagina presionando con uno o dos dedos hacia abajo y hacia los lados; RR: riesgo relativo; RN: revisión narrativa; RS: revisión sistemática; CC: estudio de casos y controles; cm: centímetros; min: minutos; OR: odds ratio; ECCA: ensayo clínico cuasi-aleatorizado; GPC: guía de práctica clínica; OE: opinión de expertos; -: desconocida o sin explicar.

\*: PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*); \*\*: CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme España*); OCEBM: *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*.

do (ECCA)<sup>18</sup>, una opinión de expertos (OE)<sup>19</sup> y cinco revisiones narrativas (RN)<sup>20-24</sup>. Las características de cada estudio se resumen en la tabla 1.

Se analizaron un total de 3.071 mujeres, de las cuales 2.578 eran primíparas (83,94%), y el resto multíparas. Recibieron MPA un 50,09 % de mujeres (1.337), formando parte del grupo control el 49,91% que no lo recibieron.

### Técnica del MPA, frecuencia y duración del mismo

Seis de los artículos analizados coincidieron al describir la técnica de MPA, recomendando la inserción de uno o dos dedos en el interior de la vagina a unos 3-4 cm, llevando a cabo una presión suave sobre el perineo y deslizándolo hacia afuera y hacia los lados (técnica estándar)<sup>17-20,22,24</sup>. Además, la revisión narrativa de Gramaje Córdoba<sup>22</sup> añadió a esta técnica estándar dos ejercicios más de estiramiento perineal (técnica en tres pasos).

Cuatro de los estudios analizados<sup>15,16,21,23</sup> no aportaron información sobre como aplicar el MPA.

Respecto a la frecuencia de aplicación, algunos estudios recomendaban practicar el MPA un mínimo de dos veces a la semana<sup>22-24</sup>, y el resto de manera diaria<sup>17,18,20,21</sup>. Solo dos estudios<sup>16,24</sup> evaluaron la relación

entre frecuencia de aplicación y resultados, y determinaron que una mayor aplicación (más de dos veces a la semana) no se relacionaba con una reducción de los desgarros perineales.

La duración del MPA osciló entre los ocho y los diez minutos<sup>18,20,22,24</sup>, aunque se aconsejó su finalización ante la aparición de molestias<sup>17,22</sup>.

### Momento de inicio del MPA

Todos los estudios analizados recomendaron iniciar el MPA en las últimas semanas del embarazo. Uno de ellos<sup>22</sup> lo llevó a cabo entre la semana 28 y la 30, mientras que el resto fijaron su inicio a partir de la semana 32<sup>18,20,22-24</sup> o entre las semanas 34 y 36<sup>15-17,19</sup>.

### Tipo de lubricante

Se recomendó el uso de aceites o lubricantes<sup>17-19,21-24</sup>, tales como lubricante hidrosoluble<sup>17</sup>, aceite de oliva<sup>18</sup>, aceite dulce de almendras<sup>23</sup> o aceite de rosa mosqueta<sup>24</sup>.

### Efectos indeseables del MPA

En algunos estudios se informó de la aparición de dolor y quemazón durante la realización del MPA en las primeras semanas, que disminuyó o desapareció en las dos o tres semanas posteriores<sup>16,18,22</sup>.

## **Efectividad del MPA en la reducción del daño perineal**

Todos los estudios se mostraron favorables a la utilización del MPA en la prevención del trauma perineal<sup>15-24</sup>.

El principal efecto de su utilización fue un incremento del porcentaje de perinés íntegros tras el parto<sup>17,18,20</sup>, que llegó a ser de hasta un 50,9% en el grupo experimental frente al 29,1% del grupo control<sup>17</sup>.

La aplicación del MPA redujo la tasa de episiotomías<sup>15-23</sup>, así como los desgarros espontáneos que precisaban sutura<sup>15,16,19-22,24</sup>, principalmente entre mujeres primigestas<sup>15,16,19,24</sup>. Dos estudios describieron que el uso del MPA se asoció a una disminución de los desgarros perineales graves (tercer y cuarto grado)<sup>18,20</sup>, mientras que otros no encontraron relación con la tasa de desgarros leves (primer y segundo grado)<sup>17</sup> ni con cualquier tipo de desgarro<sup>15,16</sup>.

## **Efectos en el parto y neonatales**

El MPA no ocasionó diferencias en el tipo de parto, la duración de sus diferentes fases o la necesidad de aumentar la oxitocina<sup>17</sup>.

Tampoco se relacionó con los valores del Apgar neonatal a los 5 minutos<sup>17,18</sup>, el peso de los recién nacidos o la incidencia de sepsis neonatal<sup>17</sup>.

## **Efectos del MPA en el postparto**

El MPA se asoció a una disminución del dolor postparto tras el nacimiento<sup>16,18,20-23</sup> así como en los tres meses posteriores<sup>16,22</sup>.

El MPA no se asoció con la aparición de incontinencia urinaria o fecal<sup>17,22</sup>, aunque un estudio lo relacionó con una reducción del 17% en la incidencia de incontinencia para gases<sup>17</sup>.

Tampoco se relacionó el MPA con la insatisfacción sexual postparto<sup>16,22</sup>.

## **Calidad metodológica**

El ECA<sup>17</sup> y el ECCA<sup>18</sup> alcanzaron niveles altos de calidad con la escala CASPe (9/11)

y la RS<sup>16</sup> obtuvo la máxima puntuación en la guía PRISMA (27/27).

Un 40 % de los estudios analizados con la escala OCEBM obtuvieron un nivel de evidencia alta (nivel 1a/A para la RS<sup>16</sup> y la GPC<sup>15</sup> y nivel 1b/B para ambos EC<sup>17,18</sup>). Por el contrario, las revisiones narrativas<sup>20-24</sup> y la opinión de expertos<sup>19</sup>, que suponen el 60 % de los estudios analizados, presentaron niveles de evidencia y grados de recomendación muy bajos (5D).

## **DISCUSIÓN**

El MPA durante el embarazo es empleado como una forma de incrementar la elasticidad del periné, favoreciendo el periodo expulsivo durante el parto<sup>16</sup>. Se recomienda la aplicación de la técnica estándar<sup>17-20,22,24</sup> aunque existen diversidad de criterios en cuánto a su frecuencia de aplicación y a la duración del masaje.

Puesto que el objetivo del MPA es aportar elasticidad al periné, se podría esperar que una mayor frecuencia de aplicación ocasionara una mayor elasticidad y, por lo tanto, una mayor protección perineal. Sin embargo, Beckmann<sup>16</sup> y Miranda Moreno<sup>24</sup> rechazaron esta hipótesis al concluir la no existencia de relación entre una mayor frecuencia de aplicación y un menor daño perineal, fijando en dos veces a la semana la frecuencia que aportaba mejores resultados.

Dado que la mayor frecuencia de aplicación no tiene una relación directa en los resultados sobre el periné, habría que plantearse si el tipo de lubricante empleado influye en el grado de protección perineal. Ninguno de los estudios analizados comparó entre diversos tipos de lubricantes, por lo que sería recomendable investigar cuál es el lubricante ideal, siguiendo la línea establecida por Harlev y col<sup>25</sup> quienes compararon dos aceites vegetales distintos en el masaje perineal, pero aplicándolo durante el parto.

No existió uniformidad en cuanto al momento de inicio del MPA, que en los estudios consultados abarcó las semanas 28 y 34. Este aspecto, junto con la variabilidad de la técnica o la frecuencia de aplicación, constituyen limitaciones ya apuntadas por

Soliva Lax<sup>6</sup>; sería recomendable investigar para homogeneizar la práctica del MPA.

La aplicación del MPA incrementó el número de perinés íntegros en primigestas<sup>17,18</sup>, lo que reduce el dolor en el postparto inmediato y durante los seis meses siguientes<sup>26</sup> y favorece la recuperación de la función sexual al disminuir la probabilidad de presentar dispareunia<sup>27</sup>. Además, el MPA redujo la tasa de episiotomías<sup>15-23</sup> y de desgarros perineales espontáneos que requirieron sutura<sup>15,16,19-22,24</sup>, con mejores resultados entre las mujeres primigestas. El periné presenta mayor elasticidad después de un parto previo, lo que justificaría que el MPA tenga menor efecto sobre la prevención del trauma perineal en múltiparas<sup>16</sup>.

El MPA no influyó ni en la evolución del parto ni en la morbilidad materno-fetal, por lo que puede considerarse una técnica inocua, en la que solo se origina una ligera molestia en las primeras semanas de aplicación. El 87 % de las gestantes lo recomienda a otras embarazadas<sup>22</sup>. Su aplicación solo estaría contraindicada en caso de lesiones o infecciones vaginales, amenaza de parto prematuro, rotura de bolsa amniótica y hemorragias vaginales<sup>5</sup>.

Encontramos limitaciones en los artículos evaluados que, como señaló Hasting Tolsma<sup>19</sup>, podrían distorsionar la efectividad observada del MPA en la reducción del trauma perineal. La destreza del personal que atiende el parto, el uso de analgesia epidural, el peso fetal, los hábitos y la motivación materna podrían influir en el mayor o menor éxito del MPA, y sería necesario controlarlos en futuras investigaciones. Takeuchi y Huriuchi<sup>29</sup> emplearon aplicaciones para dispositivos móviles para evitar que la mujer olvidase la realización del masaje.

La calidad de los artículos analizados constituye una limitación inherente en cualquier trabajo de revisión. En este caso, aunque algunos estudios incluidos carecían de la calidad deseable, un 40 % alcanzaron altos niveles de calidad, reflejando una síntesis actualizada del tema objeto de estudio.

Según la evidencia científica disponible actualmente, el MPA practicado entre las semanas 32 y 34 de toda gestación que

transcurra con normalidad parece ser una opción efectiva y segura para salvaguardar la integridad del periné durante el parto en primigestas y para reducir el dolor postparto en múltiparas. Sin embargo, es necesaria investigación adicional rigurosa sobre la técnica, la semana gestacional de inicio, su frecuencia, el tipo de lubricante y otros factores que intervienen en la génesis del daño perineal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones, 2007. [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision-8marzo2015.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision-8marzo2015.pdf)
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Bilbao: RGM, 2010. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>
3. TEJERO LAÍNEZ C. Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional de salud en España. *Med Natur* 2013; 7: 7-12.
4. JIANG H, QIAN X, CARROLI G, GARNER P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 2: CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000081.pub3>
5. AVILÉS SÁEZ Z, LÓPEZ MARTÍNEZ EM, DRIÉGUEZ CASTAÑO C, CONESA FERRER MB. Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. *Enferm* 2019; 18: 183-214. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051>
6. SOLIVA LAX I. Masaje perineal antenatal como medida de prevención del trauma perineal durante el parto vaginal: revisión sistemática. Trabajo final de Grado. Universidad de Lleida. Lleida, España, 2016.
7. TRIVIÑO JUAREZ JM. Calidad de vida relacionada con la salud y salud sexual de mujeres primíparas en el periodo postparto. Tesis doctoral. Universidad de Castilla la Mancha. Ciudad Real, España, 2017.
8. Federación de Asociaciones de Matronas de España. El masaje perineal. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/>

- uploads/2018/01/folelto-matronas-14-esp-masaje-perineal.pdf
9. DUARTE L, GARCÍA S, MEJÍAS MC. Masaje Perineal. *Nure Inv* 2013; 62: 1-4.
  10. AZÓN LÓPEZ E, HERNÁNDEZ PÉREZ J, MIR RAMOS E. Evidencia científica sobre el uso del aceite de rosa mosqueta. *Med Natur* 2013; 7: 87-93.
  11. CABELLO JB. Plantilla para ayudarte a entender un ensayo clínico. En: CASPe. Guías CASPe de lectura crítica de la literatura médica. Alicante: CASPe 2005; cuaderno I, 5-8.
  12. HUTTON B, CATALÁ-LÓPEZ F, MOHER D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Med Clin (Barc)* 2016; 147: 262-266. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.025>
  13. DE LA CALLE JL, INSAUSTI J, CID J, DEL POZO C, DE ANDRÉS J. Infusión espinal: valoración crítica de las revisiones sistemáticas publicadas con las herramientas AMSTAR, CASP y OQAQ. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2011; 18: 235-240.
  14. MELLA SOUSA M, ZAMORA NAVAS P, MELLA LABORDE M, BALLESTER ALFARO JJ, UCEDA CARRASCOSA P. Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. *Rev S And Traum y Ort* 2012; 29: 59-72.
  15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of third and fourth degree perineal tears. Green-top Guideline 29. Londres: RCOG 2015. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg29/>
  16. BECKMANN MM, STOCK OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 4: CD005123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>.
  17. UGWU EO, SUNDAY IFERIKIGWE E, NNAMDI OBI S, UCHENNA ELEJE G, CHUKWUMA OZUMBA B. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res* 2018; 44: 1252-1258. <https://doi.org/10.1111/jog.13640>
  18. LEON-LARIOS F, CORRALES GUTIERREZ I, CASADO MEJIA R, SUAREZ SERRANO C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: a quasi-randomized controlled trial. *Midwifery* 2017; 50: 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.015>
  19. HASTING TOLSMA M. Antenatal perineal massage decreases risk of perineal trauma during birth. *Evid Based Nurs* 2014; 17: 77-78. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2013-101451>
  20. VIEIRA F, GUIMARÃES J, SOUZAB M, SOUSAB P, SANTOSC R, CAVALCANTEA A. Scientific evidence on perineal trauma during labor: integrative review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018; 223: 18-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.036>
  21. FERREIRA COUTO CM, FERNANDES CAMEIRO MN. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enferm Global* 2017; 47: 539-551. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
  22. GRAMAJE CÓRDOBA LI, ASINS CUBELL A, CHAMÓN MOYA P, LLOPIS COLOMA C. Efecto del masaje perineal en el traumatismo perineal y la morbilidad postparto. *Enferm Integral* 2016; 111: 35-40.
  23. GÓMEZ COCA S, VILLAMOR RUIZ EM, ORTIZ FERNÁNDEZ S. Evidencia científica del masaje perineal y periné íntegro. *Trances* 2017; 9: 131-142. [http://www.trances.es/papers/TCS%2009\\_2\\_5.pdf](http://www.trances.es/papers/TCS%2009_2_5.pdf)
  24. MIRANDA MORENO MD, RODRÍGUEZ VILLAR V, BONILLA GARCÍA AM. Masaje perineal durante el embarazo. *Trances* 2015; 7: 785-790. [http://www.trances.es/papers/TCS%2007\\_5\\_7.pdf](http://www.trances.es/papers/TCS%2007_5_7.pdf)
  25. HARLEV A, PARIENTE G, KESSOUS R, ARICHA-TAMIR B, WEINTRAUB A, ESHKOLI T et al. Can we find the perfect oil to protect the perineum? A randomized-controlled double-blind trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013 Sep; 26: 1328-1331. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.784261>
  26. LEEMAN L, FULLILOVE AM, BORDERS N, MANOCCHIO R, ALBERS LL, ROGERS RG. Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth* 2009; 36: 283-288. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00355.x>
  27. O'MALLEY D, HIGGINS A, BEGLEY C, DALY D, SMITH V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18: 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6>
  28. RIKARD-BELL J, IYER J, RANE A. Perineal outcome and the risk of pelvic floor dysfunction: A cohort study of primiparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2014; 54: 371-376. <https://doi.org/10.1111/ajo.12222>
  29. TAKEUCHI S, HORIUCHI S. Feasibility of a Smartphone website to support antenatal Perineal massage in pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17: 354. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1536-9>