



MAESTRÍA EN ENFERMERÍA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA

Efecto del masaje perineal prenatal en la promoción de la integridad perineal:

estudio piloto

Alumna: Lic. Isa Cristina Ricardo Rodrigues Madaleno

Bragança, julio de 2025

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA

Relatorio de Naturaleza Profesional

Efecto del masaje perineal prenatal en la promoción de la integridad perineal: estudio piloto

Informe final de prácticas profesionales para la Maestría en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica de la Escuela de Salud del Instituto Politécnico de Bragança en el ámbito del Consorcio con el Instituto Politécnico de Viana do Castelo y la Universidad de Trás-os-Montes y Alto Douro, en virtud de la Orden n.º 12705/2022 en Diario da República, 2ª serie — N.º 211 — 2 de noviembre de 2022.

Alumna: Lic. Isa Cristina Ricardo Rodrigues Madaleno

Tutores: Prof. Dra. Teresa Isaltina Gomes Correia

Prof. Ana Fernanda Ribeiro Azevedo

Bragança, julio de 2025

Ricardo-Rodrigues, I. (2025). Efecto del masaje perineal prenatal en la promoción de la integridad perineal: estudio piloto. Informe final de prácticas profesionales para la Maestría en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica: Escuela de Salud del Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Palabras clave: Matrona; Cuidado Prenatal; Periné; Episiotomía; Desgarros Perineales.

La siguiente sección del presente informe de *Estagio de Natureza Profissional* ha sido sometida a revisión por parte de la revista científica ***Referência – Revista de Enfermagem***.

Resultados preliminares de este informe fueron publicados (Comunicación oral):

Ricardo-Rodrigues, I., Correia, T.I.G., & Azevedo A.F.R. *Massagem Perineal*. I Jornadas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ULS do Nordeste – Boas práticas em Obstetrícia. Bragança. Portugal. 2024.

Ricardo-Rodrigues, I., Correia, T.I.G., & Azevedo A.F.R. *Massagem Perineal Pré-Natal na Prevenção do Trauma Perineal*. XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor. Vila Nova de Famalicão. Portugal. 2024.

Dedicado a todas las mujeres.

*A las madres. A las que luchan por serlo. A las que perdieron. A las que renuncian. A las
que cuidan. A las que esperan.*

*A todas las que, en algún momento de la vida, se enfrentan a la intensidad de la
experiencia materna — en la alegría, en el dolor, en el deseo, en la ausencia o en el
renacer.*

AGRADECIMIENTOS

Con gratitud y reconocimiento, quiero dedicar unas palabras a las personas que fueron fundamentales para la realización de este trabajo:

- A Dios, que me ha guiado por este camino con el propósito de crecer.
- A la Prof.^a Dra. Teresa Isaltina Gomes Correia y a la Prof.^a Ana Fernanda Ribeiro Azevedo, por su orientación, disponibilidad y apoyo incondicional a lo largo de esta travesía.
- Al Prof. Dr. Rodrigo Jiménez García, del Departamento Materno-Infantil Universidad Complutense y Prof.^a Dra. Anna Carla Krepel Goldberg del Instituto Israelita de Enseñanza e Investigación del Hospital Albert Einstein por sus valiosas observaciones.
- A todo el profesorado del IPB-IPVC-UTAD, cuyos conocimientos y enseñanzas enriquecieron mi formación a lo largo de este recorrido.
- A mi querida tutora de prácticas, por su profesionalismo inigualable y su dedicación excepcional. Por el ejemplo que fue para mí, por su cariño, paciencia y entrega, le expreso mi más sincero agradecimiento.
- Al equipo de EESMOS de los distintos centros de atención primaria y al equipo del Servicio de Obstetricia de la ULSNE, por acogerme con generosidad y por contribuir de manera significativa a mi desarrollo profesional.
- A mi familia, en especial a mi esposo, quien me acompañó en todo este proceso de aprendizaje siendo mi puerto seguro, la roca firme que, con paciencia, aliento y fortaleza, me ayudó a llegar al final de esta etapa.
- Y para finalizar, a mis compañeras Sara Ribeiro, Alicia López y Joana Sousa, con quienes luchamos juntas para llegar hasta aquí. Hoy, al final del camino, podemos mirar hacia atrás con satisfacción, sabiendo que todo esfuerzo siempre vale la pena. Sin duda, todo habría sido mucho más difícil si el destino no nos hubiese unido.

“Y todo lo que hagáis, hacedlo de corazón.”

— Colosenses 3:23

ÍNDICE

INDICE DE TABLAS	X
INDICE DE FIGURAS	XI
INDICE DE APÉNDICES	XII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XIII
RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVII
RESUMO	XIX
1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES	21
1.1. Caracterización del Servicio de Obstetricia de la Unidad Local de Salud del Nordeste	23
2. ANÁLISIS Y REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE EL PROCESO DE ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS	26
2.1. Competencias Comunes del Enfermero Especialista.....	26
2.2. Competencias Específicas del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica	28
2.3. Experiencias Mínimas para Adquirir el Título de Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica	42
3. ANÁLISIS CRÍTICO Y REFLEXIVO DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES.....	46
4. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN - Efecto del masaje perineal prenatal en la promoción de la integridad perineal: estudio piloto	48
4.1. Introducción	48
4.2. Justificación del estudio	56
4.3. Importancia del estudio para la población objetivo	57
4.4. Pregunta de investigación.....	57
4.5. Objetivo general	58
4.6. Objetivos específicos.....	58

4.7.	Metodología	58
4.7.1.	Tipo de estudio	58
4.7.2.	Población y muestra.....	59
4.7.3.	Instrumentos de recogida de datos	69
4.7.4.	Variables de investigación	70
4.7.4.1.	Variable dependiente e independiente.....	70
4.7.4.2.	Variables sociodemográficas, clínico-obstétricas y desenlaces obstétricos, neonatales y perineales.....	71
4.7.4.3.	Variables de viabilidad de la intervención	75
4.7.4.4.	Variables de aceptabilidad de la intervención	76
4.7.6.	Tratamiento de los datos	78
4.7.7.	Procedimientos éticos	79
4.8.	Resultados	79
4.9.	Discusión de los resultados	89
4.10.	Limitaciones del estudio.....	98
4.11.	Conclusiones del estudio	99
5.	CONCLUSIÓN GENERAL	100
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
	APÉNDICES	120

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Experiencias mínimas obligatorias obtenidas conforme a la legislación	45
Tabla 2 - Definiciones conceptuales y operacionales, tipo de medición y categorías de las variables sociodemográficas, clínico-obstétricas, y variables desenlace	71
Tabla 3 - Caracterización de la frecuencia y duración del masaje perineal en el grupo intervención	83
Tabla 4 - Caracterización de la modalidad de realización del masaje perineal en el grupo intervención ..	84
Tabla 5 - Caracterización sociodemográfica y clínico-obstétrica de las participantes con parto eutócico, por grupo.....	84
Tabla 6 - Resultados obstétricos y neonatales de las participantes con parto eutócico, por grupo	86
Tabla 7 - Resultados perineales de las participantes con parto eutócico, por grupo	87
Tabla 8 - Comparación de los resultados de adherencia al masaje perineal en función de la presencia de trauma perineal en el parto eutócico.....	88

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de la distribución de los distintos centros de atención primaria.....	60
Figura 2 - Diagrama de flujo de un ensayo clínico aleatorizado para tratamientos no farmacológicos	80
Figura 3 - Distribución de las participantes aleatorizadas (n=63) según su centro de atención primaria en el distrito de Bragança.....	82

INDICE DE APÉNDICES

Apéndice A – Check List	121
Apéndice B – Cuestionario 1	122
Apéndice C – Cuestionario 2	125
Apéndice D – Material Usado en la sesión educativa	129
Apéndice E – Cuestionario 3	130
Apéndice F – Solicitud de dictamen del Comité de Ética	133
Apéndice G – Compromiso de honor y declaración de intereses	136
Apéndice H – Declaración de las orientadores científicas y pedagógicas.....	137
Apéndice I – Consentimiento informado libre y esclarecido	138

LISTA DE ABREVIATURAS

A3ES	Agencia de Evaluación y Acreditación de la Enseñanza Superior
AAP	Academia Americana de Pediatría
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CILE	Consentimiento informado libre y esclarecido
CEESMO	<i>Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</i>
DGS	<i>Direção-Geral de Saúde</i>
DPP	Desprendimiento prematuro de la placenta
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
EESMO	Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica
ENP	<i>Estágio de Natureza Profissional</i>
ESSa	<i>Escola Superior de Saúde Bragança</i>
ETG	Enfermedad Trofoblástica Gestacional
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GC	Grupo de control
GI	Grupo de intervención
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
IMC	Índice de masa corporal
INE	<i>Instituto Nacional de Estatística</i>
IPB	<i>Instituto Politécnico de Bragança</i>
IPVC	<i>Instituto Politécnico de Viana do Castelo</i>

ITU	Infección del tracto urinario
MH	Mola Hidatiforme
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NPTs	Ensayos de tratamientos no farmacológicos
NTG	Neoplasias Trofoblástica Gestacional
OASIS	Obstetric Anal Sphincter Injuries
OE	Ordem dos Enfermeiros (Orden de los enfermeros)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PP	Placenta previa
PPP	Preparación al parto e a la parentalidad
RCF	Restricción del crecimiento fetal
RCM	<i>Royal College of Midwives</i>
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynecologists</i>
RENP	<i>Relatório de Estágio de Natureza Profissional</i>
RN	Recién nacido
RPM	Ruptura prematura de membranas
SPIRIT	<i>Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TP	Trabajo de parto
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USLNE	Unidad Local de Salud del Nordeste
UTAD	Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro
WHO	<i>World Health Organization</i>
β-HCG	Gonadotropina coriónica humana

RESUMEN

Introducción: La Enfermería de Salud Materna y Obstétrica exige del Enfermero Especialista una actuación cualificada, sustentada en competencias técnicas, científicas y relacionales, que abarcan la responsabilidad profesional, ética y legal, la mejora continua de la calidad, la gestión de los cuidados y el desarrollo de aprendizajes profesionales. El *Estágio de Natureza Profissional* (ENP) constituye, en este itinerario formativo, una etapa esencial para la consolidación de dichas competencias. En este contexto, el presente informe refleja el proceso de adquisición y desarrollo de las competencias específicas de la especialidad, teniendo como eje central la profundización del conocimiento sobre el masaje perineal en el período prenatal.

Objetivos: Realizar una apreciación crítico-reflexiva sobre la adquisición y desarrollo de las competencias específicas del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica (EESMO), con énfasis en el fortalecimiento de las competencias asistenciales y de investigación llevadas a cabo durante el ENP.

Metodología: El presente informe ofrece una reflexión crítica sobre las actividades realizadas durante el ENP, conforme a las directrices legales generales y las establecidas por la *Ordem dos Enfermeiros*, evidenciando la adquisición de las experiencias obligatorias. Integra también un estudio piloto aleatorizado y controlado, titulado “Efecto del masaje perineal prenatal en la promoción de la integridad perineal”. La muestra estuvo compuesta por 63 gestantes de bajo riesgo, de las cuales 34 fueron asignadas al grupo de intervención y 29 al grupo control. Las participantes del grupo de intervención recibieron una sesión educativa estructurada sobre la técnica del masaje perineal y fueron orientadas a realizarla diariamente, entre 5 y 10 minutos, desde la semana 34 de gestación hasta el parto, mediante automasaje o con la asistencia de una persona significativa, registrando cada sesión en un formulario individual. El grupo control recibió la atención habitual. Mediante cuestionarios y revisión de la Cartilla de Salud de la Gestante y de la Cartilla de Salud Infantil se recogieron y analizaron variables relacionadas con el conocimiento, viabilidad y aceptabilidad de la intervención propuesta, además de variables sociodemográficas, clínico-obstétricas, neonatales. Para el análisis del efecto de la intervención sobre el trauma perineal, se incluyeron exclusivamente las participantes con parto eutócico (n = 24). Los datos fueron analizados mediante el software SPSS (versión

29), utilizando análisis descriptivo y analítico. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la ULSNE, con el parecer n.º 23/2024.

Resultados: En lo que respecta al ENP, se cumplieron los objetivos propuestos para esta etapa formativa, permitiendo la integración efectiva de los conocimientos adquiridos a lo largo del curso con la práctica clínica. En cuanto al estudio piloto, se observó una alta aceptabilidad y adherencia a la intervención (5,11 sesiones/semana, 9,5 minutos por sesión, durante 4,77 semanas), aplicada mediante automasaje o asistida por la persona significativa para la participante (54% vs. 45%). Solo el 19% de las participantes refería conocimiento previo sobre el masaje perineal prenatal. La integridad perineal se asoció significativamente con una mayor duración del tratamiento (5,67 vs. 3,74 semanas; $p=0,037$) y mayor duración media por sesión (10,66 vs. 7,27 minutos; $p=0,041$). Aunque no se alcanzó significación estadística ($p=0,193$), se identificó una tendencia favorable en el grupo que realizó el masaje, con mayor proporción de periné íntegro (50,0% vs. 16,7%) y menor tasa de episiotomía (16,7% vs. 50,0%) en comparación con el grupo control.

Conclusión: El ENP y la reflexión crítica desarrollada a lo largo de este proceso permitieron consolidar, mediante la elaboración del presente informe, la adquisición y fortalecimiento de las competencias esenciales para la práctica especializada en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica. El masaje perineal prenatal se reveló como una intervención viable y bien aceptada por las gestantes, incluso en un contexto donde su conocimiento previo es escaso. Este estudio piloto aporta evidencia preliminar relevante para el diseño de futuros ensayos clínicos aleatorizados de mayor escala y representa una de las primeras contribuciones experimentales sobre el tema en el contexto nacional.

Palabras clave: Matrona; Cuidado prenatal; Periné; Episiotomía; Desgarros perineales.

ABSTRACT

Introduction: Maternal and Obstetric Health Nursing requires the Specialist Nurse to perform in a qualified manner, supported by technical, scientific, and relational competencies that encompass professional, ethical, and legal responsibility, continuous quality improvement, care management, and the development of professional learning. The Professional Nature Internship (ENP) constitutes, in this training path, an essential stage for consolidating these competencies. In this context, this report reflects the process of acquisition and development of the specific competencies of the specialty, with a central focus on deepening knowledge about perineal massage during the prenatal period.

Objectives: To carry out a critical-reflective assessment of the acquisition and development of the specific competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health (EESMO), with emphasis on strengthening the care and research competencies developed during the ENP.

Methodology: This report offers a critical reflection on the activities carried out during the ENP, in accordance with the general legal guidelines and those established by the *Ordem dos Enfermeiros* (Portuguese Nursing Council), demonstrating the acquisition of the mandatory experiences. It also includes a randomised and controlled pilot study, entitled “Effect of Prenatal Perineal Massage on the Promotion of Perineal Integrity.” The sample consisted of 63 low-risk pregnant women, of whom 34 were assigned to the intervention group and 29 to the control group. The participants in the intervention group received a structured educational session on the perineal massage technique and were instructed to perform it daily, for 5 to 10 minutes, from week 34 of pregnancy until delivery, by self-massage or with the assistance of a significant other, recording each session on an individual form. The control group received usual care. Through questionnaires and a review of the Maternal and Child Health Booklets, variables related to knowledge, feasibility, and acceptability of the proposed intervention were collected and analysed, in addition to sociodemographic, clinical-obstetric, and neonatal variables. For the analysis of the effect of the intervention on perineal trauma, only participants with eutocic delivery ($n = 24$) were included. The data were analysed using SPSS software (version 29), with descriptive and analytical analysis. The study was approved by the Ethics Committee of ULSNE, under opinion no. 23/2024.

Results: Regarding the ENP, the objectives proposed for this training stage were achieved, allowing for the effective integration of the knowledge acquired throughout the course with clinical practice. As for the pilot study, high acceptability and adherence to the intervention were observed (5.11 sessions/week, 9.5 minutes per session, over 4.77 weeks), applied through self-massage or assisted by a significant person (54% vs. 45%). Only 19% of the participants reported prior knowledge of prenatal perineal massage. Perineal integrity was significantly associated with longer duration of treatment (5.67 vs. 3.74 weeks; $p=0.037$) and longer average session duration (10.66 vs. 7.27 minutes; $p=0.041$). Although statistical significance was not reached ($p=0.193$), a favourable trend was identified in the massage group, with a higher proportion of intact perineum (50.0% vs. 16.7%) and a lower episiotomy rate (16.7% vs. 50.0%) compared to the control group.

Conclusion: The ENP and the critical reflection developed throughout this process enabled the consolidation, through the drafting of this report, of the acquisition and strengthening of the essential competencies for specialised practice in Maternal and Obstetric Health Nursing. Prenatal perineal massage proved to be a viable and well-accepted intervention among pregnant women, even in a context where prior knowledge of it is limited. This pilot study provides relevant preliminary evidence for the design of future large-scale randomised clinical trials and represents one of the first experimental contributions on the topic in the national context.

Keywords: Midwife; Prenatal Care; Perineum; Episiotomy; Perineal Tears.

RESUMO

Introdução: A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exige do Enfermeiro Especialista uma atuação qualificada, sustentada em competências técnicas, científicas e relacionais, que abrangem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais. O Estágio de Natureza Profissional (ENP) constitui, neste percurso formativo, uma etapa essencial para a consolidação dessas competências. Neste contexto, o presente relatório reflete o processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas da especialidade, tendo como eixo central o aprofundamento do conhecimento sobre a massagem perineal no período pré-natal.

Objetivos: Realizar uma apreciação crítico-reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), com ênfase no fortalecimento das competências assistenciais e de investigação levadas a cabo durante o ENP.

Metodologia: O presente relatório oferece uma reflexão crítica sobre as atividades realizadas durante o ENP, conforme a legislação nacional e as diretivas europeias e, as estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros, evidenciando a aquisição das experiências obrigatórias. Integra também um estudo-piloto aleatorizado e controlado, intitulado “Efeito da massagem perineal pré-natal na promoção da integridade perineal”. A amostra foi composta por 63 gestantes de baixo risco, das quais 34 foram atribuídas ao grupo de intervenção e 29 ao grupo controlo. As participantes do grupo de intervenção receberam uma sessão educativa estruturada sobre a técnica da massagem perineal e foram orientadas a realizá-la diariamente, entre 5 e 10 minutos, desde a semana 34 de gestação até ao parto, mediante automassagem ou com a assistência de uma pessoa significativa, registando cada sessão num formulário individual. O grupo controlo recebeu os cuidados habituais. Mediante questionários e revisão do Boletim de Saúde da Grávida e do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, foram recolhidas e analisadas variáveis relacionadas com o conhecimento, viabilidade e aceitabilidade da intervenção proposta, além de variáveis sociodemográficas, clínico-obstétricas e neonatais. Para a análise do efeito da intervenção sobre o trauma perineal, foram incluídas exclusivamente as participantes com parto eutócico (n = 24). Os dados foram analisados mediante o software SPSS (versão 29),

utilizando análise descritiva e analítica. O estudo foi aprovado pelo Comité de Ética da ULSNE, com o parecer n.º 23/2024.

Resultados: No que respeita ao ENP, cumpriram-se os objetivos propostos para esta etapa formativa, permitindo a integração efetiva dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso com a prática clínica. No que diz respeito ao estudo-piloto, observou-se uma elevada aceitabilidade e adesão à intervenção (5,11 sessões/semana, 9,5 minutos por sessão, durante 4,77 semanas), aplicada mediante automassagem ou assistida por uma pessoa significativa para a participante (54% vs. 45%). Apenas 19% das participantes referiam conhecimento prévio sobre a massagem perineal pré-natal. A integridade perineal associou-se significativamente a uma maior duração do tratamento (5,67 vs. 3,74 semanas; $p=0,037$) e maior duração média por sessão (10,66 vs. 7,27 minutos; $p=0,041$). Embora não se tenha alcançado significância estatística ($p=0,193$), identificou-se uma tendência favorável no grupo que realizou a massagem, com maior proporção de períneo íntegro (50,0% vs. 16,7%) e menor taxa de episiotomia (16,7% vs. 50,0%) em comparação com o grupo controlo.

Conclusão: O ENP e a reflexão crítica desenvolvida ao longo deste processo permitiram consolidar, mediante a elaboração do presente relatório, a aquisição e fortalecimento das competências essenciais para a prática especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A massagem perineal pré-natal revelou-se uma intervenção viável e bem aceite pelas gestantes, mesmo num contexto onde o seu conhecimento prévio é escasso. Este estudo piloto aporta evidência preliminar relevante para o desenho de futuros ensaios clínicos aleatorizados de maior escala e representa uma das primeiras contribuições experimentais sobre o tema em contexto nacional.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Cuidados pré-natais; Períneo; Episiotomia; Lacerações perineais.

1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

La mujer, como eje central de los cuidados en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica, debe ser entendida de manera integral, en interacción constante con su contexto familiar, social y cultural. Desde esta perspectiva, el Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica (EESMO) tiene la responsabilidad de intervenir en las distintas etapas del ciclo vital reproductivo, abarcando áreas como la planificación familiar, la gestación, el parto, el puerperio, el climaterio y la educación para la salud comunitaria en cumplimiento de la normativa nacional y europea (Ordem dos Enfermeiros, 2019) (Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea, 2005).

La actuación profesional del EESMO implica el dominio de competencias específicas para la atención de mujeres en procesos fisiológicos y patológicos relacionados con la reproducción y la salud ginecológica. Estas competencias se ejercen en un marco ético y científico que exige una actualización constante y una práctica basada en la mejor evidencia disponible. El ámbito de la salud materna y obstétrica ha expandido su alcance, integrando no solo la dimensión clínica, sino también la promoción de la salud de la mujer a lo largo de todo su ciclo de vida.

La Maestría en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica del Instituto Politécnico de Bragança (IPB), en consorcio con Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) y Universidad Tras os Montes e Alto Douro (UTAD), está estructurada para garantizar una formación avanzada conforme a las normativas europeas (Directiva 2005/36/CE y Ley n.º 9/2009) y legislación nacional relativa a los grados académicos (Decreto-Ley n.º 74/2006, artículo 15º, con las respectivas actualizaciones). El plan de estudios, aprobado por la Agencia de Evaluación y Acreditación de la Enseñanza Superior (A3ES) y reconocido por la *Ordem dos Enfermeiros* (OE), se compone de cuatro semestres, integrando unidades curriculares teórico-prácticas y prácticas clínicas realizadas en unidades del Sistema Nacional de Salud, tanto en hospitales como en centros de atención primaria.

El segundo año del programa es de carácter práctico y está completamente orientado a la práctica clínica a través del *Estágio de Natureza Profissional* (ENP), pudiendo consolidar competencias específicas mediante prácticas clínicas en unidades especializadas de salud materna y obstétrica.

El ENP, según las Normas reguladoras de la D/ENP/TP. IPB/ESSa (2023), tiene como objetivos fundamentales la aplicación de los conocimientos adquiridos en la planificación, ejecución y evaluación de la atención especializada en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica. Asimismo, busca interpretar la complejidad inherente a la intervención en el ámbito de la enfermería especializada, apoyándose en la evidencia científica disponible para la gestión de cuidados a lo largo del ciclo vital, tanto a nivel individual como familiar, grupal y comunitario, considerando todos los niveles de prevención. Otro objetivo central es la integración de principios éticos y legales en la práctica profesional, lo que permite el desarrollo de acciones tanto autónomas como interdisciplinarias, siempre adaptadas a las particularidades de cada situación clínica. Además, se contempla la participación en la elaboración, implementación y evaluación de programas de intervención en Salud Materna y Obstétrica, con el fin de promover una atención integral y de calidad. También se destaca la necesidad de una documentación exhaustiva de los cuidados e intervenciones realizados, lo cual garantiza la trazabilidad y el análisis continuo de la práctica. Finalmente, se busca sistematizar la evidencia científica, integrando conocimientos técnicos, éticos y relacionales, y desarrollando competencias de argumentación que respalden la toma de decisiones clínicas en situaciones complejas, contribuyendo a una práctica basada en la evidencia y a la mejora continua de la calidad de la atención.

Este Relatório de Naturaleza Profesional (RENP), se desarrolla en el marco del ENP del Máster en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica, realizado en el Servicio de Obstetricia de la Unidad Local de Salud do Nordeste (ULSNE) - Unidad Hospitalaria de Bragança, en el periodo comprendido entre febrero y julio de 2024.

En cumplimiento del artículo 20.º-A del Decreto-Ley n.º 74/2006, que establece la obligatoriedad de un informe final asociado a la componente profesional del máster en enfermería, el RENP tiene como propósito: reflexionar sobre la adquisición de competencias específicas del EESMO; contextualizar la práctica clínica realizada en función de la prestación de cuidados fundamentados en la evidencia científica más reciente; y demostrar competencias en el ámbito de la investigación en enfermería, contribuyendo con un estudio que represente un avance en la investigación dentro de la Salud Materna y Obstétrica en Portugal.

1.1. Caracterización del Servicio de Obstetricia de la Unidad Local de Salud del Nordeste

El presente período de prácticas profesionales tuvo lugar en el Servicio de Obstetricia integrado en la Unidad Local de Salud del Nordeste (ULSNE). Esta entidad pública de carácter estatal, representa una estructura sanitaria de referencia en el nordeste transmontano, integrando tres unidades hospitalarias —ubicadas en Bragança, Macedo de Cavaleiros y Mirandela, así como una red de atención primaria compuesta por catorce centros de salud distribuidos estratégicamente en las localidades de Alfândega da Fé, Bragança I – Sé, Bragança II – Santa Maria, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela I, Mirandela II, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso y Vinhais, lo que permite garantizar una cobertura asistencial integral en todo el distrito.

El servicio de obstetricia, específicamente, se ubica en el tercer piso del edificio principal del Hospital de Bragança; sin embargo, durante el período de prácticas fue trasladado de forma provisional a un anexo adyacente al área de urgencias, debido a obras de mejora y actualización de infraestructuras dentro del programa nacional de modernización de las salas de parto (paritorio).

Este cambio estructural implicó una reorganización significativa del servicio. A pesar del carácter transitorio de la nueva ubicación, se logró mantener una atención centrada en la mujer y el binomio madre-hijo, minimizando posibles impactos negativos y garantizando un acompañamiento adecuado desde el momento de la admisión.

Infraestructura asistencial

La instalación temporal contaba con una sala de espera y admisión, una sala de urgencias con baño propio, una sala de mantenimiento, un área de observación con dos camas y baño incorporado, cinco habitaciones individuales de hospitalización (dos de ellas con baño privado) destinadas a embarazadas, puérperas y mujeres con patologías obstétricas o ginecológicas. Se incluían además: despacho de enfermería, de coordinación, médico, un vestuario, una sala de partos con dos unidades y un reanimador neonatal, un cuarto de limpieza, un *office*, y un baño de personal.

El área neonatal se organizaba en un espacio destinado a los cuidados inmediatos, higiene y confort del recién nacido, formación a los progenitores y valoraciones pediátricas. En este espacio también se encontraban los dispositivos de apoyo a la lactancia.

Modelo organizativo y enfoque asistencial

Este servicio integra múltiples funciones clínicas: urgencias obstétricas y ginecológicas, consulta externa, seguimiento prenatal, interrupción voluntaria del embarazo, y hospitalización materno-fetal y ginecológica. Las cesáreas eran realizadas en el quirófano central ubicado en la primera planta, lo que exigía el traslado de la gestante desde la urgencia, añadiendo complejidad logística al proceso asistencial.

El servicio se mantenía operativo 24 horas al día, distribuyéndose los turnos en franjas de mañana (08:00-15:00), tarde (15:00-22:00) y noche (22:00-08:00). La asignación de funciones se realizaba mediante el método individual de trabajo, lo cual permitía una atención personalizada, sin descuidar el trabajo colaborativo necesario entre profesionales.

La práctica asistencial se basaba en protocolos estandarizados. La sala de partos incluía dos unidades y un sistema de reanimación neonatal, con un equipo de respaldo disponible en caso de necesidad.

Recursos humanos disponibles

El equipo multidisciplinar del servicio estaba formado por 14 enfermeros especialistas en salud materno-infantil, una enfermera gestora, tres médicos ginecólogos-obstetras en plantilla, siete auxiliares y una profesional administrativa. La colaboración de facultativos externos complementaba la cobertura médica, una práctica común debido a la escasez de médicos obstetras en el país.

Además, se contaba con apoyo de otros profesionales como anestesistas, pediatras, dietistas y trabajadores sociales, previa solicitud formal de interconsulta. La organización del equipo de enfermería y del personal auxiliar estaba a cargo de la enfermera responsable del servicio. La distribución de turnos seguía una lógica rotativa. En cada turno, uno de los profesionales se asignaba a la sala de partos y urgencias, mientras el

resto asumía los cuidados del área de hospitalización. Cuando se programaban consultas externas, se incorporaba un profesional adicional para atender dicha actividad.

Equipamiento y recursos materiales

Se contaba con un reanimador neonatal avanzado y una incubadora de transporte que provenía del servicio de Neonatología. La distribución de material, aunque dispersa por razones de espacio, estaba organizada e identificada, lo que permitía un uso eficaz.

Cada habitación disponía de cama hospitalaria, cuna, mesa de apoyo, punto de oxígeno y sistema de llamada. El área neonatal contaba con báscula, sillón de lactancia y el material básico para cuidados inmediatos al recién nacido y los baños se realizaban en una bañera adaptada.

La sala de partos estaba equipada con los instrumentos esenciales para la atención al parto eutócico e instrumentado, incluyendo un carro de emergencias ubicado estratégicamente. La gestión del stock y la solicitud de reposición de material eran coordinadas por la enfermera gestora, en colaboración con el equipo, siguiendo un calendario fijo de pedidos al servicio de suministros y farmacia.

2. ANÁLISIS Y REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE EL PROCESO DE ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS

2.1. Competencias Comunes del Enfermero Especialista

Durante el período de prácticas clínicas, pude integrar y desarrollar progresivamente las competencias comunes definidas para el ejercicio del enfermero especialista, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento n.º 140/2019. Estas competencias, transversales a todas las especialidades, constituyen el fundamento ético, técnico y relacional de una práctica profesional autónoma, segura y basada en la evidencia. Mi experiencia permitió no solo aplicar estos principios en un contexto clínico, sino también reflexionar de forma crítica sobre su adquisición, consolidación y desafíos inherentes.

Responsabilidad profesional, ética y legal

La responsabilidad profesional, ética y legal constituye un componente esencial del ejercicio profesional, que trasciende el mero cumplimiento normativo y exige una actitud deliberada orientada al respeto, la escucha activa y la sensibilidad ante las diversas realidades humanas. Este compromiso se tradujo en la obtención del consentimiento informado previo a cada intervención, la salvaguarda de la privacidad y la confidencialidad de los datos clínicos, y la promoción de la autonomía de la usuaria en la toma de decisiones. Cada situación —especialmente aquellas de elevada complejidad, se convirtió en una oportunidad para explicar con transparencia los riesgos y beneficios, fortalecer el vínculo, contribuyendo así a la humanización de los cuidados y a la protección integral de los derechos de las pacientes.

Mejora continua de la calidad

Uno de los ejes que orientó de forma transversal mi desempeño durante el período de prácticas fue el compromiso con la mejora continua de la calidad asistencial. Más allá de aplicar cuidados seguros y basados en evidencia, procuré contribuir activamente al desarrollo profesional del equipo y a la optimización de las prácticas existentes.

En este sentido, diseñé e impartí una sesión de formación dirigida al equipo de EESMO, llevada a cabo en el propio servicio. Esta iniciativa tuvo como objetivo no solo compartir conocimientos basados en las recomendaciones más recientes de la *Direcção-Geral de Saúde* (DGS) (Orientação 002/2023), sino también fomentar un espacio de diálogo y reflexión crítica sobre las prácticas clínicas habituales, promoviendo la implementación de cuidados basados en la evidencia y centrados en la mujer.

Elaboré un estudio de caso centrado en una situación obstétrica relevante, muy poco frecuente que me permitió articular el conocimiento teórico con la práctica vivida, reforzando la importancia del razonamiento clínico y de la toma de decisiones fundamentadas en cada etapa del proceso asistencial, abriendo una ventana de oportunidad para la actualización de protocolos referentes a esa situación clínica. Este ejercicio fue enriquecedor, no solo a nivel individual, sino también como herramienta formativa para los EESMO. Otro logro de este proceso fue la participación en la mesa de trabajo de las I Jornadas de Enfermería de Salud Materna y Obstetricia de *la Unidade Local de Saúde do Nordeste*, una iniciativa pionera que tuvo como tema central las “Boas Práticas em Obstetricia”. Esta jornada constituyó un espacio privilegiado de actualización profesional, discusión científica y promoción de una cultura de calidad y humanización de los cuidados hacia la mujer, recién nacido y familia.

Gestión de los cuidados

La gestión de los cuidados, como competencia común del enfermero especialista, implica la capacidad de planificar, coordinar y evaluar intervenciones del enfermero en contextos clínicos dinámicos, articulando recursos humanos y materiales para garantizar una atención segura y centrada en la persona conforme establece el Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019). En el contexto del Servicio de Obstetricia de la ULSNE, esta competencia se manifestó en la gestión de situaciones clínicas complejas, la optimización de recursos limitados y la coordinación efectiva con el equipo multidisciplinar.

No obstante, también identifiqué desafíos, especialmente en lo relativo a la coordinación con otros profesionales bajo presión asistencial. Estas experiencias me ayudaron a reconocer la importancia de la comunicación efectiva, la toma de decisiones compartida y el liderazgo clínico como elementos clave en la gestión de cuidados especializados.

Desarrollo de aprendizajes profesionales

Esta dimensión estuvo presente de forma transversal durante todo el período formativo. Cada situación clínica se constituyó en una oportunidad valiosa para el aprendizaje reflexivo y la autoevaluación crítica, permitiendo el desarrollo progresivo de competencias profesionales.

Este aprendizaje fue reforzado por el estudio individual sistemático, pero más allá del estudio individual, valoré enormemente las discusiones clínicas en equipo, que me permitieron confrontar distintas perspectivas, afinar el razonamiento clínico y adquirir una mirada más crítica y fundamentada de la práctica profesional. Lejos de limitarse a la ejecución técnica de procedimientos, el desarrollo de las competencias comunes no se tradujo únicamente en la ejecución técnica de actos profesionales, sino en una transformación progresiva de mi identidad como matrona.

Esta etapa de formación me permitió crecer no solo en habilidades, sino también en conciencia profesional, compromiso ético y capacidad reflexiva, sentando así las bases de una práctica clínica sólida, sensible y fundamentada siempre orientada a la atención humanizada, y a la excelencia profesional.

2.2. Competencias Específicas del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica

Las prácticas profesionales desarrolladas en el Servicio de Obstetricia permitieron la aplicación y consolidación de las competencias específicas del EESMO, conforme al Reglamento n.º 391/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Esta experiencia clínica posibilitó una intervención directa en diferentes fases del proceso reproductivo, fomentando una atención integral, segura y centrada en la mujer y su contexto familiar.

De acuerdo con el Reglamento n.º 391/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019) las competencias específicas se estructuran en las siguientes áreas:

- a) Cuidado de la mujer en el planeamiento familiar y periodo preconcepcional. El EESMO desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud sexual y reproductiva (DGS, 2023). Aquí se ofrece asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, se realiza seguimiento del uso adecuado y se promueve la toma de decisiones informadas. Es evaluado el estado de salud general y ginecológico

- de la mujer, detectado factores de riesgo preconcepcional y se orienta hacia hábitos saludables previos a la gestación, como el abandono del tabaco, o la vacunación preventiva. Actúa también en la prevención de infecciones de transmisión sexual y favorece una planificación reproductiva consciente y segura.
- b) Cuidado de la mujer durante el período prenatal. Durante el embarazo, el EESMO garantiza un seguimiento clínico completo del binomio madre-feto (OMS, 2022; DGS, 2023). Realiza controles regulares de constantes vitales, monitorización cardiotocográfica, identifica signos de alerta obstétrica y colabora en la atención precoz de patologías como la preeclampsia o la diabetes gestacional. En el plano educativo, promueve estilos de vida saludables y orienta sobre señales de alarma. En el ámbito relacional, establece una relación de confianza con la gestante, proporcionando apoyo emocional y reconociendo sus necesidades individuales y socioculturales, un seguimiento prenatal por el equipo que atenderá en el parto produce confianza, seguridad y reduce niveles de ansiedad (NICE, 2021; RCOG, 2020).
 - c) Cuidado de la mujer durante el trabajo de parto y nacimiento. En esta etapa, el EESMO proporciona una atención continua, segura y basada en la evidencia (OMS, 2018). Acompaña el trabajo de parto fisiológico, realiza la monitorización fetal, evalúa la progresión del parto y asiste partos eutócicos de forma autónoma. Aplica técnicas para alivio del dolor farmacológicas y no farmacológicas y fomenta un ambiente respetuoso, en el que se garantiza la privacidad, el protagonismo de la mujer y la elección de la posición para el parto. Está capacitado para intervenir en situaciones de urgencia y coordinar acciones en equipo ante complicaciones. Fomenta el contacto piel con piel inmediato y el inicio precoz de la lactancia, facilitando un nacimiento humanizado y seguro. El apoyo emocional continuado y la comunicación empática son claves para reducir la ansiedad y mejorar la experiencia de parto.
 - d) Cuidado durante el período posnatal. El EESMO desempeña un rol esencial en la recuperación de la madre y en la adaptación del recién nacido al medio extrauterino (OMS, 2020; DGS, 2021). Controla la evolución del puerperio, observa signos de complicaciones como hemorragias, valora el estado emocional de la madre y brinda apoyo frente a las demandas físicas y psicológicas de esta etapa. Interviene activamente en la instauración de la lactancia materna, orientando sobre la amamentación y resolviendo dificultades iniciales. Educa a la

familia sobre cuidados del neonato, autocuidados maternos y planificación familiar posparto. Detecta signos de depresión posparto y actúa precozmente. Asegura la continuidad de cuidados mediante coordinación con unidades de salud comunitaria, contribuyendo a una transición segura hacia el hogar.

- e) Cuidado de la mujer en el climaterio y en procesos ginecológicos. El EESMO acompaña a la mujer en todas las etapas de su vida reproductiva, incluyendo la menopausia y las condiciones ginecológicas frecuentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019; ICM, 2019). Evalúa síntomas asociados al climaterio y promueve estrategias para mejorar la calidad de vida, como ejercicio físico, alimentación saludable o terapias complementarias. En patologías ginecológicas benignas, proporciona cuidados iniciales, educación para la salud y derivación cuando procede. Realiza cribados como la citología cervical y enseña el autoexamen mamario, reforzando la detección precoz del cáncer ginecológico. Aborda aspectos de salud sexual y emocional con una perspectiva integral. Su intervención busca el bienestar global de la mujer.

En este marco, se presenta a continuación un análisis crítico-reflexivo de las competencias específicas adquiridas durante el período prenatal, el trabajo de parto, el postparto y la atención al recién nacido, según lo estipulado por el Regulamento n.º 391/ 2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Cuidado de la mujer durante el período prenatal

Durante el período de prácticas clínicas, desarrollé competencias en el acompañamiento prenatal, tanto en consultas de seguimiento como en el servicio de urgencias obstétricas. En el hospital de Bragança, la atención a embarazos de bajo riesgo se realiza en coordinación con los cuidados primarios, iniciándose el seguimiento hospitalario a partir de la semana 35 de gestación, lo cual permite a la gestante conocer a todo el equipo que la acompañará en el parto.

Durante las consultas prenatales, participé activamente en el seguimiento de las embarazadas, realizando actividades centradas en la monitorización del bienestar materno-fetal mediante cardiotocografía, exploraciones físicas y control de signos vitales. También llevé a cabo acciones de educación para la salud, abordando temas como el estilo de vida durante el embarazo, métodos farmacológicos y no farmacológicos para el alivio

del dolor en el parto, el reconocimiento de signos de alarma y la realización de exámenes ginecológicos como el cribado del *Streptococcus* del grupo B.

Al tratarse del único servicio de obstetricia y urgencias gineco-obstétricas del distrito, tuve contacto con una amplia variedad de perfiles socioculturales. Esta realidad proporcionó una experiencia clínica enriquecedora, permitiéndome intervenir en múltiples casos de complicaciones del embarazo como diabetes gestacional, preeclampsia, hemorragias en los tres trimestres, amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, abortos espontáneos, embarazos ectópicos.

Una de las experiencias más significativas, tanto por su baja prevalencia como por el elevado impacto emocional y físico en la salud, fue la atención a una gestante con diagnóstico de Mola Hidatiforme (MH). Esta situación particular fue abordada mediante un estudio de caso, que permitió analizar de forma profunda y reflexiva el proceso asistencial, integrando conocimientos clínicos, evidencia científica y una perspectiva humanizada del cuidado.

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) es un grupo heterogéneo de trastornos asociados al embarazo, caracterizados por proliferación anómala del tejido trofoblástico (Lok, Frijstein & Von Trommel, 2020). La clasificación actual, reconocida por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), incluye formas premalignas –la MH, que puede ser completa o parcial– y formas malignas –neoplasias trofoblásticas gestacionales (NTG) que mediante examen anatomopatológico se distinguen entre mola invasora, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio placentario.

La MH es la forma más frecuente de ETG, representando aproximadamente el 80% de los casos. Aunque se considera una entidad no maligna dentro del espectro de patologías trofoblásticas, tiene potencial de persistencia, con capacidad invasiva y posibilidad de transformación maligna con metástasis (Shanbhogue et al., 2013).

La incidencia de MH varía notablemente entre regiones. En Europa, se sitúa entre 0,5 y 3,0 por cada 1000 embarazos, mientras en Asia, Oriente Medio y América Latina las tasas son más elevadas, entre 1 y 10 por cada 1000 gestaciones. En Portugal, se estima que la MH afecta a 1 de cada 570 embarazos (Seckl, Sebire & Berkowitz, 2010; Eysbouts et al., 2016; Salerno, 2012; Montenegro & Rezende, 2017; Campos, 2011).

La paciente con 23 años, de origen latina, primigesta, con 9 semanas de gestación y un embarazo muy deseado ingresa en el servicio de urgencias presentando dolor abdominal moderado, sangrado vaginal, náuseas, vómitos y fatiga. Los signos vitales estaban dentro de la normalidad. En la exploración físico-ginecológica presentaba cuello uterino formado y cerrado, útero aumentado de tamaño para la edad gestacional, indoloro a la movilización. La ecografía transvaginal mostró una imagen intrauterina heterogénea de 75x53x43 mm, áreas vascularizadas, anexos sin alteraciones, imagen clásica en “racimo de uvas”, sin bolsa embrionaria/latido fetal. El análisis sanguíneo reveló una concentración elevada de β -hCG (150.000 mUI/mL).

La ecografía transvaginal y la cuantificación de β -hCG sérica son los métodos preferenciales para el diagnóstico de MH. Pero solo el análisis histológico del material placentario permite diferenciar los distintos tipos de ETG (RCOG, 2020; Ramos et al., 2021; Ayres de Campos & Pinto, 2022).

La forma más común de presentación de la MH completa es el sangrado vaginal en el primer trimestre (90% de los casos). Los niveles de β -hCG son elevados, >100.000 mUI/mL en el 50% de los casos, el útero suele ser mayor al esperado para la edad gestacional y la cavidad uterina está llena de múltiples espacios quísticos, con apariencia de “racimo de uvas”, sin feto presente. La hiperémesis gravídica, la preeclampsia y signos de hipertiroidismo (taquicardia, exoftalmia, piel húmeda, temblores) ocurren en solo el 7% de los casos (Lin et al., 2019).

Debido a la hiperestimulación por β -hCG, pueden desarrollarse quistes de ovario teca-luteínicos. Aunque pueden aparecer dolor abdominal y eliminación vaginal de vesículas, el diagnóstico precoz permite tratamiento antes de manifestaciones avanzadas (Zugaib, 2016; Braga et al., 2018; Hahn et al., 2018).

Las mujeres con una sospecha clínica fundada de MH tienen una indicación inmediata de evacuación uterina quirúrgica. Ante el diagnóstico clínico, se procede a la hospitalización en el ámbito de la Medicina Materno-Fetal.

Mi actuación en el cuidado requirió un conocimiento profundo de la fisiopatología del proceso. La atención debe basarse en la mejor evidencia científica disponible, garantizando un enfoque holístico que respete la individualidad de la mujer y promueva una atención humanizada que contemple también al compañero como parte activa del proceso. Brindar información comprensible sobre la naturaleza de la enfermedad y la

necesidad de intervención quirúrgica fue una parte fundamental del acompañamiento, exigiendo sensibilidad, comunicación efectiva y empatía, especialmente en el momento de abordar la inviabilidad del embarazo y el propósito del procedimiento médico.

La evacuación quirúrgica se realizó sin complicaciones. Se monitorizaron los signos vitales y sangrado uterino postoperatorio. La recuperación física fue favorable. Además de los cuidados clínicos postoperatorios, atendí el impacto emocional: la paciente enfrentaba la pérdida de un embarazo deseado y sentía miedo por su salud.

El material uterino extraído fue remitido al servicio de anatomía patológica, lo que permitió confirmar el diagnóstico de MH completa. De acuerdo con las guías clínicas, entre el 15 y el 20 % de las molas completas pueden evolucionar hacia una enfermedad trofoblástica gestacional persistente que requiere tratamiento con quimioterapia, mientras que este riesgo es considerablemente menor en el caso de las molas parciales (RCOG, 2020; NICE, 2021).

El seguimiento tras la evacuación es indispensable. La β -hCG sérica permite detectar persistencia de la enfermedad. El alta se realizó 24 horas tras la cirugía, derivando a consulta de Medicina Materno-Fetal. El seguimiento incluyó ecografías transvaginales y cuantificación semanal de β -hCG.

Fue esencial explicar todo este proceso a la mujer y a su pareja, haciendo hincapié en la importancia del seguimiento post molar, destacando que su adherencia era fundamental para prevenir complicaciones. Se organizaron las consultas de seguimiento y se estableció el control hormonal con cuantificación sérica de β -hCG de forma semanal, según las recomendaciones de las guías clínicas (FIGO, 2002; Shanbhogue et al., 2013). Asimismo, se recomendó un método anticonceptivo eficaz, prescribiéndose Minigeste (etinilestradiol 0,02 mg + gestodeno 0,075 mg), para evitar una nueva gestación durante el periodo de vigilancia. Se brindó orientación sobre los signos de alarma que requerían atención médica inmediata, como fiebre, dolor abdominal intenso o sangrado vaginal. Finalmente, se desaconsejó firmemente intentar un nuevo embarazo mientras no se completará el seguimiento y se confirmara la remisión total de la enfermedad.

Para garantizar la recuperación integral, el equipo debe estar preparado para abordar el impacto emocional. Compartir experiencias con otras mujeres con el mismo diagnóstico puede ser beneficioso (Granero et al., 2018), sin embargo, la baja prevalencia lo dificulta, haciendo del EESMO una figura de soporte y apoyo emocional.

La paciente continuó en consultas cada 7/15 días, con cuantificación hormonal hasta alcanzar valores indetectables (<5 mUI/mL) durante 3 semanas consecutivas, pasando luego a controles mensuales por 6–12 meses. Cada descenso hormonal fue celebrado como un logro compartido. Desde mi perspectiva profesional y personal, este desenlace reflejó el valor del trabajo en equipo y la aplicación rigurosa de la mejor evidencia científica.

Cuidado de la mujer durante el trabajo de parto

El proceso de parto representa una experiencia singular en la vida de cada mujer, caracterizada por una serie de cambios físicos, emocionales y simbólicos que configuran el comienzo de su transición hacia la maternidad. Participar de este momento representa un privilegio profesional y humano, que exige presencia, respeto y conocimiento en cada intervención.

Según la OMS (2018), se propicia un enfoque de atención al parto centrado en la mujer, que prioriza el respeto por su autonomía, fomenta una comunicación clara y empática, asegura un acompañamiento emocional constante y busca evitar intervenciones médicas no justificadas, con el fin de favorecer una vivencia del parto que sea segura, respetuosa y satisfactoria.

La atención prestada a las mujeres durante el trabajo de parto se ha guiado por estas recomendaciones internacionales, así como por la Orientação n.º 002/2023 de la DGS, actualizada en 2024. En este contexto el EESMO desempeña un rol esencial, actuando con criterio autónomo y respaldo científico, orientado a promover tanto la salud como el bienestar integral de la mujer en trabajo de parto y del recién nacido, asegurando una transición segura a la vida extrauterina mediante la planificación e implementación de cuidados individualizados, la detección precoz de alteraciones y la prevención de posibles complicaciones maternas y neonatales.

El ingreso de la gestante con diagnóstico de trabajo de parto requirió inicialmente la ejecución de una anamnesis minuciosa, dirigida a recabar información relevante acerca de sus antecedentes obstétricos, antecedentes patológicos y situación social de la mujer, complementada con la consulta de la Cartilla de Salud de la Gestante. Asimismo, se

efectuó la evaluación de la temperatura corporal, la presión arterial y la frecuencia cardíaca fetal, esta última monitorizada mediante cardiotocografía.

Desde mi perspectiva, este momento es de suma importancia para establecer una relación de cercanía y confianza con la mujer, lo cual favorece la expresión de sus dudas, miedos, inseguridades y angustias. Esta apertura emocional y comunicacional es esencial para la construcción de una relación de ayuda genuina que humaniza la experiencia del parto.

La interpretación de los trazados cardiotocográficos requirió un entrenamiento continuo y riguroso, facilitado por el acompañamiento de la matrona tutora. Aproveché cada oportunidad clínica para perfeccionar mis habilidades en la lectura e interpretación de estos registros, lo que me permitió, con el paso del tiempo, adquirir seguridad en la detección precoz de signos de compromiso del bienestar fetal.

Durante mi práctica clínica en la atención al trabajo de parto, apliqué de forma activa diversas estrategias orientadas a la prevención y el manejo del dolor, priorizando intervenciones no farmacológicas que favorecieran el curso fisiológico del parto. Entre las medidas implementadas se destacaron la musicoterapia, el uso de aromaterapia, la atenuación de la intensidad lumínica, la promoción de la movilidad y variación de posturas.

Entre las técnicas no farmacológicas que incentivé se encuentra la hidroterapia, mediante el uso del chorro de agua templada en la ducha. La hidroterapia durante la fase latente del trabajo de parto ha demostrado ser una intervención eficaz para el alivio del dolor, promoviendo la relajación, la reducción de la ansiedad y una menor necesidad de analgesia farmacológica. Los estudios confirman que esta práctica mejora la experiencia de la mujer durante el parto y no se asocia con riesgos maternos ni neonatales cuando se aplica en contextos de bajo riesgo y bajo vigilancia adecuada (Mellado-García et al. (2024). Se les proporcionaba orientación específica sobre el uso de la ducha con agua tibia, promoviendo el protagonismo de la mujer en el trabajo de parto y favoreciendo una experiencia más positiva. La activación del sistema parasimpático se ha asociado con efectos analgésicos, sugiriendo que una función parasimpática robusta podría ser clave en la reducción de la sensibilidad al dolor. Por ello, es imperativo que los servicios de salud trabajen en la creación y adaptación de espacios que faciliten el uso de estrategias no farmacológicas, reconociendo que el entorno no solo influye en la percepción del

dolor, sino también en el bienestar emocional y la satisfacción de la mujer durante su parto.

De forma paralela, se ofrecía la opción farmacológica, la analgesia epidural. En estas situaciones, colaboré activamente con el equipo de anestesia en la preparación del procedimiento y presté apoyo continuo a la gestante durante su aplicación.

La analgesia epidural, si bien es efectiva para el control del dolor, presenta diversas implicaciones clínicas. Según las recomendaciones de la OMS (2018), su uso se asocia con un aumento en la incidencia de partos instrumentales, mayor requerimiento de oxitocina, prolongación de la fase expulsiva y efectos adversos como hipotensión, retención urinaria y bloqueo motor. Al tratarse de una intervención invasiva que requiere monitorización continua, esta técnica limita significativamente la movilidad materna y contribuir a la medicalización del parto.

La ausencia de la opción *walking epidural*, junto con la carencia de sistemas de monitorización fetal inalámbricos, constituyó un obstáculo importante para fomentar la movilidad materna, tal como lo recomienda la OMS. A ello se añade la necesidad de canalización venosa, la administración de sueroterapia y la vigilancia frecuente de los signos vitales, lo que refuerza el carácter tecnificado del entorno.

La amniotomía, entendida como la intervención que consiste en la rotura deliberada de las membranas amnióticas, se emplea durante el trabajo de parto con el propósito de favorecer su avance, al inducir la liberación de prostaglandinas endógenas que potencian la contractilidad uterina (Smyth, Markham & Dowswell, 2013). No obstante, su aplicación ha sido cuestionada por múltiples organismos internacionales, incluida la OMS, que desaconseja su uso rutinario en partos que evolucionan de manera fisiológica, sin complicaciones (OMS, 2018).

La revisión sistemática de Smyth et al. (2013), basada en ensayos clínicos aleatorizados, no halló evidencias sólidas de que la amniotomía reduzca significativamente la duración del trabajo de parto ni que mejore los resultados maternos o neonatales. Estudios más recientes como los de De Vivo et al. (2020) y Gari et al. (2025) concluyeron que, si bien la amniotomía temprana puede acortar el intervalo entre la inducción y el parto, no se asocia a beneficios clínicos relevantes y, en el caso de Gari et al. (2025), incluso se observó un mayor riesgo de corioamnionitis, una complicación infecciosa que refuerza la necesidad de cautela en su indicación.

En mi práctica, tuve la oportunidad de realizar amniotomías en contextos clínicamente justificados (De Vivo et al., 2020).

Durante mi práctica clínica, colaboré en varios partos que presentaron distocias, lo que requirió el uso de instrumentos obstétricos, como ventosa o fórceps, o bien su resolución quirúrgica mediante cesárea. En todos los casos, realicé el acompañamiento clínico durante la primera fase del trabajo de parto, supervisando la evolución del proceso y colaborando en la monitorización del bienestar materno-fetal. Durante la segunda etapa, y ante la intervención del equipo médico, participé activamente en tareas complementarias orientadas al confort de la parturienta, así como en los cuidados inmediatos al recién nacido.

Durante los partos que asistí, los esfuerzos expulsivos fueron orientados conforme el impulso fisiológico de la parturienta. Las mujeres eran incentivadas a pujar cuando sentían la necesidad de hacerlo. Esta práctica se encuentra alineada con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), que establece que las mujeres deben ser alentadas a seguir su propio reflejo de pujo y que no se debe fomentar el pujo dirigido si no hay una indicación clínica que lo justifique.

Las guías clínicas actuales, emitidas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), el *Royal College of Midwives* (RCM) y el *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), recomiendan que durante el período expulsivo las mujeres sean animadas a adoptar la posición que les resulte más cómoda. Estas recomendaciones se basan en evidencia que indica que el uso de posiciones verticales —como sentada, en cuclillas, de rodillas o en decúbito lateral— puede contribuir a una reducción de la duración del segundo estadio del parto, mayor confort materno y, en algunos casos, una disminución de intervenciones. En mis prácticas solo tuve la oportunidad de asistir a partos en posición ginecológica semi sentada. A pesar de que esta no es la posición reconocida por la OMS como la más fisiológica, sigue siendo la más comúnmente utilizada (OMS, 2018). Esta realidad puede reflejar preferencias institucionales arraigadas, en las que la menor familiaridad del personal sanitario con otras posiciones durante el período expulsivo condiciona las alternativas efectivamente consideradas durante el proceso del parto (Gupta et al., 2017). A la luz de las recomendaciones internacionales actuales, que valoran la libertad de movimiento y la

adopción de posiciones que favorezcan la fisiología del parto, esta observación refuerza la importancia de fomentar una reflexión sobre la necesidad de dotar los espacios con equipamientos adecuados —como sillas de parto, apoyos para cuclillas y pelotas tipo “cacahuete”—, acompañada de una formación continua de los equipos profesionales, con el fin de actuar en uniformidad con la mejor evidencia disponible (OMS, 2018; NICE, 2023; Priddis et al., 2022).

Las guías internacionales, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) y el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2018), coinciden en que la episiotomía solo está justificada en determinadas situaciones, como en partos vaginales instrumentales (uso de fórceps o ventosa), cuando se detectan signos de sufrimiento fetal que requieren una abreviación del nacimiento, o en casos de periné rígido que impide la progresión fetal. También puede ser considerada en partos pélvicos, en contextos de distocia de hombros o en casos de macrosomía fetal (ACOG, 2018). Un estudio de revisión reciente publicado en StatPearls señala que, aunque la episiotomía puede reducir el riesgo de desgarros graves en situaciones específicas, su uso indiscriminado aumenta la probabilidad de complicaciones como dolor perineal prolongado, infecciones y disfunción del suelo pélvico (Barjon, Vadakekut y Mahdy (2024). En este sentido, la evidencia respalda un abordaje restrictivo donde la decisión se base en una evaluación clínica individualizada y en el consentimiento informado de la mujer.

En Portugal, las tasas de episiotomía han mostrado una disminución gradual en las últimas décadas: según Teixeira y Barros (2016), la prevalencia era del 81,5 % en el año 2000, bajando al 64,4 % en 2016. A pesar de esta reducción, Portugal sigue figurando entre los países europeos con mayor frecuencia de esta práctica. Según datos citados por el Parlamento Europeo (2021), el país ocupa el segundo lugar en Europa con mayor tasa global estimada, siendo del 73 % (Parlamento Europeo, 2021).

Un estudio realizado por Macedo (2021), que analizó 424 partos eutócicos ocurridos entre los años 2018 y 2019 en una unidad hospitalaria del norte de Portugal, reveló una tasa de episiotomía del 46,7 %. Aunque esta cifra representa una mejora en comparación con datos anteriores a nivel nacional, sigue superando las recomendaciones de organismos internacionales.

En Portugal, según la Orientação nº 002/2023 del 10/05/2023, actualizada el 26/03/2024, se indica realizar episiotomía medio-lateral selectiva, con un ángulo de 60° desde la horquilla vulvar, únicamente cuando exista la necesidad de abreviar el nacimiento por sospecha de hipoxia fetal, cuando haya signos de inminencia de un desgarro perineal o cuando el desgarro perineal ya se esté iniciando, siendo que estas dos últimas no obtuvieron consenso.

La integridad perineal en el parto vaginal es una de las principales preocupaciones durante el parto, considerando los impactos físicos, emocionales y funcionales que puede conllevar el trauma perineal. Es imperativo establecer y seguir planes preventivos basados en la evidencia disponible que ayuden a promover la integridad del periné. Estos pueden comenzar en el prenatal y concluir con el nacimiento.

Durante el período de prácticas clínicas, en vista a la protección perineal, se adoptaron el masaje perineal, la aplicación de compresas y la protección activa del periné durante el segundo estadio del trabajo de parto.

Estudios recientes, como los de Sun et al. (2024), Magoga et al. (2019) y Rodrigues et al. (2023), demuestran que el masaje perineal y la aplicación de compresas tibias durante el segundo estadio del trabajo de parto aumentan significativamente la incidencia de periné íntegro, al mismo tiempo que reducen la necesidad de episiotomía y la ocurrencia de desgarros perineales de mayor gravedad. La evidencia disponible es consistente, especialmente cuando estas estrategias se aplican de forma combinada (Dwan et al., 2024). En esta última revisión de Cochrane, la vocalización durante el segundo estadio del trabajo de parto podría estar asociada con una reducción en la incidencia de desgarros perineales de segundo grado (RR 0,56; IC 95%: 0,23–1,38) y de tercer grado (RR 0,13; IC 95%: 0,01–2,32), así como con un posible aumento en la satisfacción materna (RR 1,19; IC 95%: 0,93–1,51); sin embargo, la evidencia es de baja certeza y los amplios intervalos de confianza limitan la fiabilidad de estos hallazgos.

De forma similar, la comparación entre las técnicas "*hands-on*" y "*hands-off*" mostró poca o ninguna diferencia en las tasas de desgarros de segundo grado (RR 0,73; IC 95%: 0,32–1,64) y en los desgarros combinados de tercer o cuarto grado (RR 1,27; IC 95%: 0,81–1,99), con evidencia de baja certeza, lo que sugiere que no existe una superioridad clara entre ambos enfoques para la protección perineal durante el parto (Dwan et al., 2024).

Mi experiencia en el contexto de prácticas clínicas me permitió enfrentarme a diversas dimensiones del cuidado en salud materna, incluyendo realidades de elevada carga emocional. Además de momentos de esperanza y celebración, también viví situaciones marcadas por el dolor y la pérdida, como en los casos de pérdidas gestacionales espontáneas o complicaciones inesperadas durante el embarazo.

El embarazo, por su naturaleza, se asocia a la esperanza, a la continuidad de la vida y a la celebración de un futuro en construcción (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015). En ningún momento se anticipa como una experiencia que pueda culminar en pérdida. Cuando esta ocurre, rompe abruptamente con todo el simbolismo de vida atribuido a la gestación, dejando huellas profundas.

Recibir la noticia de la muerte de un hijo deseado y esperado sumerge a los padres en un escenario de dolor intenso, plagado de sentimientos difíciles de nombrar. La pérdida perinatal no representa únicamente la ausencia física de un bebé; simboliza, sobre todo, la ruptura de un proyecto de vida, de sueños idealizados y de expectativas que dejan de tener cabida.

Durante mis prácticas, enfrenté una situación particularmente exigente desde el punto de vista emocional: la asistencia al parto de un caso de muerte fetal intrauterina a las 28 semanas de gestación. La gestante se encontraba hospitalizada para la inducción del trabajo de parto tras la confirmación del fallecimiento fetal. Sin duda, fue la experiencia más impactante de todo mi recorrido formativo.

Acompañada por su pareja y un familiar cercano, se vivió un ambiente de profundo silencio, impregnado de dolor y contención emocional. Junto a mi tutora matrona, asistí en todo el proceso. Su experiencia y postura serena guiaron mis acciones, muchas veces solo a través de miradas, en un contexto en el que la presencia empática y el respeto por los tiempos de la familia resultaron esenciales. La necesidad que sentí de ser útil, junto con la sensación de impotencia ante la situación, reflejaron emociones frecuentemente descritas por profesionales de la salud en contextos similares (Chan et al., 2021).

La decisión de los padres de ver y sostener a su hijo fue respetada. El cuidado al proteger al recién nacido envolviéndolo cuidadosamente con su manta generó una imagen simbólica de dignidad y amor. Este gesto es profundamente significativo y contribuyó a que los padres conservaran un recuerdo visual sereno y respetuoso de su hijo. Fue proporcionado un espacio privado, alejado de otras madres y recién nacidos sanos, con el

objetivo de garantizar un ambiente de recogimiento y dignidad. La creación de ese espacio y de su tiempo, permitió el duelo y la despedida en condiciones de intimidad y respeto. Eso fue fundamental. Poder acunar a su hijo representó para la madre —y también para el padre— un momento de validación de su parentalidad y de reconocimiento de la pérdida (Nuzum et al., 2018; Ellis et al., 2016).

Es evidente la importancia que la *Ordem dos Enfermeiros* atribuye a la temática del duelo perinatal. El Regulamento n.º 391/2019 (p. 13564) establece que el EESMO “concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones de apoyo a la mujer, incluyendo convivientes significativos, durante el período de duelo en caso de muerte fetal/neonatal”. El acompañamiento en contextos de pérdida requiere un conjunto de competencias relacionales y comunicacionales orientadas a crear un entorno seguro, acogedor y empático. Según Rolim (2001, citado por Antunes & Patrocínio, 2007), se debe proporcionar un ambiente seguro y adaptativo, a través de la escucha activa y empática; facilitar la verbalización, exploración y reflexión de sentimientos, expectativas y creencias, así como respetar la cultura, etnia, religión y valores de la pareja.

Cuidados al recién nacido y posnatales

Facilitar la transición del recién nacido del entorno intrauterino a la vida extrauterina constituye una de las funciones esenciales del EESMO.

Con respecto al manejo del cordón umbilical, se optó por una estrategia de pinzamiento tardío, practicada en ausencia de contraindicaciones clínicas. Este procedimiento se llevó a cabo aproximadamente entre 1-2 minutos tras el nacimiento, o una vez que el cordón dejó de latir, de acuerdo con las recomendaciones actuales (DGS, 2023). Aunque se reconoce un leve aumento en el riesgo de ictericia neonatal asociado a esta práctica, los beneficios en términos de prevención de la anemia infantil y apoyo al desarrollo neurológico precoz han sido ampliamente respaldados por la evidencia más reciente (Fogarty et al., 2023).

En los partos asistidos, y siempre que las condiciones de seguridad lo permitían, se priorizaba el contacto piel con piel inmediato entre la madre y el recién nacido. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido desnudo directamente sobre el tórax materno, inmediatamente

después del nacimiento, de forma continua durante al menos una hora. No obstante, este contacto se vio acortado para permitir la valoración médica inicial por parte del pediatra.

El contacto piel a piel se ha consolidado como una práctica basada en evidencia con múltiples beneficios. Contribuye a la estabilización térmica y cardiorrespiratoria del neonato, favorece la regulación de la glucemia y reduce el estrés en ambos, gracias a la liberación de oxitocina y la disminución de cortisol, estimula la contractilidad uterina e promueve el vínculo afectivo de la díada madre-hijo. (Estevão et al., 2022; Vittner et al., 2022). Además, mejora significativamente el inicio y la duración de la lactancia materna (Moore et al., 2016), y en recién nacidos de bajo peso, se asocia a una reducción de la mortalidad neonatal (WHO Immediate KMC Study Group, 2021). También se ha identificado un impacto positivo en la salud mental materna durante el puerperio (Scarf et al., 2021). Estos hallazgos refuerzan la recomendación de integrar esta intervención en la atención estándar al nacimiento.

La promoción y el apoyo a la lactancia materna constituyen pilares fundamentales en los cuidados posnatales inmediatos, respaldados por directrices internacionales de organizaciones como la OMS, UNICEF y la Academia Americana de Pediatría (AAP). Tal como recomienda la OMS, la lactancia materna fue iniciada dentro de la primera hora tras el nacimiento.

Durante la práctica clínica, observé que, aunque muchas madres inician la lactancia materna, algunas enfrentan dificultades que pueden comprometer su continuidad. Entre los desafíos más comunes se encontraban el agarre inadecuado, el dolor mamario, la percepción de una producción insuficiente de leche y la falta de confianza en la técnica de amamantamiento.

Proporcione apoyo individualizado y oportuno, adaptado a cada situación. La intervención precoz por parte del EESMO refuerza la confianza de la madre, permite corregir técnicas ineficaces y previene el abandono temprano de la lactancia.

2.3. Experiencias Mínimas para Adquirir el Título de Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica

En el contexto de la formación para la obtención del título de Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica, los requisitos mínimos de capacitación clínica están establecidos por el marco normativo definido en la Ley 9/2009, de 4 de marzo, que

incorpora la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. Esta legislación tiene como finalidad unificar los criterios de reconocimiento profesional en los países de la Unión Europea, promoviendo la movilidad laboral y garantizando estándares homogéneos de competencia.

En Portugal, los criterios establecidos para la acreditación del título de EESMO son equivalentes a los definidos a nivel europeo, lo que asegura una formación integral orientada al desarrollo de competencias clave en la atención materno-obstétrica. Para ello, se exige al estudiante la realización de un conjunto de prácticas clínicas que abarcan distintas etapas del proceso reproductivo y situaciones de complejidad variable. A continuación, se detallan las actividades clínicas mínimas requeridas:

Consultas Prenatales: A lo largo de mi práctica asistencial, participé en más de 100 controles prenatales realizados en contextos hospitalarios y comunitarios. Esta experiencia permitió desarrollar habilidades en la evaluación del bienestar materno y fetal, así como en la detección precoz de complicaciones. A través de estas intervenciones, se promovió la salud materna y fetal mediante acciones preventivas, educativas y de apoyo emocional.

Vigilancia y cuidado de parturientas: Realicé el seguimiento clínico de más de 40 parturientas abarcando diferentes etapas del proceso, desde la fase de dilatación, expulsivo y alumbramiento. Participé en el manejo de partos tanto eutócicos como colaboré en los distócicos. La experiencia permitió consolidar competencias esenciales en la vigilancia materno-fetal.

Realización de partos: El estudiante debe haber asistido al menos a 40 partos, número que puede reducirse a 30 si participa en otros 20 como ayudante. Esta experiencia resulta fundamental para asegurar que el futuro EESMO posea la competencia necesaria para liderar el proceso de parto de manera autónoma, garantizando la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido. Durante mi formación en el servicio de Obstetricia, tuve la oportunidad de liderar la asistencia en más de 40 partos eutócicos, lo que permitió consolidar competencias clave como el manejo del período expulsivo, la protección activa del periné, la identificación precoz de signos de alarma y la capacidad de respuesta rápida y segura ante situaciones clínicas imprevistas. Esta exposición gradual a distintos contextos obstétricos contribuyó significativamente al fortalecimiento de mi actuación profesional autónoma.

Participación en partos de presentación pélvica: La formación del futuro EESMO debe incluir la participación en partos de presentación pélvica o, en su defecto, deberá realizarse una formación mediante simulación. Durante mi período de formación, tuve la oportunidad de participar en un parto de presentación pélvica, experiencia que me permitió comprender la complejidad y particularidades de este tipo de parto.

Práctica de episiotomías e iniciación a la sutura: La formación del EESMO debe contemplar la práctica de la episiotomía y la iniciación a la sutura, la cual incluye la reparación de episiotomías y desgarros perineales simples. Esta competencia puede desarrollarse en un contexto clínico real o, si no es posible, mediante simulación clínica estructurada. Durante mi periodo de formación tuve la oportunidad de adquirir experiencia en la práctica clínica tanto en la ejecución de la técnica de episiotomía como en la sutura de episiotomías y desgarros perineales de primer y segundo grado.

Atención a mujeres con embarazos de alto riesgo: La formación debe contemplar la asistencia a por lo menos 40 mujeres embarazadas que presentan situaciones de riesgo durante la gestación, el parto o el posparto. A lo largo de mi período de prácticas, participé activamente en la vigilancia y el seguimiento clínico de más de 40 mujeres en esta condición. Estas situaciones abarcaron diversas patologías y condiciones obstétricas complejas, tales como preeclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto pretérmino.

Vigilancia y cuidados de parturientas y recién nacidos: Se prestaron cuidados a un mínimo de 100 recién nacidos sin complicaciones, incluyendo la asistencia en el momento del nacimiento, la evaluación de la adaptación neonatal, contacto piel a piel y apoyo activo al inicio precoz de la lactancia materna.

Cuidados a recién nacidos que requieran atención especial: observación y atención a recién nacidos con necesidades especiales siendo incluidos prematuros, postérmino, neonatos con bajo peso al nacer y recién nacidos con condiciones clínicas que requirieron vigilancia específica.

Cuidados a mujeres con patologías ginecológicas y obstétricas: La formación del EESMO debe incluir la atención a mujeres que presentan patologías tanto en el ámbito ginecológico como obstétrico, como endometriosis, quistes ováricos, miomas uterinos, infecciones del tracto genital. A lo largo de mi período de prácticas, participé activamente en la vigilancia y el seguimiento clínico de casos de endometriosis, quistes ováricos, miomas uterinos, embarazo molar entre otros.

En la Tabla 1 se presentan las experiencias adquiridas durante el ENP, conforme al número mínimo de prácticas obligatorias requeridas.

Tabla 1

Experiencias mínimas obligatorias obtenidas conforme a la legislación.

Experiencias Mínimas Obligatorias	Número de Experiencias Realizadas
Consultas a mujeres embarazadas incluyendo, al menos, 100 exámenes prenatales	127
Vigilancia/asistencia y cuidados prestados a, al menos, 40 parturientas	69
Realización de al menos 40 partos: Realización por parte de la alumna de al menos 40 partos; cuando no se pueda alcanzar este número por falta de parturientas, se podrá reducir a por lo menos 30, siempre que la alumna participe, además de éstos, en 20 partos más.	44 – Realizados 15 – Participados
Participación en partos de presentación pélvica: Participación activa en partos con presentación podálica. En caso de imposibilidad debido a un número insuficiente de partos podálicos, se debe llevar a cabo el entrenamiento por simulación.	1
Práctica de episiotomía e iniciación a la sutura: La iniciación incluirá ejercicios teóricos y prácticas clínicas. La práctica de la sutura incluye la sutura de episiotomías y desgarros simples del perineo, que se pueden realizar de forma simulada si fuese necesario.	23 – Episiotomías 31 – Perineorrafias
Vigilancia/asistencia y cuidados prestados a 40 mujeres durante y después del parto, en situación de riesgo	56
Vigilancia y cuidados de al menos 100 parturientas y recién nacidos normales: Vigilancia/asistencia y cuidados, incluyendo exámenes, a por lo menos 100 parturientas y recién nacidos normales.	267 – Parturientas 233 – Recién nacidos
Observación y cuidados a recién nacidos con necesidades especiales: Observación y atención de recién nacidos que necesitan cuidados especiales, incluidos los niños nacidos prematuramente y postérmino, así como los recién nacidos con bajo peso y los recién nacidos patológicos.	32
Atención a mujeres con patologías ginecológicas y obstétricas.	45

Fuente: elaboración propia a partir de la Directiva 2005/36/CE [13], transcrita en la Ley 9/2009 de 4 de marzo, actualizada por la Ley n.º 31/2021, de 22 de junio.

3. ANÁLISIS CRÍTICO Y REFLEXIVO DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

El ENP constituyó una fase clave dentro del proceso formativo. Integré los conocimientos teóricos adquiridos con la práctica clínica, participando en experiencias significativas que favorecieron el desarrollo y la consolidación de competencias profesionales.

Cabe destacar que, pese a las limitaciones estructurales ya referidas anteriormente debido a las obras en curso, se logró garantizar una atención centrada en la calidad. La disponibilidad de habitaciones individuales, por ejemplo, favoreció un entorno más íntimo, promoviendo la privacidad y el vínculo de la díada madre-recién nacido y su familia.

Otro aspecto relevante del contexto asistencial fue la diversidad cultural de la población atendida. El contacto con mujeres embarazadas procedentes de múltiples contextos socioculturales permitió desarrollar competencias interculturales, adaptando la prestación de cuidados a sus creencias, valores y expectativas. Esta dimensión representó una oportunidad valiosa del abordaje centrado en la persona.

En el ámbito clínico, la participación activa en un número significativo de partos eutócicos permitió afianzar competencias esenciales en la asistencia al trabajo de parto, la protección perineal, la monitorización materno-fetal y la importancia de un cuidado integral y centrado en la paciente. Fue posible identificar la persistencia de una tendencia a la medicalización del parto, lo que limita la evolución natural del proceso fisiológico. Esta observación nos invita a reforzar la importancia de una asistencia basada en la evidencia, promoviendo el parto fisiológico y centrado en la autonomía de la mujer.

En relación con la práctica de la episiotomía, mismo presentando porcentajes por debajo de la media nacional, se constató que la tasa aún se encuentra por encima del umbral recomendado por la OMS (<10%). Esta realidad subraya la necesidad de seguir trabajando activamente para reducir esa cifra, mediante estrategias formativas y de sensibilización.

Asimismo, se identificó la necesidad de ampliar y mejorar los recursos destinados al alivio no farmacológico del dolor durante el trabajo de parto. La adecuación de espacios específicos, dotados de materiales como el rebozo, pelotas de parto, colchonetas y herramientas de estimulación sensorial, así como la necesidad de mejorar en recursos como la adquisición de cardiotocografía inalámbrica, a fin de permitir la monitorización

sin cables (adquirida por el hospital, pero disponible tras el final de las prácticas), y proporcionar la *walking epidural*, a fin de promover una mayor libertad de movimientos a la parturienta, contribuiría significativamente a optimizar la experiencia del parto, fomentando el protagonismo, el bienestar y la autonomía de la mujer.

En el transcurso del *Estágio*, tuve la oportunidad de participar en la atención de un caso clínico de MH que estimuló una reflexión profunda sobre la importancia de la actuación fundamentada en la evidencia científica, la necesidad de actualizar protocolos, y apostar en la formación continua como pilares de una práctica segura y competente. Asimismo, asistí a un parto con diagnóstico de muerte intrauterina, una experiencia particularmente desafiante desde el punto de vista humano y profesional. Momentos como este exigen del profesional una profunda autorreflexión, ya que la forma en que los profesionales lidian con la pérdida fetal puede influir profundamente en el proceso de duelo de los padres (Dias et al., 2010; Antunes & Patrocínio, 2007).

Cabe resaltar el valor del acompañamiento cercano y constante ofrecido por el equipo multidisciplinar a lo largo de esta experiencia. La disponibilidad, accesibilidad y compromiso de los profesionales contribuyeron a crear un ambiente de aprendizaje positivo, en el cual fue posible adquirir autonomía progresiva, afianzar habilidades clínicas y asumir progresivamente un rol autónomo en el proceso asistencial del parto. A lo largo de estos meses, experimenté un crecimiento profesional sostenido, acompañado por un desarrollo personal significativo. La gestión de emociones, la toma de decisiones en situaciones asistenciales complejas, y el contacto directo con las gestantes, parturientes, puérperas y sus familias me permitieron fortalecer no solo mis competencias técnicas, sino el compromiso con un cuidado respetuoso, humanizado y centrado en la mujer.

En conclusión, el ENP representó una experiencia profundamente transformadora, que me proporcionó herramientas esenciales para un ejercicio autónomo, competente y éticamente comprometido como futura especialista en salud materna y obstétrica. Cada experiencia vivida contribuyó de forma significativa a la construcción de una identidad profesional orientada a la excelencia, al respeto y a la prestación de cuidados integrales a lo largo del proceso reproductivo.

4. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN - Efecto del masaje perineal prenatal en la promoción de la integridad perineal: estudio piloto

4.1. Introducción

Anatomía del periné y complicaciones durante el parto

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) aboga por el respeto de los procesos fisiológicos y dinámicos del nacimiento, destacando la necesidad de que cualquier intervención sea criteriosa. La orientación enfatiza que cualquier interferencia en el proceso natural del trabajo de parto (TP) debe reservarse estrictamente para corregir desviaciones de la normalidad, donde emerge, en este contexto, la promoción de la integridad perineal.

El periné es una región que se extiende desde la vulva hasta el ano, formada por músculos, fascias y fibras, y limitada por la sínfisis púbica, el cóccix, las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas. Esta área desempeña un papel crucial en el soporte y la integridad funcional de la región pélvica. El cuerpo perineal, situado en el punto central entre el triángulo urogenital y el triángulo anal, desempeña diversas funciones tales como: soporte del segmento anorrectal y el canal vaginal, actúa como una barrera física entre la vagina y el recto, previene la expansión del hiato urogenital y preserva la continencia urinaria y fecal (Cunningham et al, 2020).

Durante el parto vaginal, un gran número de mujeres sufre trauma perineal. Evidencias mundiales apuntan que el 84,3% de ellas presentan algún tipo de trauma perineal posparto (Abedzadeh et al., 2019).

Un estudio transversal realizado por Rodrigues et al. (2019), llevado a cabo en Portugal reveló que, de las participantes evaluadas, un elevado porcentaje del 74,8% presentó lesiones perineales. Dentro de este grupo, el 4,2% fue diagnosticado con lesiones de tercer y cuarto grado, asociadas a complicaciones más graves. Otro dato relevante observado en el estudio fue que el 43,8% de las mujeres fueron sometidas a episiotomía, un procedimiento quirúrgico que, cuando se realiza de forma rutinaria, contribuye a la incidencia de traumas perineales.

Trauma perineal: concepto

El trauma perineal durante el parto se caracteriza por la pérdida de la integridad del periné, pudiendo manifestarse de forma espontánea, denominado desgarro perineal, o pudiendo ser resultado de un procedimiento quirúrgico denominado episiotomía. (East et al., 2015).

La episiotomía se caracteriza por la ampliación del canal del parto mediante una incisión en el periné, ejecutada en el momento de la coronación de la cabeza fetal, inmediatamente antes de su expulsión. Este procedimiento ha sido descrito por Kalis et al. (2012), Rezende (2012), Posner et al. (2013), Jiang et al. (2017) y Mei et al. (2022). Las estructuras involucradas en la incisión incluyen el epitelio vaginal, el músculo transverso superficial del periné, el músculo bulboesponjoso y la piel perineal. Al tratarse de una incisión que afecta superficialmente la musculatura del periné, la episiotomía puede considerarse equivalente a un desgarro perineal de segundo grado (Viana et al., 2011; Bettencourt Borges, Serrano & Pereira, 2003; Laine, Yli & Cole, 2022).

Recientemente, la OMS, en el informe titulado *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*, basado en las evidencias científicas internacionales más recientes sobre la episiotomía, emitió una recomendación clara. Según la recomendación 39 del informe (OMS, 2018, pp. 150–154), el uso rutinario o liberal de la episiotomía no está recomendado para mujeres que se someten a un parto vaginal espontáneo. Esta orientación de la OMS refleja la evolución de las prácticas obstétricas y destaca un enfoque más selectivo y basado en la evidencia para el uso de la episiotomía.

La evidencia científica actual sugiere que la episiotomía no previene eficazmente los desgarros y, además, su uso rutinario se considera injustificado y no debe ser practicado. Esta conclusión representa un punto crucial en la comprensión de las prácticas obstétricas y subraya la importancia de un enfoque criterioso en la aplicación de este procedimiento durante el parto vaginal (NICE, 2023; Amorim, Katz & Da Cunha, 2023; Mahdy & Barjon, 2024).

La clasificación de los desgarros perineales según los planos anatómicos afectados, tal como lo establece el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2018), proporciona una estructura detallada para evaluar la extensión de las lesiones perineales durante el parto. Las categorías descritas son las siguientes:

Periné íntegro: Ausencia de desgarros visibles; **Desgarro Grado I:** Afecta únicamente la piel y/o la mucosa vaginal; **Desgarro grado II:** Además de la piel y/o la mucosa, incluye la capa muscular del periné, pero no compromete el esfínter anal. La episiotomía se considera un desgarro iatrogénico de Grado II; **Desgarro de grado III:** Abarca las estructuras mencionadas en los grados 1 y 2, añadiendo el esfínter anal. Se subdivide en las siguientes categorías: 3a: Menos del 50 % del esfínter anal externo, 3b: Más del 50 % del esfínter anal externo, 3c: Rotura de ambos esfínteres, externo e interno; **Desgarro de grado IV:** Incluye todas las estructuras anteriores, además de la mucosa anorrectal. Las lesiones de tercer y cuarto grado se denominan *OASIS (Obstetric Anal Sphincter Injuries – Lesiones Obstétricas del Esfínter Anal)*. Esta clasificación detallada permite una evaluación precisa de las lesiones perineales, ofreciendo una base sólida para el tratamiento adecuado y una comprensión más amplia de las posibles complicaciones asociadas al parto vaginal.

Factores Predictores del Trauma Perineal

El trauma perineal durante el parto está influenciado por diversos factores, incluyendo características maternas y fetales, así como las prácticas clínicas implementadas en el lugar del parto. Los factores de riesgo identificados incluyen primiparidad, macrosomía fetal, perímetro cefálico fetal, parto instrumental con fórceps o ventosa, etnia asiática, edad materna avanzada, índice de masa corporal materno y posición materna durante el parto. Estos elementos, destacados en estudios recientes, subrayan la necesidad de una evaluación individualizada del riesgo y de la implementación de estrategias preventivas para mitigar el impacto del trauma perineal (Beckmann & Stock, 2013; Lodge & Haith-Cooper, 2016; Pergialiotis et al., 2014; Tavares et al., 2022).

El estudio de Rodrigues et al. (2019) identificó como predictores significativos de la integridad perineal la nuliparidad (OR 0,292; IC 95%: 0,220–0,341), el antecedente de cesárea sin parto vaginal previo (OR 0,419; IC 95%: 0,234–0,749), el aumento del peso fetal por cada 250 g (OR 0,867; IC 95%: 0,804–0,936) y el uso de posiciones alternativas a la litotomía durante la segunda etapa del parto, lo que duplicó la probabilidad de mantener el periné intacto (OR 2,665; IC 95%: 2,022–3,513).

Un estudio de cohorte realizado por Simić et al. (2017), que incluyó a 52.211 mujeres primíparas con parto vaginal a término y fetos en presentación cefálica, reveló

asociaciones significativas entre ciertos factores y el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS). De forma destacada, el riesgo de OASIS fue considerablemente mayor cuando la duración de la fase expulsiva del trabajo de parto superó las 2 horas, en comparación con períodos inferiores a 1 hora (OR 1,42; IC95% 1,28–1,58). Además, los casos en los que el parto fue instrumentado presentaron un riesgo más elevado en comparación con los partos no instrumentados (OR 2,24; IC95% 2,07–2,42). Otros factores de riesgo identificados fueron un peso fetal superior a 4500 gramos (OR 2,22; IC95% 1,65–2,99) y un perímetro cefálico superior a 35,5 centímetros (OR 1,48; IC95% 1,31–1,67).

Es importante destacar que las mujeres que planean un nuevo embarazo enfrentan un mayor riesgo de recurrencia del trauma perineal previo. Un estudio de cohortes realizado por Smith et al. (2022) encontró que mujeres con antecedentes de cesárea electiva o cesárea de emergencia en la segunda etapa del trabajo de parto presentaban un riesgo significativamente mayor de sufrir lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS) en un parto vaginal posterior. Esta constatación subraya la relevancia de las morbilidades perineales en la toma de decisiones de las gestantes respecto al tipo de parto.

Trauma perineal y sus complicaciones

La preocupación por el trauma perineal resultante del parto vaginal y sus posibles consecuencias lleva a algunas mujeres a optar por una cesárea. Estudios como el de Pirhonen et al. (2008) evidencian que la implementación de técnicas de protección perineal puede reducir la incidencia de OASIS, lo que influye en la elección del modo de parto por parte de las mujeres.

Los posibles efectos adversos del trauma perineal durante el parto abarcan una serie de complicaciones que pueden impactar significativamente la salud y el bienestar de la mujer. Entre estas complicaciones se destacan la incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dispareunia y dolor local posparto. Estas consecuencias no solo afectan la salud física de la mujer, sino que también tienen implicaciones en su adaptación al nuevo rol de madre. Es importante resaltar que el riesgo y la gravedad de estas complicaciones están directamente relacionados con la extensión del trauma perineal (Williams et al., 2007; Williams et al., 2023).

Promoción de la Integridad Perineal

El impacto y las morbilidades asociadas al trauma perineal durante el parto refuerzan la necesidad de encontrar estrategias para minimizarlo. Así, cualquier método cuya eficacia sea comprobada en la reducción de la probabilidad de trauma perineal y, en consecuencia, de la morbilidad asociada al parto, merece reconocimiento. La implementación de enfoques preventivos bien fundamentados y respaldados por evidencia científica no solo beneficia directamente la salud física y psicológica de las mujeres, sino que también contribuye a una transición más fluida hacia la maternidad. La promoción de prácticas obstétricas basadas en la evidencia y la búsqueda continua de métodos que mejoren la experiencia del parto, minimizando sus posibles impactos adversos, son aspectos esenciales en la prestación de cuidados de salud materna de calidad por parte de los EESMOS.

La atención primaria de salud representa el primer nivel de los servicios personales de salud en la comunidad. Está diseñada para ofrecer cuidados accesibles, continuos e integrales, que respondan a las diversas necesidades de salud a lo largo de la vida de una persona.

La OMS define la Educación para la Salud como una combinación de aprendizajes cuyo objetivo es ayudar a los individuos y comunidades a mejorar su salud, mediante el aumento de la alfabetización en salud y el desarrollo de competencias. Esta definición está alineada con el concepto de Promoción de la Salud establecido en la Carta de Ottawa (1986). Según dicha carta, la Promoción de la Salud es un proceso que busca aumentar la capacidad de los individuos y comunidades para controlar su salud, con el fin de mejorarla. Por lo tanto, se reconoce como una herramienta esencial en el ámbito de la Promoción de la Salud, ya que permite capacitar a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su salud y adquieran las habilidades necesarias para alcanzar un estado de bienestar más satisfactorio.

El empoderamiento de la mujer se reconoce entonces como un proceso crucial que debe ser fomentado durante el embarazo, especialmente durante las sesiones de preparación al parto y a la parentalidad (PPP). Este proceso tiene como finalidad asegurar que las mujeres desempeñen un papel proactivo en su trayectoria materna. Tal como destacan Moore y Moorhead (2013), las sesiones de PPP ofrecen una oportunidad valiosa para empoderar a las mujeres, brindándoles información relevante, promoviendo la

alfabetización en salud y desarrollando las competencias necesarias para tomar decisiones informadas sobre su propia salud y la de su bebé.

De este modo, los EESMOS asumen la responsabilidad de incentivar a las mujeres a confiar en sus cuerpos y en sus capacidades en la búsqueda de la salud perineal. En la práctica clínica, se vuelve imperativo un compromiso continuo con la mejora de los cuidados brindados a las mujeres embarazadas, basado en la mejor evidencia científica disponible.

Según la revisión de la literatura realizada por Teixeira et al. (2022), los traumas perineales más graves están asociados con la falta de preparación adecuada de los tejidos blandos, del sistema fascial, los músculos, la piel y la mucosa para permitir el paso del feto durante el parto.

Masaje perineal – Cuerpo de evidencias

Durante el parto vaginal, las estructuras del periné están sujetas a un estiramiento significativo para permitir el paso del feto a través del canal de parto. Meriwether et al. (2016) demostraron que el cuerpo perineal puede experimentar un alargamiento de hasta un 65 % respecto a su estado en reposo, lo que refleja la gran exigencia biomecánica a la que estos tejidos son sometidos. En la misma línea, Zemčík et al. (2012) concluyeron que los músculos del suelo pélvico pueden aumentar su extensibilidad hasta en un 177 % durante la expulsión fetal. Estos hallazgos evidencian la necesidad de intervenciones que favorezcan la adaptación progresiva de los tejidos perineales que promueve el acondicionamiento mecánico local. Así, fomentar la conciencia corporal y el aumento controlado de la extensibilidad de los músculos del suelo pélvico durante la gestación puede contribuir en una mejor preparación física de la mujer para un parto vaginal.

El masaje perineal es una técnica terapéutica que desencadena la relajación de los músculos y promueve la vasodilatación de los vasos sanguíneos. Estos efectos son esenciales para la preparación de los tejidos del suelo pélvico, con el objetivo del proceso de estiramiento durante el nacimiento. La práctica proporciona un estiramiento suave, ajustado a la tolerancia de la gestante, involucrando la piel, los músculos y tejidos del periné. Además, simula el efecto producido por la presión de la cabeza del feto durante el trabajo de parto (Abdelhakim et al., 2020; Yin et al., 2024).

La evidencia disponible documenta que el masaje perineal, realizado como automasaje o por la pareja/persona significativa durante el control prenatal a partir de la semana 34 o 35 de gestación, promueve la reducción de la incidencia de episiotomías, especialmente en primíparas en comparación con multíparas, así como desgarros, incluidos los de tercer y cuarto grado. Además, los beneficios incluyen una disminución de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto, reducción del dolor perineal y menor número de complicaciones posparto, como lo demuestran estudios como los de Ugwu et al. (2018), Abdelhakim et al. (2020), Dieb et al. (2020), Santos et al. (2020) y Álvarez-González et al. (2021).

El masaje perineal prenatal también fue reportado como promotor de una recuperación más rápida y menos dolorosa para las mujeres. Otros beneficios adicionales señalados fueron: mejor cicatrización de las heridas perineales, mejores puntuaciones de Apgar en el recién nacido, mayor elasticidad del periné, reducción de la sensación de ardor durante el parto y fortalecimiento de la confianza de las mujeres en la capacidad de su cuerpo para “abrirse” al nacimiento del bebé. Estos beneficios han sido descritos en estudios como los de Dieb et al. (2020) y Beckmann & Stock (2013), y no se han reportado complicaciones maternas o neonatales asociadas (American College of Nurse-Midwives, 2016).

Los cursos de PPP, según lo establecido por la Dirección General de Salud (DGS) en su Programa Nacional para la Vigilancia del Embarazo de Bajo Riesgo (Portugal) publicado en 2015, tienen como principales objetivos “desarrollar la confianza y promover competencias en la gestante/pareja/familia para la vivencia del embarazo, el parto y la transición hacia la parentalidad, fomentando el desarrollo de capacidades interactivas y tempranas en la relación madre/padre/hijo”. Conforme lo establece la DGS (2015), las sesiones deben abarcar información sobre diversos temas, incluyendo el masaje perineal. Estas sesiones tienen como propósito proporcionar información detallada sobre los beneficios documentados del masaje perineal e instrucciones sobre cómo realizarlo correctamente.

En línea con las directrices de la DGS, otros autores como Iglesias Moya, Morillas Salazar y Vico Arias (2023), así como la Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME] (2023), destacan la importancia de incluir el abordaje del masaje perineal prenatal dentro de los contenidos de la PPP.

La consideración del masaje perineal como una práctica de rutina durante el período prenatal, especialmente en mujeres nulíparas, está respaldada por evidencia científica (Beckmann & Stock, 2013; Chen et al., 2022).

Cabe destacar que, según varios autores, no solo un gran número de mujeres se beneficiaría de la prevención de traumas perineales mediante la práctica del masaje perineal en el prenatal, sino también el propio sistema de salud, al reflejarse una reducción de los costos asociados con suturas, medicamentos y analgésicos (Beckmann & Stock, 2013; Ballesteros-Meseguer et al., 2016).

Masaje Perineal – Cuerpo de evidencias en Portugal

Aunque existe un cuerpo creciente de evidencia internacional sobre el masaje perineal como método promotor de la integridad perineal, no se encontraron estudios primarios en el contexto portugués que evalúen su impacto clínico.

Masaje perineal - Técnica, Frecuencia y Duración

El masaje perineal prenatal puede ser realizado de forma autónoma por la gestante y/o por la pareja/persona significativa si la mujer así lo desea, o por un profesional de salud, y cabe destacar que los estudios hasta la fecha sugieren que el masaje perineal se considera seguro, sin riesgos asociados (Yin et al., 2024).

En general, la literatura destaca que el período ideal para iniciar la implementación del masaje perineal está entre las semanas 34 y 35 de gestación, como indicado por Mei-dan et al. (2008) y Labrecque et al. (1999), y respaldado por estudios recientes (Abdelhakim, Yousef, & Abdelaleem, 2020).

Ugwu et al. (2018) y Thomas y Mathias (2015) destacan la versatilidad del masaje perineal como una práctica que no solo ofrece beneficios en los resultados perineales maternos, sino que permite un enfoque compartido, promueve la conexión emocional entre la pareja gestante, contribuyendo a una experiencia más positiva durante el embarazo y el parto. Al involucrar a la persona significativa en la técnica del masaje perineal, se crea un ambiente de apoyo y participación mutua durante la preparación para el parto (Yin et al., 2024).

Según las organizaciones estadounidenses *The American College Of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2016), el masaje perineal prenatal puede disminuir la resistencia muscular y reducir la probabilidad de desgarro. *The American College of Nurse-Midwives* (2016) sugiere que las embarazadas realicen el masaje perineal digital con el fin de distender los tejidos. Se recomienda la práctica una o dos veces por semana, durante las últimas cuatro a seis semanas del embarazo, con una duración de aproximadamente diez minutos. Se recomienda el uso de lubricantes de origen vegetal, como aceite de coco, aceite de almendra o aceite de vitamina E, evitando aceites minerales o vaselina.

Según las recomendaciones de las organizaciones del Reino Unido, *The Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) y *Royal College of Midwives* (RCM) (2023) dicen que debe ser realizado por la gestante (automasaje) o por la pareja/persona significativa, a partir de la semana 35, diariamente hasta el parto, con el fin de reducir el riesgo de trauma perineal, y que es particularmente beneficioso para madres primerizas.

Según Cardoso, Aires, Machado, Silva y Grilo (2023), en la *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto, elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (mandato 2020–2023), de la *Ordem dos Enfermeiros*, en Portugal, la indicación es de automasaje o masaje realizado/asistido por la pareja, todos los días, durante 5 a 10 minutos, a partir de las semanas 34/36. La elasticidad del periné puede observarse después de algunas semanas cuando el masaje se realiza diariamente.

4.2. Justificación del estudio

Una amplia variedad de ensayos clínicos aborda de manera heterogénea aspectos relacionados con la técnica, duración y frecuencia del masaje perineal prenatal, sin que exista una convergencia significativa (Abdelhakim et al., 2020; Beckmann & Stock, 2013).

Esta divergencia resalta la imperatividad de realizar nuevas investigaciones con el objetivo de ampliar el cuerpo de evidencia científica disponible, orientando de manera más precisa y efectiva las prácticas clínicas y, en consecuencia, mejorando los resultados perineales.

A pesar de la evidencia existente, de que el masaje perineal es una técnica de bajo coste y una práctica que puede ser realizada por la propia mujer o por una persona significativa para ella, la viabilidad y aceptabilidad de esta intervención en el contexto obstétrico portugués aún no se conoce.

Al no haberse encontrado estudios primarios publicados que analicen la influencia del masaje perineal prenatal en los resultados obstétricos dentro del contexto portugués, ni investigaciones que exploren el conocimiento que las mujeres embarazadas tienen sobre esta práctica, se pone de manifiesto una laguna crítica en la literatura y la necesidad de investigaciones nacionales que aborden esta temática.

4.3. Importancia del estudio para la población objetivo

Ante la necesidad de promover la integridad perineal debido a los riesgos que conlleva el trauma, el masaje perineal podría no solo mejorar los resultados obstétricos y la recuperación posparto, sino también fomentar una vivencia del parto más positiva, aumentando la confianza de las mujeres en su cuerpo y fortaleciendo su autonomía en el proceso de nacimiento.

4.4. Pregunta de investigación

Se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Es viable, aceptable y potencialmente eficaz la intervención masaje perineal prenatal, realizado a partir de la semana 34 de gestación, en la reducción del trauma perineal en mujeres del distrito de Bragança con parto eutócico?

Siendo la hipótesis alternativa: La intervención del masaje perineal prenatal, realizada a partir de la semana 34 de gestación, es viable, aceptable y tiene un efecto en la reducción del trauma perineal en mujeres del distrito de Bragança con parto eutócico.

4.5. Objetivo general

Evaluar la viabilidad, aceptabilidad y el efecto del masaje perineal prenatal, iniciado a partir de la semana 34 de gestación, en la reducción del trauma perineal en mujeres con parto eutócico del distrito de Bragança.

4.6. Objetivos específicos

Los objetivos específicos delimitan las acciones y métricas concretas para alcanzar el objetivo general propuesto. Para ello, el estudio propone:

- Identificar la prevalencia del conocimiento del masaje perineal prenatal de las participantes.
- Implementar una sesión educativa que consiste en la explicación y demostración del masaje perineal digital prenatal al grupo de intervención, con el fin de que este lo realice a partir de la semana 34 de gestación hasta el parto.
- Evaluar la viabilidad de la intervención de masaje perineal prenatal mediante el análisis de las tasas de reclutamiento, abandono y retención, así como de la adherencia a la intervención, utilizando un instrumento diseñado por la investigadora.
- Evaluar la aceptabilidad de la intervención mediante un cuestionario aplicado a las participantes del grupo de intervención.
- Estimar los efectos preliminares del masaje perineal digital prenatal (automasaje y/o masaje asistido/realizado por la persona significativa elegida por la gestante) en la reducción del trauma perineal en el parto eutócico.

4.7. Metodología

4.7.1. Tipo de estudio

El presente trabajo se configura como un estudio analítico y experimental, en la modalidad de estudio piloto aleatorizado y controlado. Fue llevado a cabo entre el 1 de junio de 2024 y el 1 de febrero de 2025, en el contexto de los cuidados de salud primarios de la ULSNE, que abarca catorce centros de salud del distrito de Bragança.

La realización de un estudio piloto resulta esencial para evaluar la viabilidad operativa de un futuro ensayo clínico aleatorizado (ECA), así como la aceptabilidad de la intervención

propuesta a la población objetivo (Feeley et al., 2009; Polit & Beck, 2021). Esto tiene particular relevancia en el contexto de intervenciones que implican ajustes en las prácticas del cuidado prenatal. Su implementación efectiva requiere no solo evidencia de beneficio clínico, sino también aceptación y comprensión por parte de las embarazadas y profesionales de salud involucrados.

Esta etapa preliminar permite identificar obstáculos a fin de realizar los ajustes necesarios, lo que contribuye a un diseño metodológico más robusto y a una ejecución rigurosa (Hulley et al., 2013).

Además, los estudios piloto proporcionan estimaciones iniciales sobre el tamaño del efecto y permiten calcular con mayor precisión el tamaño muestral requerido para asegurar un poder estadístico adecuado en investigaciones subsiguientes (Billingham, Whitehead & Julious, 2013).

Al tratarse de un estudio de intervención no farmacológica, se adoptó la extensión de la Declaración CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) para ensayos de tratamientos no farmacológicos (NPTs). La Declaración CONSORT es una guía basada en evidencias cuyo objetivo es mejorar la transparencia y reducir el sesgo del estudio (Boutron et al., 2017).

4.7.2. Población y muestra

Población

El distrito de Bragança, situado en el noreste de Portugal y con una superficie de aproximadamente 6.600 km², se caracteriza por una geografía montañosa y una gran dispersión de localidades (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021). Los 14 centros de atención primaria están distribuidos por todo el territorio, abarcando municipios tanto urbanos como rurales. Esta red garantiza cobertura regional y acceso a los cuidados de salud materna, gestionada por la (ULSNE, 2019) (Tabla 1).

Según los datos más recientes del INE, en 2023, el distrito registró una tasa bruta de natalidad de 5,7 nacimientos por cada 1.000 habitantes. Con una población residente de aproximadamente 122.739 personas, esto equivale a unos 700 nacimientos anuales (Gabinete de Estrategia e Estudos, 2023).

La población objetivo del estudio fue compuesta por mujeres embarazadas de bajo riesgo en vigilancia prenatal en uno de los catorce centros de atención primaria la Unidad Local de Salud del Nordeste (ULSNE).

La figura 1 representa el mapa de la distribución de los distintos centros de atención primaria.

Figura 1

Mapa de la distribución de los distintos centros de atención primaria.



Fonte: Dados do INE

Fuente: https://www.ulsne.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2019/09/Relatorio-Gestao-e-Contas_2018_2.pdf

Cabe señalar que el reclutamiento de las participantes provenientes de múltiples unidades de atención primaria, distribuidas geográficamente a lo largo del territorio abarcado por la ULSNE, confiere a la muestra una representatividad geográfica adecuada de la población materna atendida por esta unidad, permitiendo captar una variabilidad sociodemográfica relevante.

La selección de las participantes se realizó con base en criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyeron mujeres embarazadas que se encontraban en el PPP, con edad igual o superior a 18 años, gestación única, deseo de tener un parto vaginal, con menos de 35 semanas de gestación en el momento de la aleatorización, con capacidad para comprender, leer y hablar portugués o inglés o español.

Como criterios de exclusión, se consideraron los siguientes: falta de disponibilidad para realizar el masaje perineal; estar ya realizando el masaje perineal; indicación de cesárea electiva; alergia al aceite de almendras dulces y la presencia de condiciones clínicas asociadas a complicaciones gestacionales, tales como: restricción médica para mantener relaciones sexuales, presencia de contracciones uterinas con amenaza de parto prematuro, restricción del crecimiento fetal (RCF), desprendimiento prematuro de la placenta (DPP), placenta previa (PP), ruptura prematura de membranas (RPM), preeclampsia/eclampsia, hemorragia vaginal, varices vulvares, infección del tracto urinario (ITU) o infecciones vulvovaginales (Jain & Yadav, 2018, p. 45; Ugwu et al, 2018).

Dado que la historia obstétrica relativa a la paridad, esto es, no tener o tener, uno o más partos anteriores, se consideró una variable confusora, se excluyeron las mujeres embarazadas con uno o más partos anteriores en una primera fase del estudio. Sin embargo, esta decisión limitó considerablemente el número de participantes elegibles. Considerando esta restricción, junto con las limitaciones temporales y de recursos humanos del estudio se decidió incluir también a mujeres con partos anteriores tratando la paridad como una variable clínico-obstétrica.

Muestra y respetivo grupo de intervención y grupo control

De acuerdo con Julious (2005), en estudios piloto, una muestra de 12 participantes por grupo es apropiada, y esta elección se justifica por la búsqueda de viabilidad y precisión en las estimaciones que serán utilizadas para planificar un futuro ensayo clínico.

El método de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Para alcanzar los objetivos propuestos por este estudio piloto, centrados en la evaluación de la viabilidad y la aceptabilidad de la intervención propuesta, así como en la estimación preliminar de su efecto en la reducción del trauma perineal, la utilización de un muestreo por conveniencia fue metodológicamente adecuada y se encuentra alineada con las directrices para estudios de viabilidad (Eldridge et al., 2016).

La mayoría de las embarazadas que realizan vigilancia prenatal en los centros de atención primaria del distrito de Bragança dan a luz en el servicio de Obstetricia del Hospital de

Bragança. Sabiendo que los partos eutócicos entre enero de 2018 y diciembre de 2019 representaron aproximadamente la mitad del total de partos (Macedo, 2021), y considerando una pérdida de seguimiento de aproximadamente 10 %, se estimó necesario una muestra inicial de 60 participantes (30 en cada grupo) para obtener un mínimo de 12 participantes por cada grupo. Se consideró que reclutaríamos hasta llegar a un mínimo de 12 participantes por grupo con parto eutócico susceptible de análisis del desenlace perineal, pareados por paridad (3 en cada grupo serían primíparas/múltiparas en el momento de la aleatorización).

Las participantes fueron distribuidas en dos grupos:

- **Grupo de Intervención (GI):** Las participantes de este grupo, junto con sus parejas/personas significativas, recibieron de la investigadora principal una sesión educativa. La sesión consistió en la explicación y demostración del masaje perineal digital prenatal. Las participantes fueron orientadas a realizar automasaje y/o masaje realizado por la persona significativa elegida por la gestante.
- **Grupo de Control (GC):** Las participantes de este grupo no recibieron la sesión educativa ni realizaron el masaje perineal. Recibieron los cuidados prenatales habituales, según las recomendaciones de rutina. Este grupo sirvió como referencia para evaluar los efectos de la intervención propuesta en el GI.

Reclutamiento de las participantes elegibles

Las revisiones sistemáticas indican que las estrategias basadas en enfoques educativos y comunicacionales claros —como las sesiones informativas, la distribución de materiales educativos y la implicación de profesionales de la salud como mediadores de confianza— contribuyen significativamente a optimizar el reclutamiento en ensayos clínicos, especialmente en contextos comunitarios y de atención primaria (Treweek et al., 2013). En este marco, la sensibilización previa sobre el estudio se presenta como una práctica pertinente, ya que facilita una mejor comprensión de los objetivos y beneficios de la investigación, reduce las incertidumbres y promueve una participación informada por parte de las voluntarias (Bertram et al., 2019).

Siguiendo este enfoque basado en la mejor evidencia disponible, se estableció contacto con los EESMOS responsables de las sesiones de PPP de los centros de atención primaria del distrito de Bragança, con el fin de concertar una reunión destinada a presentar el estudio, explicar sus objetivos y solicitar colaboración en el proceso de reclutamiento.

Posteriormente, se identificaban las posibles participantes elegibles y se coordinaba una fecha adecuada para realizar el reclutamiento en cada centro. Este se llevaba a cabo al inicio o al final de las sesiones de PPP, en un momento que no interfiriera con las actividades programadas.

En una primera etapa, el objetivo fue aumentar la literacia en salud de las mujeres embarazadas en relación con el trauma perineal, a través de la sensibilización y aclaración de la problemática. La información se transmitía mediante una presentación oral y visual, con una duración media de diez minutos.

A continuación, se explicaba a las usuarias en qué consistía el estudio, detallando sus principales aspectos: tema y objetivos, metodología (incluyendo los criterios de inclusión y exclusión), posibilidad de asignación aleatoria al GI o GC, duración prevista, beneficios potenciales, riesgos limitados al tiempo requerido para realizar el masaje y al número de sesiones previstas, carácter voluntario de la participación, confidencialidad de los datos, derecho a abandonar el estudio en cualquier momento y ausencia de costes económicos para las participantes. Se informaba también que el estudio contaba con la aprobación ética institucional de la ULSNE.

Las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión eran invitadas a participar y, aquellas que aceptaban hacerlo de forma voluntaria, firmaban el Consentimiento Informado Libre y Esclarecido (CILE).

Aleatorización, asignación y enmascaramiento

Tras el proceso de reclutamiento, la siguiente etapa consistió en la realización de una reunión individual con cada participante para llevar a cabo la asignación aleatoria y la recolección de datos sociodemográficos y obstétricos correspondientes al cuestionario 1 (Apéndice B).

La aleatorización fue de tipo aleatoria simple, con una proporción 1:1. Un profesional en estadística generó una secuencia de asignación aleatoria. Esta secuencia fue utilizada para preparar 60 sobres opacos, numerados secuencialmente del 1 al 60, en cuyo exterior se imprimió el título del estudio. Una persona ajena a la investigación introdujo, conforme a dicha secuencia, un papel con la palabra “Intervención” o “Control” en cada sobre, los cuales fueron sellados posteriormente.

Cada participante seleccionó un sobre, y al abrirlo se determinó su asignación al GI o al GC.

Durante el seguimiento, se consideraron como “pérdidas de seguimiento” aquellas participantes que no respondieron a cuatro intentos de contacto telefónico infructuosos, realizados en días alternos y en horarios distintos, así como aquellas que manifestaron su deseo de abandonar el estudio.

Tras el parto, se excluyeron del análisis de los desenlaces perineales todas las mujeres que presentaron un parto distócico (cesárea, fórceps o ventosa), así como aquellas del GC que realizaron masaje perineal y las del GI que presentaron inadecuada adherencia a la práctica.

El enmascaramiento es un componente relevante en la conducción de los ECAs, ya que busca impedir que las participantes o los investigadores conozcan la asignación de grupo, reduciendo así posibles sesgos (Hulley et al., 2013). No obstante, su aplicación puede resultar inviable en ciertos contextos por razones técnicas o éticas. En este estudio, no fue posible implementarlo debido a que la intervención exigía la realización de una sesión educativa impartida por la propia investigadora.

Con el objetivo de minimizar posibles sesgos en la atención y en el registro de los desenlaces perineales, se instruyó a las participantes a no compartir información relacionada con el estudio. Asimismo, se les proporcionó el contacto telefónico de la investigadora para que pudieran resolver cualquier duda vinculada al desarrollo del estudio en cualquier momento y era registrado el contacto telefónico de la participante a fin de hacer un seguimiento de la misma hasta el parto.

Protocolo de la intervención: Masaje perineal

Diversos estudios piloto señalan que la realización de sesiones educativas próximas al inicio de la intervención favorece la comprensión, la motivación y la adherencia de los participantes (Backhouse et al., 2015; Jaber et al., 2023; Goeman et al., 2016). Esta proximidad temporal permite aclarar dudas de forma inmediata y vincular el contenido educativo directamente con la práctica. Se trata de una estrategia considerada factible y eficaz en el contexto clínico.

La sesión educativa fue realizada entre las semanas 32 y 34 de gestación de las participantes del GI, invitando a la persona significativa si así lo deseaba la gestante. Se impartió en dos modalidades: presencial y *online*. Esta última se ofrecía a solicitud, especialmente cuando la modalidad presencial no permitía la participación del acompañante en el horario disponible.

La sesión tuvo una duración aproximada de 50 minutos y se estructuró en dos componentes. El primero consistió en una presentación visual, donde se expusieron evidencias científicas sobre el masaje perineal prenatal, recomendaciones de guías clínicas vigentes y las características generales de la técnica: sencilla, fácil de realizar, sin coste, segura y sin riesgos para la madre y el bebé (Yin et al., 2024).

El segundo componente fue práctico, con una explicación y demostración utilizando un simulador anatómico de la genitalia femenina de silicona, lo cual permitió mostrar visualmente la técnica y la movilización de los tejidos gracias a su flexibilidad. Esta demostración tuvo como objetivo orientar a las participantes en la realización del automasaje y/o del masaje asistido por la persona significativa.

La revisión de Jones y Marsden (2008) identificó que el uso de un video educativo de 12 minutos con demostración simulada de la técnica de masaje perineal aumentó la tasa de adherencia entre las gestantes, aunque dicho aumento no fue estadísticamente significativo. Posteriormente, un estudio piloto brasileño evidenció que la combinación de materiales educativos visuales y escritos (video y folleto) facilitó la práctica de la técnica por parte de las mujeres y sus acompañantes, promoviendo una mayor aceptación y continuidad durante la gestación (Monguilhott et al., 2022).

Se creó un video tutorial elaborado por la propia investigadora, que consistía en la demostración de la técnica de masaje perineal utilizando el simulador anatómico. En él se muestran los pasos del protocolo en aproximadamente 6:00 minutos (https://www.youtube.com/watch?v=YDC8ARYdx80&ab_channel=ECRMasagemPerineal). Asimismo, se diseñó un folleto escrito con imágenes ilustrativas y los pasos del protocolo (Apéndice D).

El masaje se realizó utilizando aceite de almendras dulces, 100% vegetal, de primera presión en frío, sin perfumes ni aditivos. Este aceite presenta beneficios para la hidratación y la mejora de la elasticidad de la piel, siendo bien tolerado incluso por pieles sensibles (Blaak & Staib, 2022; RCOG, 2023).

Proporcionar materiales educativos uniformes (folleto, enlace al video tutorial y lubricante) garantizó que todas las participantes recibieran la misma información, siempre por parte de la misma investigadora y siguiendo las mismas directrices, promoviendo una atención estándar, lo que redujo la variabilidad en la aplicación de la intervención y el sesgo sistemático.

Las instrucciones para realizar el masaje perineal fueron desarrolladas con base en las recomendaciones de la RCOG, el RCM (2023) y el Cardoso et al., (2023). A continuación, se describen los pasos del protocolo fornecido a las participantes.

Frecuencia, duración e indicaciones generales:

Realizará el masaje perineal diariamente durante 5 a 10 minutos, a partir de las 34 semanas de gestación hasta el momento del parto.

- Intente incorporar el masaje en su rutina diaria, por ejemplo, después del baño. Este es un buen momento, ya que los vasos sanguíneos de la región están dilatados, lo que hace que el periné esté más blando y cómodo para masajear. Además, es probable que se sienta más relajada.
- Vacíe la vejiga, lávese bien las manos y asegúrese de que las uñas estén cortas, ya que los tejidos de la vagina y el periné son delicados, y esto ayudará a evitar lesiones.
- Relájese en un entorno privado y tranquilo, adoptando una posición cómoda que

permita acceder fácilmente a la zona del periné. Algunas mujeres prefieren apoyarse sobre cojines para sostener la espalda. Algunas mujeres prefieren recostarse con apoyo de cojines en la espalda, mientras que otras optan por realizar el masaje en cuclillas o de pie, con un pie apoyado sobre una superficie elevada, como un taburete. Elija la postura que le resulte más cómoda y le ayude a relajarse.

- Las primeras veces, puede resultarle útil usar un espejo para observar su periné, conocer su cuerpo y ganar confianza en el automasaje.
- Lubrique el pulgar, el periné y la entrada vaginal con el aceite de almendras proporcionado por la investigadora. A medida que se sienta más cómoda y la elasticidad del periné aumente, puede comenzar a utilizar ambos pulgares durante el masaje.
- Imaginemos la abertura vaginal como si fuera un reloj. Para facilitar la orientación visual, las 6 en punto corresponden al ano y las 12 en punto al clítoris. El masaje debe realizarse siempre entre las posiciones 3-6-9h o 9-6-3h, evitando la parte superior, donde se encuentra la uretra.

Técnica:

Movimiento 0 – Calentamiento: Deslice el pulgar con movimientos lentos de vaivén sobre la zona externa entre el ano y la vagina, favoreciendo la relajación muscular antes de comenzar el masaje perineal propiamente dicho. Esta etapa debe durar entre 1 y 2 minutos.

Movimiento 1 – Presión descendente: Introduzca su pulgar en la abertura vaginal hasta la primera falange (3 a 4 cm). Presione hacia abajo (en dirección al ano) hasta sentir una resistencia similar a la de un músculo, no un tejido blando. Mantenga la presión hasta percibir una leve sensación de ardor o incomodidad tolerable. Respire profundamente mientras mantiene la presión. Si percibe contracción muscular, relájela conscientemente. Manténgase en esta posición durante aproximadamente un minuto y repita este paso de dos a tres veces.

Movimiento 2 – Estiramiento lateral: Aplique una presión suave suficiente para generar un estiramiento no doloroso durante 5 a 10 segundos en cada punto, hasta que los músculos comiencen a ceder. Realice este movimiento a ambos lados, entre las 3 y las 9 horas, durante un total de uno a dos minutos.

Movimiento 3 – Movimiento en “U”: Masajee suavemente con el pulgar en forma de vaivén, trazando una “U” desde las 6 a las 3 horas y desde las 6 a las 9 horas, durante 2 a 3 minutos. Perciba cómo los tejidos se ablandan y se estiran. Concéntrese en relajar los músculos, liberando la tensión, y practique una respiración lenta y profunda.

- Si el masaje es realizado por la persona significativa, debe ser alguien con quien pueda sentirse relajada y segura. Es importante que tanto el cuerpo como la mente estén tranquilos. Mantenga una comunicación abierta e informe de cualquier molestia.
- Se seguirán las mismas instrucciones anteriormente descritas. Sin embargo, la persona significativa debe utilizar los dedos índices en lugar de los pulgares para realizar el masaje.
- Si al principio no consigue realizar el masaje durante los 5 a 10 minutos recomendados, no se preocupe. Pronto podrá alcanzar el tiempo completo.
- La elasticidad del periné debería mejorar progresivamente. Es posible que sean necesarias algunas semanas de práctica para notar un aumento significativo en la flexibilidad de la zona perineal.
- Al finalizar, registre la sesión en su diario. En caso de dudas, contacte con la investigadora.

Al final de la sesión, cada participante recibió un folleto, un frasco de aceite de almendras dulces, acceso al enlace del video tutorial y un diario, correspondiente al registro semanal del masaje perineal (cuestionario 2 - Apéndice C).

Adherencia a la intervención (masaje perineal)

Se llevó a cabo un seguimiento de las participantes del grupo de intervención, siendo hecho un contacto semanal a través de una aplicación móvil con el objetivo de resolver dificultades, aclarar dudas, confirmar el registro en el diario, identificar posibles desviaciones del protocolo y garantizar una monitorización constante de la intervención.

En los casos en que la investigadora consideró necesaria una supervisión presencial para evaluar la correcta aplicación del protocolo, se programó un encuentro presencial.

Se consideró una adherencia adecuada cuando la participante realizó el masaje al menos dos veces por semana, con una duración media de entre 5 y 10 minutos, desde la semana 34 de gestación hasta el día del parto, con un mínimo de cuatro sesiones realizadas. Por el contrario, se consideró una adherencia inadecuada cuando no se cumplieron estos criterios establecidos. La adherencia inadecuada fue considerada un criterio de exclusión en el análisis de los desenlaces perineales (Beckmann & Stock, 2013).

4.7.3. Instrumentos de recogida de datos

Los instrumentos de recogida de datos utilizados en el presente estudio fueron elaborados por la investigadora, teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación y las características de la población objetivo.

Estuvieron compuestos por una lista de verificación (*checklist* – Apéndice A) y tres cuestionarios distintos, que se detallan a continuación:

Check List – Documento que permitió, mediante una lista de verificación, identificar si las participantes cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Cuestionario 1 – Caracterización de la participante y conocimiento sobre el masaje perineal. Este instrumento estuvo compuesto por tres secciones:

Parte I – Datos sociodemográficos: Incluyó información relativa a la edad, etnia, estado civil, nivel educativo, y centro de salud al que pertenecía la participante.

Parte II – Datos clínico-obstétricos: Contempló variables como hábito tabáquico, práctica de ejercicios promotores de la flexibilidad pélvica, paridad, Índice de Masa Corporal (IMC) pregestacional y edad gestacional en el momento de la aleatorización.

Parte III – Conocimiento del masaje perineal prenatal: Evaluó el grado de familiaridad previa de la gestante con la técnica.

Cuestionario 2 – Diario de registro semanal del masaje perineal. Aplicable únicamente a las participantes del GI, este instrumento consistió en un diario semanal que debía ser completado por la propia gestante desde la semana 34 de gestación hasta el parto. Se registraban semanalmente la frecuencia del masaje, la duración media y quién lo realizaba (automasaje e/o persona significativa).

Cuestionario 3 – Datos relativos al parto y aceptabilidad de la intervención. Organizado en:

Parte I y II - Desenlaces Obstétricos: tipo de parto, edad gestacional en el parto, lugar del parto, profesional que asistió el parto, duración del trabajo de parto, posición materna durante la fase expulsiva, dolor perineal en las 48 horas posteriores al parto, uso de analgesia epidural; Desenlaces Neonatales: Índice de Apgar, peso y perímetro cefálico del recién nacido; Desenlaces Perineales: presencia o no de episiotomía, presencia o no de desgarro perineal.

Parte III – Aceptabilidad de la intervención: Evaluación de la percepción subjetiva de la gestante respecto a su experiencia con la práctica del masaje perineal. Esta sección abordó el grado de utilidad percibida de la técnica en la preparación del periné para el parto, la intención de volver a utilizarla en futuras gestaciones y la disposición para recomendarla a otras mujeres embarazadas.

4.7.4. Variables de investigación

4.7.4.1. Variable dependiente e independiente

La variable dependiente de este estudio fue el trauma perineal ocurrido durante el parto, conceptualizado como la pérdida de la integridad anatómica del periné. Esta condición pudo manifestarse de manera espontánea, a través de desgarros perineales, o bien ser inducida mediante intervención quirúrgica, en forma de episiotomía (Abdelhakim et al. (2020). En consecuencia, el trauma perineal se definió como la ocurrencia de desgarros espontáneos y/o la realización de episiotomía. Para efectos del análisis, esta variable fue categorizada de forma dicotómica (sí/no), considerando “sí” cuando presentó al menos uno de los dos eventos. Las variables relacionadas con el trauma perineal que fueron analizadas fueron la episiotomía y el desgarro perineal.

La variable independiente del estudio correspondió a la práctica del masaje perineal prenatal, definida como la realización sistemática de dicha técnica por parte de las mujeres embarazadas del GI, conforme a un protocolo previamente establecido. En contraste, las embarazadas del GC no realizaron el masaje perineal durante el embarazo. La medición de esta variable se efectuó mediante la consulta del diario individual de las participantes del GI, instrumento diseñado para registrar la adherencia y las características de la práctica.

Las dimensiones analizadas relacionadas con el masaje perineal incluyeron también:

- Número de días en que se realizó el masaje perineal;
- Número total de semanas de tratamiento;
- Duración media por masaje, expresado en minutos, dedicado a la práctica;
- Persona que realizó el masaje (automasaje y/o masaje realizado por otro).

4.7.4.2. Variables sociodemográficas, clínico-obstétricas y desenlaces obstétricos, neonatales y perineales

Dado que diversos factores pueden influir en la ocurrencia del trauma perineal durante el parto, se incluyeron variables en el análisis con el objetivo de controlar posibles factores de confusión (Beckmann & Stock, 2013; Lodge & Haith-Cooper, 2016; Pergialiotis et al., 2014; Simić et al., 2017; Tavares et al., 2022). La tabla 2 describe las variables sociodemográficas, clínico-obstétricas y variables desenlace.

Tabla 2

Definiciones conceptuales y operacionales, tipo de medición y categorías de las variables sociodemográficas, clínico-obstétricas, y variables desenlace.

Sociodemográficas			
Variable	Mensuración	Operacionalización	Categorías
Paridad	Catégorica Nominal	Concepto: Se refiere al número de partos anteriores. Se obtuvo mediante autorreporte, tras la aleatorización, y se clasificó de la siguiente manera: Nulípara (ningún parto anterior) o Primípara/Múltipara (uno o más partos previos) (OMS, 2017).	1. Nulípara 2. Primípara/Múltipara
Edad	Numérica continua	Concepto: Intervalo de tiempo que transcurre entre la fecha de nacimiento (día, mes y año) y las 0 horas de la fecha de referencia. La edad se expresa en años completos (INE, s.f.). Se obtuvo mediante autorreporte de la participante, en años cumplidos.	No aplica
Etnia	Catégorica nominal	Concepto: El origen étnico de la participante se clasificó según la propuesta de categorías establecida por el Grupo de Trabajo (GT) Censos 2021 – Cuestiones “Étnico-Raciales”, creado por la Orden n.º 7363/2018. Se recogió mediante autorreporte, seleccionando una de las categorías.	1. Blanca 2. Negra 3. Asiática 4. Gitana 5. Latina
Estado civil	Catégorica nominal	Concepto: “Situación jurídica de la persona compuesta por el conjunto de cualidades que definen su estado en relación con los vínculos familiares, que deben constar obligatoriamente en el registro civil” (INE, s.f.). Se recogió mediante autorreporte, seleccionando la opción correspondiente.	1. Soltera 2. Casada/ Unión de hecho 3. Divorciada / Separada 4. Viuda
Nivel Educativo	Catégorica ordinal	Concepto: “Nivel o grado de enseñanza más elevado que el individuo ha completado o para el cual ha obtenido equivalencia, y respecto al cual tiene derecho al correspondiente certificado o diploma” (INE, s.f.). Se obtuvo mediante autorreporte, seleccionando la opción que corresponde a su formación académica más alta finalizada.	1. Primaria 2. Secundaria 3. Licenciatura 4. Pós-Licenciatura
Centro Atención Primaria	Catégorica nominal	Concepto: Establecimiento de atención primaria al que la gestante acude regularmente para el control y vigilancia prenatal de su embarazo. Se obtuvo a partir del autorreporte, mediante respuesta abierta sobre el nombre del centro de salud al que pertenece.	No aplica

Tabla 2. (continuación)

Definiciones conceptuales y operacionales, tipo de medición y categorías de las variables sociodemográficas, clínico-obstétricas, y variables desenlace.

Clínico-Obstétricas			
Variable	Mensuración	Operacionalización	Categorías
Hábitos Tabáquicos	Categórica dicotómica	Concepto: Persona que actualmente fuma cigarrillos, independientemente de la cantidad consumida diariamente, ya sea de forma habitual (diaria) u ocasional. Esta definición se alinea con los criterios utilizados por instituciones como el <i>National Cancer Institute</i> (s.f.) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2018), los cuales consideran como fumador actual a cualquier individuo que fuma en el momento de la encuesta, sin importar la frecuencia o el volumen. Se obtuvo mediante autorreporte a través de una pregunta cerrada dicotómica.	1. Si 2. No
Práctica Ejercicio Flexibilidad	Categórica dicotómica	Concepto: Práctica de actividades físicas orientadas a mejorar la movilidad y flexibilidad corporal, con enfoque en la región pélvica. Incluye ejercicios como estiramientos, yoga, pilates.	1. Si 2. No
IMC Pregestacional	Númerica Continua	Concepto: El IMC es una medida antropométrica que se obtiene dividiendo el peso corporal (en kilogramos) entre la altura (en metros) al cuadrado (<i>World Health Organization</i> , n.d.). Se calculó a partir de los datos autorreportados por la participante sobre su peso pregestacional (kg) y su altura (cm).	No aplica
Edad Gestacional (aleatorización)	Númerica continua	Concepto: La edad gestacional es el tiempo transcurrido desde el primer día del último período menstrual (FUM) hasta un momento determinado del embarazo, expresado en semanas completas y días (OMS, 2015). Se obtuvo a través del autorreporte de la gestante.	No aplica
Desenlaces Obstétricos, Neonatales y Perineales			
Variable	Mensuración	Operacionalización	Categorías
Tipo Parto	Categórica nominal	Concepto: Clasificación del nacimiento en función de la vía utilizada para la expulsión del feto. Puede ser vaginal espontáneo (eutócico), por cesárea o mediante instrumentación (OMS, 2018). Se recoge por consulta de la Cartilla de Salud de la Gestante.	1. Parto eutócico 2. Distócico por cesárea 3. Distócico instrumental (fórceps o ventosa)

Tabla 2. (continuación)

Definiciones conceptuales y operacionales, tipo de medición y categorías de las variables sociodemográficas, clínico-obstétricas, y variables desenlace.

Desenlaces Obstétricos, Neonatales y Perineales			
Variable	Mensuración	Operacionalización	Categorías
Local de Parto	Categórica Nominal	Concepto: Lugar físico donde la participante tuvo su parto. Su objetivo es caracterizar el entorno asistencial en el que se produjo el nacimiento, dado que este puede influir en las prácticas clínicas y en los resultados maternos y neonatales. La medición es categórica nominal y la información fue obtenida mediante consulta de la Cartilla de Salud de la Gestante.	No aplica
Edad Gestacional Parto	Numérica continua	Concepto: La edad gestacional se define como el número de semanas completas de embarazo desde el primer día del último período menstrual hasta el parto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Se recoge por consulta de la Cartilla Infantil y Juvenil.	No aplica
Duración TP	Numérica continua	Concepto: Se registra el número total de horas del trabajo de parto. Se recoge por consulta de la Cartilla de Salud de la Gestante.	No aplica
Posición Materna Expulsivo	Categórica nominal	Concepto: Postura adoptada por la gestante durante la fase del período expulsivo del trabajo de parto. Se recoge mediante autorreporte.	1. Litotomía 2. Lateral 3. Vertical 4. En cuclillas 5. Cuatro apoyos
Dolor Perineal Posparto(48h)	Categórica ordinal	Concepto: El dolor perineal posparto corresponde a una manifestación clínica frecuente tras el parto vaginal, ocasionada por trauma tisular en el área perineal, ya sea por desgarros espontáneos, episiotomía o distensión de tejidos. La puerpera clasifica el dolor perineal sentido a las 48 horas posparto utilizando una escala cualitativa de cinco niveles, basada en descriptores subjetivos de intensidad del dolor. Se obtuvo a partir del autorreporte.	1. Sin dolor 2. Dolor leve 3. Dolor moderado 4. Dolor intenso 5. Dolor máximo
Analgesia Epidural	Categórica dicotómica	Concepto: La analgesia epidural es una técnica de alivio del dolor durante el trabajo de parto que consiste en la administración de anestésicos en el espacio epidural (RCOG, n.d). Se obtuvo a partir del autorreporte.	1. Si 2. No

Tabla 2. (continuación)

Definiciones conceptuales y operacionales, tipo de medición y categorías de las variables sociodemográficas, clínico-obstétricas, y variables desenlace.

Desenlaces Obstétricos, Neonatales y Perineales			
Variable	Mensuración	Operacionalización	Categorías
Peso RN	Categórica ordinal	Concepto: Medida antropométrica que refleja el crecimiento fetal, registrada (gramos) al momento del nacimiento (OMS, 2006). Se obtuvo por consulta de la Cartilla de Salud Infantil y Juvenil.	No aplica
Perímetro Cefálico RN	Numérica continua	Concepto: Medida antropométrica (cm) que refleja el tamaño del encéfalo y el desarrollo cerebral del recién nacido (OMS, 2017). Se mide (cm) en las primeras horas de vida. Se obtuvo por consulta de la Cartilla de Salud Infantil y Juvenil.	No aplica
Índice Apgar	Categórica ordinal	Concepto: Escala clínica (0–10 puntos) que evalúa la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina mediante la valoración de cinco parámetros: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración de la piel (Apgar, 1953). Se aplica al minuto 1, 5 y 10 de vida. Se obtuvo por consulta de la Cartilla de Salud de la Gestante.	No aplica
Episiotomía	Categórica dicotómica	Concepto: Procedimiento quirúrgico que consiste en una incisión en el periné para ampliar el canal del parto Mei et al. (2022), Se recoge por consulta de la Cartilla de Salud de la Gestante.	1. Si 2. No
Desgarro perineal	Categórica ordinal	Concepto: Lesión del periné que puede ocurrir espontáneamente durante el parto vaginal. Se clasifica en grados según la profundidad y estructuras afectadas (RCOG, 2018). Se recoge por consulta de la Cartilla de Salud de la Gestante.	1. Sin desgarro 2. Desgarro Grado I 3. Desgarro Grado II 4. Desgarro Grado III/IV

4.7.4.3. Variables de viabilidad de la intervención

La viabilidad de la intervención, en este estudio piloto, se refiere al grado en que las participantes fueron reclutadas, permanecieron en el estudio hasta su finalización y adhirieron a la intervención, conforme al marco conceptual propuesto por Cole y Dendukuri (2004). La viabilidad fue cuantificada a través de los siguientes indicadores:

Tasa de reclutamiento: se refiere a la proporción de participantes que ingresan en el estudio en relación con el número total de participantes elegibles. Se calcula dividiendo el número de participantes reclutados por el número total de participantes elegibles, y multiplicando el resultado por 100, con el fin de expresarlo como un porcentaje (Sidani & Braden, 2011).

Tasa de abandono: representa la proporción de participantes que, habiendo iniciado su participación en el estudio, se retiran antes de completar todas las fases previstas. Se determina dividiendo el número de participantes que se retiran del estudio por el total de participantes que iniciaron el estudio, y multiplicando el resultado por 100 con el fin de expresarlo como un porcentaje (Sidani & Braden, 2011).

Tasa de retención: indica la proporción de participantes que permanecen en el estudio hasta su conclusión. Esta se obtiene dividiendo el número de participantes que completaron el estudio por el número total de participantes que lo iniciaron, y posteriormente multiplicando por 100, de modo que se exprese en porcentaje (Sidani & Braden, 2011).

Adherencia a la intervención: se refiere al grado en que las participantes aprueban y adoptan activamente los componentes de la intervención, cumpliendo con la “dosis” previamente establecida en el protocolo del estudio (Sidani & Braden, 2011). Esta dimensión fue evaluada mediante un instrumento diseñado por la investigadora, concretamente un diario de registro individual, que debía ser completado semanalmente desde el inicio de la intervención hasta el momento del parto. A través de estos registros, se analizó la frecuencia de realización del masaje perineal, el número total de semanas de tratamiento (intervención), el tiempo promedio dedicado por sesión y la persona que realizó el masaje (automasaje y/o persona significativa), permitiendo así determinar el nivel de adherencia a la práctica.

4.7.4.4. Variables de aceptabilidad de la intervención

La aceptabilidad de la intervención se define como el grado en que las participantes perciben dicha intervención como apropiada, útil y beneficiosa en función de sus necesidades, valores y expectativas. De acuerdo con Sidani (2015), esta percepción positiva influye directamente en la disposición de las personas a involucrarse activamente en la intervención, afectando potencialmente su adherencia y los resultados esperados.

En el presente estudio, la aceptabilidad fue evaluada mediante el Cuestionario 3 compuesto por tres preguntas específicas:

- ¿Considera que el masaje perineal fue útil y positivo para la preparación del periné para el parto? Esta pregunta se evaluó mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, que permite medir el grado de acuerdo o utilidad percibida, con las siguientes opciones de respuesta: Nada útil, Poco útil, Sin opinión, Útil, Muy útil.
- En caso de un futuro embarazo, ¿realizaría nuevamente el masaje perineal? Pregunta de respuesta dicotómica: Sí / No.
- ¿Recomendaría el masaje perineal a otras mujeres embarazadas? Pregunta de respuesta dicotómica: Sí / No.

El uso combinado de una escala ordinal tipo Likert y preguntas de respuesta cerrada permite captar tanto el nivel de utilidad percibido como la predisposición futura y la intención de recomendar la intervención, lo cual proporciona una visión integral de su aceptabilidad.

4.7.4.5. Variable conocimiento del masaje perineal prenatal

La variable “Conocimiento del Masaje Perineal Prenatal” fue incorporada con el objetivo de identificar si las participantes ya conocían previamente la intervención objeto de estudio. Su medición fue categórica dicotómica (sí/no), y se operacionalizó mediante la siguiente pregunta incluida en el Cuestionario 1: “¿Conoce el masaje perineal realizado en el prenatal?”.

Aunque no estaba contemplada en el protocolo aprobado inicialmente, su inclusión fue motivada por observaciones realizadas durante la fase de reclutamiento. Al momento de la explicación detallada del estudio, se preguntaba informalmente si las participantes conocían la intervención que sería investigada (el masaje perineal prenatal), constatándose la pertinencia de registrar esa información de forma sistemática.

Dado que se trata de una variable contextual, sin implicaciones éticas ni interferencia en los desenlaces primarios, su incorporación se consideró metodológicamente adecuada.

4.7.5. Recogida de datos

La recogida de datos fue realizada por la investigadora en dos momentos distintos. La primera fase tuvo lugar después de la aleatorización y consistió en la aplicación del Cuestionario 1, a todas las participantes con el objetivo de realizar una caracterización sociodemográfica y clínico-obstétrica. Este proceso se desarrolló entre los meses de junio de 2024 y enero de 2025.

La segunda fase de recogida de datos se llevó a cabo en el posparto, en un período medio comprendido entre el tercer y el décimo día tras el parto. En esta etapa, se solicitaron las siguientes informaciones: entrega del diario de registro del masaje perineal (Cuestionario 2 – Apéndice C) por parte de las participantes del GI, con el fin de evaluar la adherencia a la intervención; este envío fue realizado por vía digital.

Asimismo, se procedió a la consulta, por vía digital, de la “Cartilla de Salud de la Gestante” y de la “Cartilla de Salud Infantil y Juvenil”, documentos oficiales completados por los profesionales de salud responsables de la asistencia al parto, con el fin de recoger información relativa a los desenlaces perineales (episiotomía y desgarro perineal), obstétricos (tipo de parto, local del parto, edad gestacional al parto, duración total del trabajo de parto, profesional que asistió) y neonatales (peso y perímetro cefálico del recién nacido, Índice de Apgar en el 1.º, 5.º y 10.º minuto). Adicionalmente, se envió por vía digital el cuestionario 3 (Apéndice E), que fue devuelto por las participantes por el mismo medio, con las respuestas relativas a la posición materna en el período expulsivo, el uso de analgesia epidural y el dolor perineal en las primeras 48 horas posparto. Las cuestiones referentes a la aceptabilidad de la intervención fueron enviadas únicamente a las participantes del GI. La segunda recogida de datos se concretó entre los meses de julio de 2024 y febrero de 2025.

4.7.6. Tratamiento de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables por medio de tablas de distribución de frecuencias (en el caso de las variables nominales) y del cálculo de medidas como media, desviación estándar, valor mínimo, máximo y mediana (en el caso de variables de naturaleza cuantitativa). Para analizar la relación entre la realización y la no realización

del masaje perineal en los desenlaces perineales (estado del periné), se aplicaron pruebas de independencia exacta de Fisher, dado que no fue posible aplicar la prueba de chi-cuadrado, ya que no se cumplían sus supuestos. Para evaluar la homogeneidad entre los grupos, se utilizó la prueba exacta de Fisher para variables nominales y la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes en el caso de variables cuantitativas con distribución normal. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de p inferiores a 0,05. Todos los análisis estadísticos fueron realizados utilizando el *software IBM SPSS Statistics 29.0* (Chicago, IL).

4.7.7. Procedimientos éticos

Los derechos de las participantes y los principios éticos fueron rigurosamente respetados durante todo el desarrollo del estudio, en concordancia con la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo. La confidencialidad de las respuestas de las participantes fue plenamente garantizada. De acuerdo con los principios éticos y deontológicos aplicables a los estudios de investigación, se solicitó dictamen al Comité de Ética de la ULSNE siendo aprobado con el parecer 23/2024, habiéndose emitido una segunda aprobación relativa a la ampliación de los criterios de inclusión para permitir la participación de gestantes nulíparas, primíparas y multíparas (Apéndice F).

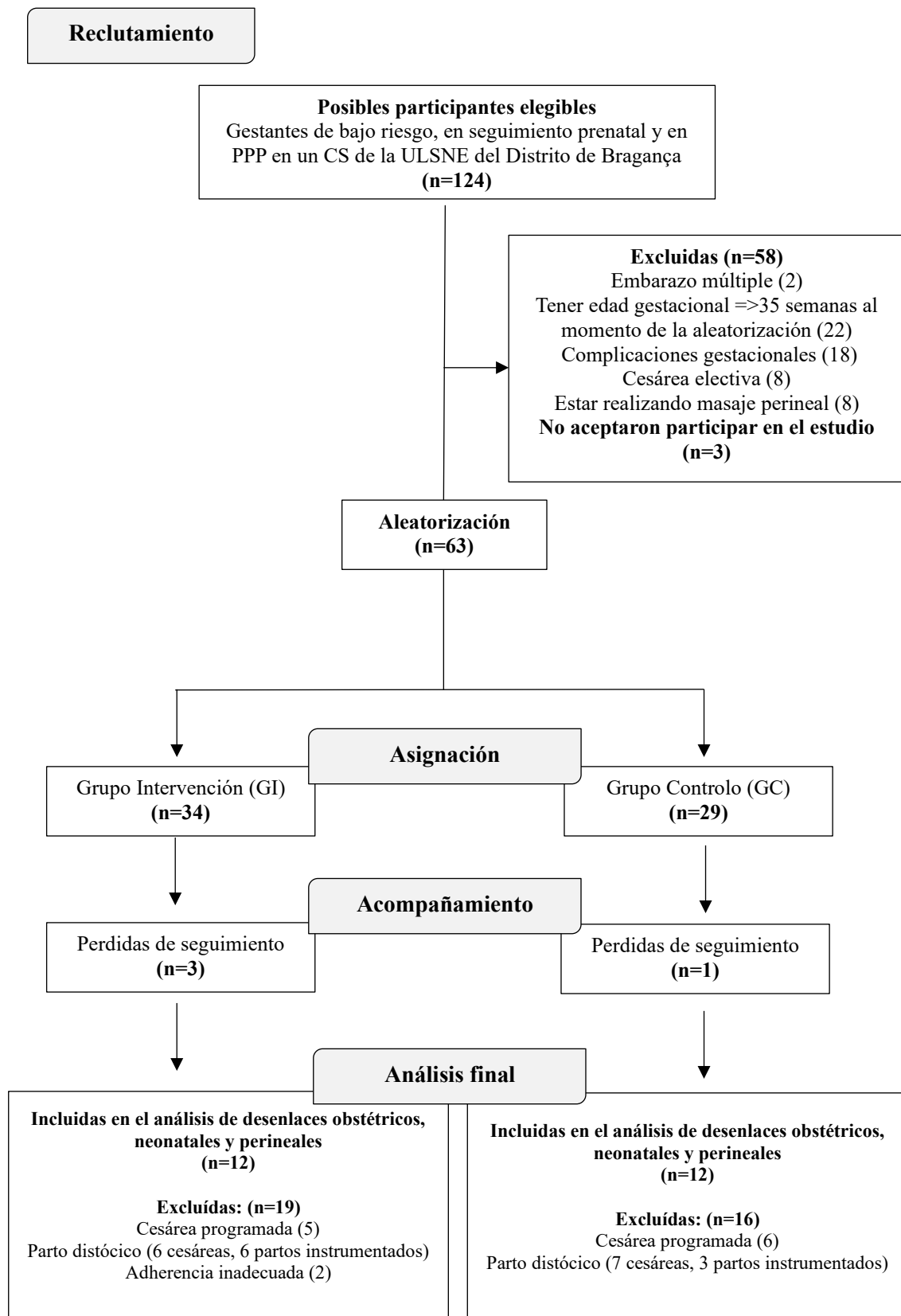
La participación de las mujeres en el estudio fue estrictamente voluntaria, precedida de una información completa sobre el alcance y los objetivos del mismo. Se garantizó el anonimato absoluto de sus identidades, así como la confidencialidad total de los datos recogidos, asegurando que dicha información fuera utilizada exclusivamente para los fines de este estudio científico. Al inicio del estudio, cada participante recibió un formulario de consentimiento informado, claro y libre de coacción, lo que permitió una decisión consciente y voluntaria sobre su participación, el cual fue debidamente firmado.

4.8. Resultados

A figura 2 se presenta el diagrama de flujo del ensayo clínico aleatorizado para tratamientos no farmacológicos siendo elaborado conforme las directrices del *Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials (SPIRIT)* (Chan et al., 2013).

Figura 2

Diagrama de flujo de un ensayo clínico aleatorizado para tratamientos no farmacológicos.



(Adaptado de Schulz et al., 2010)

El proceso de reclutamiento se inició en junio de 2024 y finalizó en enero de 2025. Inicialmente, se identificaron 124 mujeres embarazadas de bajo riesgo, en seguimiento prenatal, e incluidas en las sesiones de PPP en centros de atención primaria de la ULSNE, en el distrito de Bragança.

De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión del estudio, 58 de ellas no cumplían con los requisitos de elegibilidad. Entre las razones se encontraron: gestación múltiple (2); edad gestacional igual o superior a 35 semanas en el momento de la aleatorización (22); complicaciones asociadas al embarazo (18); cesárea electiva (8); y práctica previa de masaje perineal (8). De este modo, de las 66 participantes elegibles, 3 rechazaron participar tras la invitación formal.

Fueron aleatorizadas 63 mujeres, de las cuales el 54% (34) fueron asignadas al grupo de intervención y el 46% (29) al grupo de control.

Del grupo intervención (34), se perdió el seguimiento de tres participantes. Se excluyeron cinco por cesárea programada y dos por adherencia inadecuada y no cumplimiento del protocolo establecido. Así, quedaron disponibles el 70,6% (24) de las 34 embarazadas iniciales. De estas 24, se excluyeron doce del análisis de los desenlaces perineales debido al tipo de parto distócico. Por lo tanto, se consideraron las 24 en el estudio de la adherencia al masaje perineal y 12 en el análisis preliminar de su efecto en la reducción del trauma perineal.

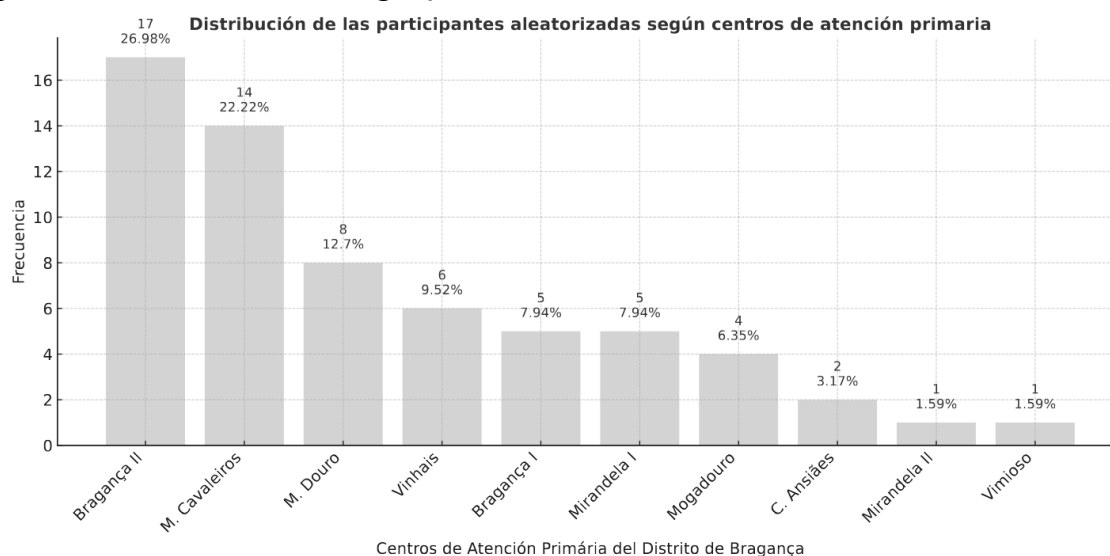
Respecto al grupo de control, de las 29 participantes iniciales se perdió el seguimiento de una. Se excluyeron seis por cesárea programada, resultando en un total del 75,9% (22) de las embarazadas iniciales. De estas 22, diez fueron excluidas debido a parto distócico.

En resumen, de las 66 participantes elegibles, fueron reclutadas el 95,5% (63); de estas, el 6,3% (4) abandonaron el estudio por diferentes motivos, y la tasa de retención fue del 38,1%.

La figura 3 ilustra la distribución de las participantes aleatorizadas (n=63) según el centro de atención primaria donde realizaban su seguimiento prenatal, en el distrito de Bragança.

Figura 3

Distribución de las participantes aleatorizadas (n=63) según su centro de atención primaria en el distrito de Bragança.



De acuerdo con el gráfico de la Figura 3, se verifica que el 26,98% (17) de las mujeres embarazadas incluidas en el estudio eran atendidas en el Centro de Salud de Bragança II, y el 22,22% (14) en el Centro de Salud de Macedo de Cavaleiros, representando en conjunto el 49,20% de la muestra. El 50,80% restante correspondía a mujeres seguidas en los centros de Miranda do Douro, Vinhais, Bragança I, Mirandela I y II, Mogadouro, Carrazeda de Ansiães II y Vimioso.

A las participantes aleatorizadas se les planteó la cuestión sobre el conocimiento previo del masaje perineal y el 80,95% afirmó no conocer dicha práctica. Por lo tanto, la prevalencia de conocimiento del masaje perineal entre las participantes fue del 19,05%, siendo abordadas en promedio con una edad gestacional de $31,99 \pm 2,31$ semanas.

Adherencia de las mujeres embarazadas a la intervención (masaje perineal prenatal)

En esta sección se presentan los resultados relativos a la adherencia de las participantes al programa de masaje perineal.

En la Tabla 3 se muestra la caracterización del programa propuesto al grupo de intervención según la frecuencia y duración.

Tabla 3

Caracterización de la frecuencia y duración del masaje perineal en el grupo de intervención (n = 24)

	Mínimo	Máximo	$\bar{X} \pm s$
N.º días de realización	10	43	23,63 $\pm$ 9,85
N.º días de no realización	0	32	9,79 $\pm$ 9,33
% días realización	23,81	100	72,99 $\pm$ 22,93
Semanas de tratamiento	1,86	7,43	4,77 $\pm$ 1,56
Promedio de masajes por semana	1,67	7	5,11 $\pm$ 1,61
Duración media por masaje (min)	4,87	16,94	9,53 $\pm$ 3,32

$\bar{X} \pm s$ – media $\pm$ desviación estándar

La media de realización del masaje perineal fue del 72,99 $\pm$ 22,93%, lo que indica un nivel de compromiso considerado aceptable en el contexto de estudios de intervención. Asimismo, la frecuencia media semanal de 5,11 $\pm$ 1,61 sesiones superaron el mínimo recomendado, lo que demuestra tanto la viabilidad de la técnica en la práctica clínica como la disposición de las embarazadas para integrarla en su rutina prenatal.

En relación con la duración del tratamiento, las participantes mantuvieron la práctica durante un promedio de 4,77 $\pm$ 1,56 semanas, iniciando a partir de la semana 34 de gestación, con una duración media por sesión de 9,53 $\pm$ 3,32 minutos. Estos valores confirman la factibilidad de implementar el masaje perineal en la rutina prenatal, cumpliendo con el rango recomendado (entre 5 y 10 minutos por sesión), lo que puede considerarse un resultado muy favorable en términos de adherencia y viabilidad de la intervención.

La Tabla 4 describe la distribución porcentual entre los masajes perineales realizados por las propias participantes (automasajes) y aquellos realizados por la persona significativa.

Tabla 4

Caracterización de la modalidad de realización del masaje perineal en el grupo de intervención (n = 24)

	Mínimo	Máximo	$\bar{X} \pm s$
% de automasajes realizados	0 (n=5)	100 (n=8)	54,22±44,10
% de masajes realizados por otra persona	0	100	45,19±43,75

$\bar{X} \pm s$ – media $\pm$ desviación estándar

De las 24 participantes que adhirieron al programa, cinco (20,8%) informaron no haber realizado nunca automasaje, mientras que ocho (33,3%) indicaron haberlo realizado en el 100% de las ocasiones. El análisis de los datos mostró que, en promedio, el 54,22% ($\pm 44,10$) de las sesiones de masaje fueron realizadas por la propia embarazada, mientras que el 45,19% ($\pm 43,75$) fueron llevadas a cabo por una persona significativa de su elección.

Se les preguntó si repetirían el programa de masaje perineal y todas respondieron afirmativamente. Asimismo, todas manifestaron que lo recomendarían a otras mujeres embarazadas. En relación con la utilidad del programa para la preparación del periné de cara al parto, 15 participantes (62,5%) lo consideraron muy útil, 8 (33,3%) útil, y 1 (4,2%) señaló no tener una opinión formada al respecto.

En la Tabla 5 se presenta la caracterización sociodemográfica y clínico-obstétrica de las participantes con parto eutócico, por grupo, en el momento de la aleatorización.

Tabla 5

Caracterización sociodemográfica y clínico-obstétrica de las participantes con parto eutócico por grupo (n = 24)

Características		Grupo		Total n (%)	Test independencia/ Test Mann- Whitney
		Intervención n (%)	Control n (%)		
Edad	$\bar{X} \pm s$	29,58±5,14	31,42±4,42	30,50±4,78	Z=0,986 p=0,324
Etnia	Blanca	11 (91,7)	12 (100,0)	23 (95,8)	$\chi^2=1,043$ p=0,999*
	Latina	1 (8,3)	0 (0,0)	1 (4,2)	
	Total	12 (100)	12 (100)	24 (100)	
Estado Civil	Soltera	5 (41,7)	4 (33,3)	9 (37,5)	$\chi^2=0,178$ p=0,999*
	Casada/ Unión de hecho	7 (58,3)	8 (66,7)	15 (62,5)	
	Total	12 (100)	12 (100)	24 (100)	
Nivel Educativo	Básico	1 (8,3)	0 (0,0)	1 (4,2)	$\chi^2=1,229$ p=0,999*
	Secundario	5 (41,7)	6 (50,0)	11 (45,8)	
	Licenciatura	4 (33,3)	4 (33,3)	8 (33,3)	
	Posgrado	2 (16,7)	2 (16,7)	4 (16,7)	
	Total	12 (100)	12 (100)	24 (100)	

Hábitos Tabáquicos	No	10 (83,3)	10 (83,3)	20 (83,3)	$\chi=0,001$ $p=0,999^*$
	Si	2 (16,7)	2 (16,7)	4 (16,7)	
	Total	12 (100)	12 (100)	24 (100)	
Práctica Ejercicio Flexibilidad	No	9 (75,0)	10 (83,3)	19 (79,2)	$\chi=0,253$ $p=0,999^*$
	Si	3 (25,0)	2 (16,7)	5 (20,8)	
	Total	12 (100)	12 (100)	24 (100)	
IMC Pregestacional	$\bar{X}\pm s$	25,65 $\pm$ 3,86	24,68 $\pm$ 3,37	25,16 $\pm$ 3,58	$Z=-0,693$ $p=0,514$
Edad Gestacional (aleatorización)	$\bar{X}\pm s$	32,02 $\pm$ 2,91	31,95 $\pm$ 1,63	31,99 $\pm$ 2,31	$Z=-0,927$ $p=0,378$
Paridad	Nulípara	9 (75,0)	9 (75,0)	18 (75,0)	$\chi=0,001$ $p=0,999^*$
	Primípara/Multípara	3 (25,0)	3 (25,0)	6 (25,0)	
	Total	12 (100)	12 (100)	24 (100)	

$\bar{X}\pm s$ – média $\pm$ desviación estándar; χ – estadístico del test de independencia; Z – estadística del test Mann-Whitney para dos muestras independientes; p – valor de significación; * - test exacto de Fisher

La caracterización sociodemográfica y clínico-obstétrica de las participantes evidenció una equivalencia estadística entre los grupos de intervención y control, conforme lo demuestran los análisis aplicados. En particular, la edad media, el IMC pregestacional y la edad gestacional fueron muy similares entre los grupos. Asimismo, se constató homogeneidad en cuanto a etnia, estado civil, nivel educativo, hábito tabáquico y práctica de actividad física.

Esta homogeneidad confirma la eficacia del proceso de aleatorización y del emparejamiento por paridad — variable reconocidamente asociada al riesgo de trauma perineal (Beckmann & Stock, 2013) —, garantizando que los resultados relativos a la intervención no estén influenciados por desequilibrios basales. Tal consistencia metodológica resulta esencial, especialmente en estudios piloto, donde se busca evaluar tanto la viabilidad como el efecto preliminar de una intervención, como es el caso del masaje perineal prenatal (Eldridge et al., 2016; Thabane et al., 2010).

En consecuencia, se concluye que los grupos iniciales presentaban condiciones sociodemográficas y clínico-obstétricas estadísticamente equivalentes.

En la Tabla 6 se presentan los resultados obstétricos y neonatales por grupo, considerando las mujeres con parto eutócico ($n = 24$).

Tabla 6

Resultados obstétricos y neonatales de las participantes con parto eutócico, por grupo (intervención vs. control), (n = 24)

Características		Grupo		Total n (%)	Test independencia/Test Mann-Whitney
		Intervención n (%)	Control n (%)		
Local de Parto	Hospital A	2 (16,7)	2 (16,7)	4 (16,7)	$\chi^2=2,245$ p=0,999*
	Hospital B	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (4,2)	
	Hospital C	8 (66,7)	8 (66,7)	16 (66,7)	
	Hospital D	1 (8,3)	1 (8,3)	2 (8,3)	
	Hospital E	1 (8,3)	0 (0,0)	1 (4,2)	
Duración TP	$\bar{X} \pm s$	8,75 $\pm$ 5,34	9,08 $\pm$ 5,81	8,91 $\pm$ 5,46	Z=-0,029 p=0,997
Posición Materna Expulsivo	Litotomía	10 (83,3)	11 (91,7)	21 (87,5)	$\chi^2=0,381$ p=0,999*
	Vertical	2 (16,7)	1 (8,3)	4 (12,5)	
Dolor perineal posparto (48h)	Sin dolor	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (50,0)	$\chi^2=2,187$ p=0,644*
	Dolor leve	3 (25,0)	2 (16,7)	5 (20,8)	
	Dolor moderado	2 (16,7)	4 (33,3)	6 (25,0)	
	Dolor intenso	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (4,2)	
Analgesia Epidural	No	3 (25,0)	0 (0,0)	3 (12,5)	$\chi^2=3,429$ p=0,217*
	Si	9 (75,0)	12 (100)	21 (87,5)	
Peso RN	$\bar{X} \pm s$	3145,00 $\pm$ 228,63	3001,67 $\pm$ 472,06	3073,33 $\pm$ 370,05	Z=-0,808 p=0,443
Perímetro Cefálico RN	$\bar{X} \pm s$	33,79 $\pm$ 1,01	33,67 $\pm$ 1,54	33,73 $\pm$ 1,28	Z=-0,089 p=0,932
I. Apgar 1º m	$\bar{X} \pm s$	9,08 $\pm$ 0,67	8,75 $\pm$ 0,97	8,92 $\pm$ 0,83	Z=-0,746 p=0,514
I. Apgar 5º m	$\bar{X} \pm s$	9,83 $\pm$ 0,58	9,58 $\pm$ 0,79	9,71 $\pm$ 0,69	Z=-1,025 p=0,514
I. Apgar 10º m	$\bar{X} \pm s$	9,83 $\pm$ 0,58	9,75 $\pm$ 0,62	9,79 $\pm$ 0,59	Z=-0,553 p=0,755
Edad Gestacional al Parto	$\bar{X} \pm s$	38,80 $\pm$ 1,51	38,90 $\pm$ 1,14	38,85 $\pm$ 1,31	Z=-0,348 p=0,755

$\bar{X} \pm s$ – média $\pm$ desviación estándar; χ^2 – estadístico del test de independencia; Z – estadística del test Mann-Whitney para dos muestras independientes; p – valor de significación; *- test exacto de Fisher

En cuanto al lugar del parto, la mayoría de las participantes en ambos grupos dio a luz en el Hospital C, sin asociación significativa entre grupo y lugar de parto (p = 0,999). El tiempo medio de trabajo de parto fue similar entre los grupos: 8,75 $\pm$ 5,34 horas en el grupo de intervención y 9,08 $\pm$ 5,81 horas en el grupo de control (p = 0,997).

Con respecto a la posición durante el parto, la litotomía fue la postura predominante en ambos grupos. En el análisis de la percepción de dolor perineal 48 horas después del parto, se observó una distribución ligeramente más favorable en el grupo de intervención,

donde siete mujeres reportaron ausencia de dolor, frente a cinco en el GC. A pesar de esta diferencia, no se halló significación estadística ($p = 0,644$).

En cuanto al uso de analgesia epidural, únicamente tres mujeres del grupo de intervención no hicieron uso de esta, sin diferencia significativa entre los grupos ($p = 0,217$).

Los resultados neonatales también fueron similares. El peso medio al nacer fue de $3145,00 \pm 228,63$ g en el grupo de intervención y de $3001,67 \pm 472,06$ g en el grupo de control. Igualmente, no se observaron diferencias relevantes en el perímetro cefálico, en el índice de Apgar ni en la edad gestacional al momento del nacimiento.

En la Tabla 7 se presentan los resultados perineales por grupo, considerando las mujeres con parto eutócico ($n = 24$).

Tabla 7

Resultados perineales de las participantes con parto eutócico, por grupo (intervención vs. control), ($n = 24$)

Características		Grupo		Total n (%)	Test independencia/Test Mann-Whitney
		Intervención n (%)	Control n (%)		
Episiotomía	No	10 (83,3)	6 (50,0)	16 (67,7)	$\chi = 3,000$ $p = 0,193^*$
	Si	2 (16,7)	6 (50,0)	8 (33,3)	
Desgarro Perineal	No	8 (66,7)	8 (66,7)	16 (66,7)	$\chi = 1,141$ $p = 0,999^*$
	Grado I	4 (33,3)	3 (25,0)	7 (29,2)	
	Grado II	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (4,2)	
Trauma Perineal	No	6 (50,0)	2 (16,7)	8 (33,3)	$\chi = 3,000$ $p = 0,193^*$
	Si	6 (50,0)	10 (83,3)	16 (67,7)	

$\bar{X} \pm s$ – média $\pm$ desviación estándar; χ – estadístico del test de independencia; Z – estadístico del test Mann-Whitney para dos muestras independientes; p – valor de significación; * - test exacto de Fisher

No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la realización del masaje perineal en el período prenatal y la ocurrencia de trauma perineal durante el parto

($p=0,193$). A pesar de la falta de significancia estadística, se identificó una tendencia hacia la preservación del perineo íntegro en el grupo que realizó el masaje (50,0% vs. 16,7%), así como una menor tasa de episiotomía (16,7% vs. 50,0%) en comparación con el grupo control.

Aunque las diferencias observadas no resultaron significativas desde el punto de vista estadístico —lo cual era esperable en un estudio piloto con muestra reducida—, la menor frecuencia y gravedad del trauma perineal en el grupo de intervención constituye un hallazgo clínicamente pertinente, que debe ser considerado en la interpretación de los resultados.

En la Tabla 8 se presentan los resultados de la adherencia al masaje en relación con la presencia o ausencia de trauma perineal.

Tabla 8

Comparación de los resultados de adherencia al masaje perineal en función de la presencia de trauma perineal en el parto eutócico ($n = 12$)

Características		Trauma		Total n (%)	Prueba de Mann-Whitney
		No n (%)	Si n (%)		
Número semanas de tratamiento	$\bar{X} \pm s$	5,67 $\pm$ 0,77	3,74 $\pm$ 1,45	4,70 $\pm$ 1,50	Z=-2,085 p=0,037
Número de masajes por semana	$\bar{X} \pm s$	4,77 $\pm$ 1,47	5,97 $\pm$ 1,63	5,37 $\pm$ 1,61	Z=-1,696 p=0,090
Duración del masaje(min)	$\bar{X} \pm s$	10,66 $\pm$ 2,89	7,27 $\pm$ 2,34	8,96 $\pm$ 3,07	Z=-2,005 p=0,041
Número automasajes	$\bar{X} \pm s$	12,50 $\pm$ 12,74	10,83 $\pm$ 8,30	11,67 $\pm$ 10,29	Z=-0,081 p=0,937
Número masajes realizado por otro	$\bar{X} \pm s$	14,17 $\pm$ 15,64	11,17 $\pm$ 15,26	12,67 $\pm$ 14,82	Z=-0,499 p=0,699

$\bar{X} \pm s$ – média $\pm$ desviación estándar; χ – estadístico del test de independencia; Z – estadístico del test Mann-Whitney para dos muestras independientes; p – valor de significación; *- test exacto de Fisher

Atendiendo a la tabla anterior, se observa que, en relación con el número de semanas de tratamiento con masaje, las mujeres que presentaron periné íntegro realizaron el masaje durante una media de $5,67 \pm 0,77$ semanas, mientras que aquellas con trauma perineal lo hicieron durante $3,74 \pm 1,45$ semanas. Según la prueba no paramétrica de Mann-Whitney,

esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$), lo que indica que las mujeres con periné íntegro realizaron el masaje perineal durante un período significativamente mayor.

En cuanto al número de masajes por semana, las mujeres sin trauma realizaron una media de $4,77 \pm 1,47$, frente a $5,97 \pm 1,63$ en las que presentaron trauma. No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,090$).

Respecto al tiempo medio por sesión, las gestantes sin trauma registraron un promedio de $10,66 \pm 2,89$ minutos, superior al de las gestantes con trauma ($7,27 \pm 2,34$ minutos), diferencia que fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$), lo que indica una duración significativamente mayor de las sesiones en el grupo sin trauma.

En lo que respecta al número medio de automasajes, se observaron medias de $12,50 \pm 12,74$ y $10,83 \pm 8,30$ en los grupos sin y con trauma, respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,937$). Del mismo modo, el número medio de masajes realizados por otra persona fue de $14,17 \pm 15,64$ en el grupo sin trauma y de $11,17 \pm 15,26$ en el grupo con trauma, sin diferencias significativas ($p = 0,699$).

4.9. Discusión de los resultados

Viabilidad de la Intervención

El presente estudio piloto alcanzó una tasa de reclutamiento extremadamente elevada, del 95,5%, lo que evidencia la eficacia en la captación del interés de la población objetivo, el reconocimiento de la relevancia del problema por parte de las participantes y la aceptación de la intervención propuesta. Este es un indicador sólido de viabilidad y aceptabilidad, en consonancia con la literatura que reconoce el papel esencial de los estudios piloto en la identificación de desafíos operativos antes de avanzar hacia un ensayo a gran escala (Leon et al., 2011; Thabane et al., 2010).

En este estudio, la tasa final de retención fue del 38,1%, con una baja tasa de abandono directo (6,3%), pero una elevada proporción de exclusiones por protocolo (55,6%). Estos valores requieren un análisis detallado. Según el Duke Global Health Institute (2017), se recomienda alcanzar tasas de retención superiores al 70% para asegurar un poder estadístico adecuado y minimizar el sesgo.

Aunque la baja tasa de abandono sugiere que las participantes aceptaron la intervención y permanecieron voluntariamente en el estudio —lo cual se considera un resultado óptimo (Fewtrell et al., 2008; Dettori, 2011; Schulz et al., 2002)—, la alta tasa de exclusiones por protocolo, en su mayoría debidas a cesáreas y partos instrumentales (90,5%), redujo significativamente el tamaño muestral disponible para el análisis final. Es decir, a pesar del éxito en el reclutamiento, será fundamental implementar estrategias para reducir las pérdidas metodológicas antes de proceder a un ensayo clínico de mayor escala. Este fenómeno no es infrecuente en estudios perinatales, pero requiere un abordaje estratégico.

Como señalan Walters et al. (2017), una alternativa viable consiste en aumentar deliberadamente el tamaño muestral inicial, anticipando una tasa esperada de pérdidas e incorporándola al cálculo del poder estadístico. Otra estrategia útil sería seleccionar, en futuros ensayos clínicos, instituciones ubicadas en regiones del país con tasas más bajas de partos distócicos, lo que favorecería no solo la optimización de recursos y la reducción del tiempo necesario para alcanzar los desenlaces previstos, sino también la expansión sustancial del número de casos elegibles para el análisis final, evitando pérdidas innecesarias y aumentando tanto la eficiencia del estudio como su validez externa.

En este estudio, la tasa de cesáreas observada entre las participantes fue del 42,1%, cifra que supera la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, que establece una tasa ideal entre el 10-15% (OMS, 2015). Este resultado es coherente con las estadísticas nacionales más recientes, que indican que en 2021 el 37% de los partos en Portugal fueron realizados por cesárea, con especial incidencia en los hospitales privados, donde la tasa alcanzó el 65,9% (Entidad Reguladora de la Salud [ERS], 2023). Los hallazgos sugieren que el miedo al trauma perineal podría influir de manera significativa en la decisión sobre el tipo de parto.

Conocimiento del masaje perineal prenatal

El presente estudio identificó que el 19,05% de las gestantes declararon conocer el masaje perineal prenatal cuando fueron consultadas, en promedio, a las 32 semanas de gestación. No se encontraron estudios nacionales publicados que permitieran una comparación directa con este hallazgo; sin embargo, este bajo nivel de conocimiento es coherente con la percepción clínica actual. Según Sousa (2021), a pesar de los esfuerzos por promover

el conocimiento sobre el masaje perineal en sesiones de preparación al parto en una localidad portuguesa, la mayoría de las mujeres no practicó la técnica durante el embarazo, principalmente por desconocimiento sobre su ejecución y eficacia en la prevención del trauma perineal.

En un estudio transversal reciente realizado en Tailandia, solo el 15,3% de las 144 gestantes encuestadas refirió tener conocimiento previo sobre el masaje perineal prenatal, resultado similar al observado en el presente estudio (Meeprom et al., 2023). A pesar de no conocer la técnica, la mayoría de las mujeres mostró interés en practicarla (83,3%) tras recibir información sobre sus posibles beneficios. Estos datos refuerzan la evidencia de que la aceptabilidad del masaje perineal puede ser significativamente elevada, incluso en poblaciones con bajo nivel de concienciación previa, cuando se proporciona orientación profesional adecuada.

En un estudio descriptivo realizado en España con 78 puérperas, se observó que el 61,5% conocía el masaje perineal entre las semanas 37 y 42 de gestación. Sin embargo, solo el 21,3% refirió haberlo practicado durante el embarazo. Los autores señalaron, además, que la mayoría de las participantes no asistía a clases de educación maternal. También se observó que las mujeres con conocimiento previo tendían a tener un nivel educativo más alto y una ocupación profesional activa, lo que sugiere la influencia de determinantes socioeconómicos en el acceso a la información en salud (García Pila, Villa Jaime, & Romero Pérez, 2023).

En Oriente Medio, particularmente en Arabia Saudita, un estudio transversal realizado en 2020 con 113 puérperas primíparas demostró que el 69% desconocía el masaje perineal prenatal, siendo solo el 31% consciente de la técnica (Metwally & Attas, 2020). Una investigación más reciente (2024), en el mismo país, identificó que aproximadamente el 47,5% de las gestantes entrevistadas había oído hablar del masaje perineal prenatal (Baradwan et al., 2024).

A pesar de las recomendaciones emitidas por organismos de referencia en salud materna y obstétrica (NICE, RCOG, FAME, CEESMO), que sugieren el uso del masaje perineal como medida preventiva, persiste un desconocimiento generalizado entre las gestantes. Esta laguna compromete, desde la perspectiva de la promoción de la salud, el potencial preventivo de la técnica en el contexto obstétrico. Por tanto, es fundamental que el

abordaje del masaje perineal vaya más allá de una mención superficial, estructurando una intervención educativa sistematizada, basada en la evidencia científica disponible.

Asimismo, se requieren más estudios descriptivos que permitan identificar deficiencias en los procesos educativos actuales y delinear estrategias de mejora. Estudios recientes destacan múltiples barreras enfrentadas por las EESMOS en la promoción del masaje perineal durante el prenatal. Según Zhang et al. (2024), el 62,3% de las profesionales encuestadas no se sentían capacitadas para enseñar la técnica; el 57,8% señaló la falta de tiempo como una limitación relevante, y el 48,6% mencionó la ausencia de directrices clínicas estandarizadas como un obstáculo. También se identificaron barreras culturales y de incomodidad por parte de las usuarias, siendo que el 38,4% de las EESMOS indicaron que las gestantes mostraban reticencia o pudor ante la técnica. Aun así, el 72,9% de las profesionales reconocía el potencial preventivo del masaje perineal y defendía su inclusión en los programas de preparación al parto.

De forma similar, una revisión sistemática conducida por Andrews et al. (2023) evidenció que la falta de formación específica y la inconsistencia de las recomendaciones clínicas constituyen factores críticos que dificultan la adopción de la técnica. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de invertir en programas de formación profesional continua, con el objetivo de mejorar el conocimiento y la actitud respecto al masaje perineal prenatal, lo que podría traducirse en mejoras significativas en la práctica clínica y, en consecuencia, en la prevención de traumas perineales durante el parto. A la luz de esta evidencia, el masaje perineal debería ser fomentado activamente en las sesiones de PPP.

Adherencia al masaje perineal prenatal

En el presente estudio, apenas dos mujeres del grupo de intervención no cumplieron los criterios mínimos establecidos por protocolo, debido a una adherencia inadecuada. Las restantes participantes demostraron un compromiso consistente a la práctica del masaje perineal, realizando en promedio 5,11 sesiones por semana durante un período medio de 4,77 semanas hasta el parto. Cada sesión tuvo una duración media de 9,53 minutos, siendo la técnica aplicada tanto mediante automasaje como por la pareja o una persona significativa, en proporciones similares (54,22% y 45,19%, respectivamente). Este nivel

de adherencia sugiere que la práctica fue bien aceptada e integrada en la rutina de las gestantes.

La ligera discrepancia entre la frecuencia recomendada y la frecuencia observada podría reflejar limitaciones comunes reportadas en otros estudios, como el cansancio, el miedo a causar daño, el pudor, el olvido o la falta de tiempo (Monguilhott et al., 2023). Sería pertinente que investigaciones futuras profundicen en los factores que afectan la adherencia al masaje perineal, a fin de diseñar intervenciones educativas y estrategias de apoyo más efectivas que promuevan su práctica sostenida durante el embarazo. Aun así, el hecho de que la duración media por sesión se haya mantenido dentro de los parámetros recomendados (entre 5 y 10 minutos) refuerza el compromiso de las participantes con la práctica y su capacidad para integrarla en la rutina semanal. Estos datos sugieren que la intervención fue factible y bien recibida, sobre todo considerando la alta aceptación reportada por las participantes, tema que se desarrollará más adelante.

Resultados muy similares fueron identificados en un estudio piloto reciente realizado con población brasileña. Según Monguilhott et al. (2022), en una muestra de 44 gestantes que practicaron el masaje perineal prenatal, el 54% de las sesiones fueron realizadas por la propia mujer (automasaje) y el 46% por su pareja, evidenciando también una amplia participación de los compañeros en la técnica. En dicho estudio, las mujeres realizaron el masaje perineal en promedio unas cinco veces por semana, con una duración media por sesión ligeramente inferior (7,5 minutos) a la observada en el presente estudio.

En el ensayo clínico aleatorizado de Labrecque et al. (2001), solo el 46% de las participantes realizaron el masaje de forma regular (tres a cuatro veces por semana o más), mientras que el 26% lo practicaron de manera esporádica y el 28% no lo realizaron, a pesar de haber recibido orientación previa. En el presente estudio, únicamente dos participantes no realizaron el masaje (7,6%).

Diversos factores han sido identificados en la literatura como facilitadores de la adherencia al masaje perineal durante el embarazo. La percepción de beneficios claros para el momento del parto constituye uno de los principales motivos mencionados por las gestantes (Chiengthong, Pongrojpaew, & Chawanpaiboon, 2023). Las clases de preparación al parto, generalmente dirigidas por matronas, son consideradas las principales fuentes de información sobre la técnica (Ismail & Emery, 2013). El fomento

de la autonomía en el cuidado de la propia salud y el acompañamiento profesional se presentan como estrategias eficaces para promover la adherencia, siendo mayor la receptividad cuando el masaje es recomendado y supervisado por profesionales sanitarios.

La participación de la pareja o persona significativa fue referida en el 45,2% de las sesiones, evidenciando su implicación en los cuidados prenatales y en la preparación del periné. Además de facilitar la ejecución de la técnica —especialmente en las etapas avanzadas del embarazo—, el involucramiento del compañero contribuye al fortalecimiento del vínculo conyugal y al desarrollo de un sentimiento de corresponsabilidad. Estudios cualitativos confirman que esta participación promueve una mayor cercanía emocional en la pareja y refuerza el rol activo del compañero en la preparación para el parto (Monguilhott et al., 2022; Tomasi et al., 2021; Ellington, Rizk, & Criso, 2017). Los resultados del presente estudio están en consonancia con dicha evidencia, ya que el masaje perineal facilitó la implicación del compañero en el seguimiento prenatal, convirtiéndolo en un participante activo del proceso gestacional.

Aceptabilidad del masaje perineal prenatal

El estudio demostró una elevada aceptabilidad del masaje perineal prenatal entre las participantes del grupo de intervención. Todas afirmaron que repetirían el programa en un futuro embarazo y que lo recomendarían a otras gestantes, lo que indica un alto grado de satisfacción con la experiencia. Estos datos reflejan una fuerte aprobación de la técnica, sugiriendo que, cuando es adecuadamente orientada, el masaje perineal es bien recibido y valorado por las mujeres embarazadas.

La experiencia positiva vivida con la práctica refuerza la viabilidad del masaje perineal como intervención en un futuro ensayo clínico. Esta disposición unánime a repetirla sugiere un alto potencial de adherencia voluntaria en futuras gestaciones. Además, la intención de recomendar la práctica a otras mujeres indica que la técnica puede difundirse espontáneamente por vía interpersonal, reforzando su potencial como herramienta complementaria en estrategias de educación maternal.

La mayoría de las participantes consideró la intervención útil para la preparación del periné de cara al parto, siendo que un 62,5% la calificó como “muy útil” y un 33,3% como “útil”. Es particularmente relevante destacar que, independientemente del tipo de parto que hayan tenido, el 95,8% declaró haber percibido utilidad en preparar el periné. Este hallazgo es significativo, ya que refuerza la idea de que la efectividad percibida de la técnica trasciende el tipo de parto, siendo valorada por las mujeres como un instrumento útil de preparación.

La evidencia indica que las mujeres que realizan el masaje perineal tienden a mostrar altos índices de aceptabilidad y satisfacción. Labrecque et al. (2001) observaron que el 79% de las mujeres afirmaron que volverían a practicar la técnica en un embarazo futuro (IC 95%: 76%–82%) y el 87% indicaron que la recomendarían a otras gestantes (IC 95%: 84%–90%).

Asimismo, en un estudio llevado a cabo por Monguilhott et al. (2022), se registró una alta aceptabilidad de la práctica del masaje perineal prenatal entre las participantes. Específicamente, el 97,6% manifestó que volvería a realizar la técnica en embarazos futuros, y el 100% declaró que la recomendaría a otras mujeres embarazadas.

En un estudio transversal que evaluó la aceptabilidad del masaje perineal prenatal en 158 púérperas en el posparto inmediato, en una maternidad del Reino Unido, se observó que el 61,4% de las participantes consideraron la técnica como “favorable” o “muy favorable”, reflejando una actitud positiva hacia su uso. Aunque solo el 37,2% de las mujeres tenía conocimiento previo sobre el masaje perineal, la mayoría lo consideró beneficioso, especialmente cuando se asociaba a resultados positivos durante el parto (Ismail & Emery, 2013).

La aceptabilidad también se relaciona con la percepción del beneficio y la utilidad de la técnica. Estudios cualitativos indican que las mujeres que practican el masaje perineal durante el embarazo desarrollan una mayor conciencia corporal, ya que la técnica les permite percibir cambios en el periné a medida que avanza el tratamiento, siendo frecuente la referencia a una mayor elasticidad percibida en la región (Monguilhott, J.J.C. et al., 2023).

Efecto preliminar del masaje perineal prenatal en la reducción del trauma perineal

Una cuestión central que surge a partir de los hallazgos de este estudio es la siguiente: ¿en qué medida el efecto del masaje perineal en la preservación de la integridad perineal depende de la adherencia a la práctica? Más específicamente, ¿cuál es el impacto de la “dosificación” —en términos de frecuencia semanal, duración de las sesiones y número total de semanas de aplicación— sobre los desenlaces perineales observados?

Hasta el momento, la evidencia científica disponible no se ha centrado en una evaluación estandarizada del protocolo de masaje perineal en sí, existiendo variaciones significativas entre los ensayos clínicos en cuanto a la duración de la intervención, la frecuencia semanal, la forma de aplicación (autónoma o asistida) e incluso la técnica utilizada.

En lugar de ello, la literatura compara protocolos distintos con grupos control (sin masaje), lo que significa que las evidencias sobre las características de la intervención provienen, principalmente, de comparaciones entre estudios o de análisis de subgrupos dentro de los propios estudios. Esta heterogeneidad metodológica dificulta la comparabilidad entre investigaciones y compromete la consistencia de los resultados reportados, introduciendo un sesgo que limita la generalización de las conclusiones.

Los datos del presente estudio sugieren que la duración total de la intervención a lo largo de las semanas y el tiempo medio dedicado a cada sesión de masaje perineal están asociados con mejores resultados perineales. Las gestantes con perineo íntegro realizaron el protocolo, en promedio, durante más semanas (5,67 vs. 3,74 semanas) y con una mayor duración por sesión (10,66 vs. 7,27 minutos).

Estos hallazgos apoyan la hipótesis de una posible relación tipo dosis–respuesta, en la que el efecto protector del masaje perineal depende, en cierta medida, de la continuidad y del tiempo de dedicación a la técnica.

Este efecto parece estar sustentado por mecanismos fisiológicos ya discutidos en la literatura, según los cuales la repetición y el estímulo mecánico prolongado de un ejercicio de estiramiento, como el masaje perineal, inducen adaptaciones tisulares beneficiosas.

El estudio piloto de Freitas et al. (2019) evaluó los efectos del masaje perineal en la extensibilidad de los músculos del suelo pélvico en gestantes primíparas. Las participantes realizaron sesiones dos veces por semana, de 10 minutos cada una, a partir

de la semana 34 de gestación. La evaluación de la capacidad de distensión tisular se llevó a cabo mediante el dispositivo EPI-NO®. Los resultados mostraron un aumento progresivo de la distensibilidad a lo largo de las cuatro semanas de tratamiento, con un incremento semanal promedio de aproximadamente 0,65 cm por semana. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que la repetición y el estímulo mecánico regular promueven el estiramiento tisular.

Resultados consistentes se observaron en el ensayo clínico aleatorizado de Cabral et al. (2022), cuyo grupo de intervención presentó un aumento total de aproximadamente 2,6 cm en la extensibilidad de la musculatura del suelo pélvico tras cuatro semanas de práctica, también con 8 sesiones de masaje de 10 minutos cada una. Además, este fue el único grupo con una ganancia significativa en la fuerza muscular, con un aumento medio superior a 11 cm H₂O.

Estos datos refuerzan que la aplicación continua del masaje perineal produce beneficios progresivos tanto en la elasticidad como en la fuerza funcional del perineo, respaldando la existencia de una respuesta dependiente de la duración y la consistencia de la práctica. El aumento gradual de la distensibilidad tisular, asociado al fortalecimiento muscular derivado de la continuidad de la técnica, promueve una adaptación funcional de los tejidos que podría facilitar el trayecto fetal durante el parto y, en consecuencia, contribuir a la reducción de la incidencia de trauma perineal —tal como se verificó en los resultados del presente estudio, en el que las mujeres que realizaron el masaje durante un mayor número de semanas y con más tiempo de dedicación por sesión presentaron menor ocurrencia de trauma perineal.

A la luz de estos datos, nuestro estudio sugiere que sesiones consistentes de 11 minutos, así como la continuidad de la práctica durante 5 a 6 semanas, podrían ser más eficaces en la prevención del trauma perineal. Un metaanálisis también destaca la importancia de que la intervención se realice durante al menos cuatro semanas y señala que la eficacia del masaje perineal puede estar relacionada con la frecuencia y la estandarización de la práctica (Hajela et al., 2021).

Por otro lado, la frecuencia semanal de los masajes no mostró una asociación significativa con los desenlaces perineales, lo que sugiere que la regularidad por sí sola podría ser menos determinante que la duración, en número de semanas, de la práctica propuesta.

Se han observado diferentes niveles de eficacia en relación con la frecuencia del masaje perineal, según lo reportado en la evidencia científica. Según la revisión sistemática de Beckmann y Stock (2013), las mujeres que realizaron el masaje, en promedio, 1,5 veces por semana, experimentaron una reducción significativa del 16% en la incidencia del trauma (basado en dos ensayos con 1.500 mujeres; RR 0,84 [IC 95%: 0,74–0,96], NNT 9 [IC 95%: 6–18]) en comparación con el grupo control. En cambio, las mujeres que realizaron el masaje más de 3,5 veces por semana no presentaron una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de trauma que requirió sutura.

Sin embargo, desde entonces, algunos ensayos clínicos han demostrado que un aumento en la frecuencia del masaje perineal puede estar asociado con mejores resultados. De acuerdo con un metaanálisis de Hajela et al. (2021), se observó que la práctica diaria del masaje redujo el riesgo de laceraciones de primer grado en un 16% (RR = 0,84; IC 95%: 0,71–0,98). Otros autores han reportado hallazgos similares, como Labrecque et al. (1999) y Ugwu et al. (2018).

Estos resultados refuerzan la importancia de desarrollar ensayos clínicos que aborden de manera sistemática el protocolo de aplicación del masaje perineal, con el fin de explorar con mayor rigor el papel específico de cada componente de la adherencia —específicamente, la frecuencia, la duración de las sesiones y la continuidad del tratamiento a lo largo de las semanas— en el impacto clínico de la intervención.

4.10. Limitaciones del estudio

Teniendo en cuenta que el presente estudio no fue diseñado para probar hipótesis de eficacia, y considerando la limitación del tamaño muestral inherente a su naturaleza piloto, los resultados deben interpretarse con la debida cautela. No obstante, cumple su objetivo al aportar estimaciones preliminares valiosas que respaldan la planificación de futuros ensayos clínicos aleatorizados.

Una limitación metodológica relevante se relaciona con el hecho de que la intervención fue medida mediante reporte de las participantes, lo que puede introducir sesgo de información.

4.11. Conclusiones del estudio

Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, este es el primer estudio experimental realizado en Portugal sobre el masaje perineal en el período prenatal, en un contexto donde la incidencia de trauma perineal continúa siendo elevada. Asimismo, constituye la primera contribución nacional que documenta la prevalencia del conocimiento sobre esta técnica entre gestantes, revelando un nivel de conocimiento notablemente bajo.

La práctica se mostró factible y bien aceptada por la población objetivo, aunque se recomienda que futuros ensayos incorporen estrategias eficaces de retención, dada la elevada tasa de partos distócicos observada en esta muestra. Se obtuvieron estimaciones preliminares del efecto del masaje perineal en la reducción del trauma perineal en partos eutócicos, las cuales podrán ser utilizadas para calcular el tamaño muestral necesario para detectar efectos estadísticamente significativos en futuros ensayos clínicos aleatorizados a gran escala, así como para fortalecer su diseño metodológico.

Aunque no se alcanzó significación estadística, se observó una tendencia hacia una mayor integridad perineal y una menor frecuencia de episiotomías entre las participantes que realizaron el masaje perineal, en comparación con aquellas que no lo practicaron. Nuestros hallazgos sugieren que la duración total del tratamiento (en semanas) y la duración media de cada sesión parecen tener mayor relevancia en la prevención del trauma perineal que la frecuencia semanal o la persona que ejecuta la técnica. La evidencia recopilada proporciona una base sólida para la realización de estudios experimentales de mayor escala que permitan confirmar los posibles beneficios del masaje perineal prenatal y, en consecuencia, optimizar el protocolo de esta intervención.

5. CONCLUSIÓN GENERAL

El presente ENP marcó una etapa decisiva en mi trayectoria formativa como Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstétrica. A lo largo de las rotaciones clínicas, se consolidaron competencias técnicas, éticas y científicas esenciales para el ejercicio autónomo y avanzado en esta área de especialidad. La experiencia posibilitó una inmersión profunda en contextos reales de atención a la mujer, desde el acompañamiento prenatal hasta el posparto, favoreciendo el desarrollo de un pensamiento crítico guiado por la evidencia científica y por los principios de humanización del cuidado.

La elaboración de este informe permitió alcanzar los objetivos propuestos, en particular el fortalecimiento de competencias avanzadas en el ámbito de la Enfermería en Salud Materna y Obstétrica, así como la incorporación de la investigación como un componente clave para una práctica profesional reflexiva y fundamentada en la evidencia.

En este marco, la realización del estudio piloto “Efecto del masaje perineal prenatal en la promoción de la integridad perineal” constituye un aporte relevante tanto a nivel académico como científico. El estudio cumplió su propósito de generar conocimiento original, explorando la viabilidad, aceptabilidad y efectos preliminares de una intervención aún poco difundida en el contexto nacional reforzando su valor pionero y su contribución al campo de la salud materna.

Aunque la muestra limitada no permite extraer conclusiones definitivas relativas al efecto de la intervención, los hallazgos del presente estudio ofrecen indicios relevantes que justifican la realización de ensayos clínicos aleatorizados. En particular, los datos sugieren que la duración total de las semanas de tratamiento del masaje perineal y el tiempo medio dedicado a cada sesión podrían estar asociados a menor trauma perineal.

En conclusión, esta experiencia integradora entre práctica clínica y producción científica constituye una aportación modesta pero significativa para el avance del conocimiento en enfermería de salud materna y obstétrica. Refuerza la convicción de que la enfermería no solo debe aplicar evidencia, sino también producirla de forma ética, crítica y contextualizada. Contribuir al cuerpo de conocimientos que sustentan prácticas seguras, respetuosas y eficaces representa, sin duda, un compromiso con la excelencia en el cuidado y con la transformación de la realidad de las mujeres y sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelhakim, A. M., Yousef, A. M., & Abdelaleem, M. A. (2020). Effect of antenatal perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal tears in nulliparous women. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 78(1), 69–74. <https://doi.org/10.21608/ejhm.2020.29895>
- Abedzadeh, K. M., Talebian, A., Sadat, Z. & Mesdaghinia, E. (2019). Perineal trauma: incidence and its risk factors. *J Obstet Gynaecol*, 39(2), 206–211.
- Álvarez-González, F., De la Cueva-Reguera, C., Vázquez-Calatayud, M., & González-González, A. (2021). Antenatal perineal massage and perineal trauma: A randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(3), 303–310. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13231>
- American College of Nurse-Midwives. (2016). Perineal massage in pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(1), 143–144. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12427>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 128(1), e1–e15. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001535>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 132(3), e87–e102. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>
- Amorim, M. M. R., Katz, L., & Da Cunha, A. C. C. (2023). Episiotomy: It's time to stop cutting! *Medical Research Archives*, 11(7.1). <https://doi.org/10.18103/mra.v11i7.1.4068>
- Andrews, H., Davies, S., & Miller, L. (2023). Barriers and enablers to the implementation of antenatal perineal massage in midwifery practice: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), 2051–2065.
- Antunes, L. A., & Patrocínio, E. S. (2007). A vivência da morte perinatal: uma proposta de intervenção psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(2), 11–22.

- Apgar, V. (1953). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Current Researches in Anesthesia & Analgesia*, 32(4), 260–267.
- Ayres de Campos, D., & Pinto, L. (2022). Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. LIDEL. Pág. 42-46.
- Backhouse, A., Ukoumunne, O. C., Richards, D. A., McCabe, R., & Dickens, C. (2015). The effectiveness of educational interventions to enhance the adoption of evidence-based practice in care homes: A pilot cluster randomised controlled trial. *Implementation Science*, 10(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0263-8>
- Ballesteros-Meseguer, C., Molina-Alarcón, M., & Hernández-Sánchez, E. (2016). Effectiveness of perineal massage during pregnancy on the prevention of perineal trauma: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 39, 6–15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.008>
- Baradwan, S., Banasser, A. M., Tawfiq, A., Hakeem, G. F., Alkaff, A., Hafedh, B., Algreisi, F., Khoja, T. A., Ibrahim, A. S., & Edrees, A. (2024). Patient awareness, knowledge, and acceptability of antenatal perineal massage: A single-center cross-sectional study from Saudi Arabia. *European Journal of Midwifery*, 8(November), 67. <https://doi.org/10.18332/ejm/194962europeanjournalofmidwifery.eu+7ResearchGate+7>
- Barjon, K., Vadakekut, E. S., & Mahdy, H. (2024). Episiotomy. En StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/>
- Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD005123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>
- Bertram, W., Moore, A., Wylde, V., & Gooberman-Hill, R. (2019). Optimising recruitment into trials using an internal pilot. *Trials*, 20(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3296-5>
- Bettencourt Borges, B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 447–454.
- Billingham, S. A. M., Whitehead, A. L., & Julious, S. A. (2013). An audit of sample sizes for pilot and feasibility trials being undertaken in the United Kingdom registered in

- the United Kingdom Clinical Research Network database. *BMC Medical Research Methodology*, 13, 104. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-104>
- Blaak, J., & Staib, P. (2022). An updated review on efficacy and benefits of sweet almond, evening primrose and jojoba oils in skin care applications. *International Journal of Cosmetic Science*, 44(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ics.12758>
- Boutron I.; Altman d. G.; Moher D.; Schulz K. F.; Ravaud P. (2017). Consort Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Ann Intern Med*. 2017; 167:40–47. Doi: 10.7326/M17-0046.
- Braga, A., Sun, S. Y., Maestá, I., & Uberti, E. (2018). Doença trofoblástica gestacional. Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 23/Comissão Nacional Especializada em Doença Trofoblástica Gestacional.
- Cabral AL, de Freitas SS, Pinto RMC, Resende APM, Pereira-Baldon VS. Are Perineal Massage and Instrument-Assisted Perineal Stretching With Short Protocol Effective for Increasing Pelvic Floor Muscle Extensibility? A Randomized Controlled Trial. *Phys Ther*. 2022 Mar 1;102(3):pzab305. doi: 10.1093/ptj/pzab305. PMID: 35258595
- Camarneiro, A. P., Maciel, M. E., & Silveira, A. (2015). A perda gestacional: Impacto psicológico e fatores associados. *Análise Psicológica*, 33(3), 261–273. <https://doi.org/10.14417/ap.1053>
- Campos, D. A. (2011). Doença gestacional do trofoblasto. In N. M. P. Deolindo, L. C. Moreira, & C. S. Simões (Eds.), (pp. 449–459).
- Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). Current Cigarette Smoking Among Adults — United States, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(44), 1225–1232. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6744a2>

- Chan, A. W., Tetzlaff, J. M., Gøtzsche, P. C., Altman, D. G., Mann, H., Berlin, J. A., Moher, D. (2013). SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *British Medical Journal*, 346, e7586.
- Chan, M. F., Lou, F. L., Arthur, D. G., Cao, F. L., Wu, L. H., & Li, P. (2021). Nurses' experiences of caring for women and families after stillbirth: A qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 118, 103912. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103912>
- Chen, H. H., Chien, L. Y., Liu, C. F., & Tai, C. J. (2022). Effects of prenatal perineal massage on labor outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Women and Birth*, 35(3), e293–e301. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.05.007>
- Chiengthong, K., Pongrojapaw, D., & Chawanpaiboon, S. (2023). Knowledge, attitude and acceptability regarding antenatal perineal massage in Thai pregnant women. *International Urogynecology Journal*, 34(9), 2189–2195. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05531-3>
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2004). The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 1019–1025.
- Cunningham, F. G., Bloom, S. L., Hoffman, B. L., Dashe, J. S., Spong, C. Y., Leveno, K. J., & Casey, B. M. (2020). *Obstetrícia de Williams (25ª Ed)*. Mc Graw-Hill.
- De Vivo, V., Carbone, L., Saccone, G., & Berghella, V. (2020). Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 320–329. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.049>
- Dettori, J. R. (2011). Loss to follow-up. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 2(1), 7–10. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1267080>
- Dias, M. D. S., Vargens, O. M. C., & Progiante, J. M. (2010). Vivências de enfermeiras obstétricas frente à morte fetal: um estudo fenomenológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 11–17. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100002>

- Dieb, A. S., Elsharkawy, M., Ibrahim, R. M., & Abbas, A. M. (2020). The impact of antenatal perineal massage on perineal trauma and episiotomy rate in primiparous women: A randomized controlled trial. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 59(4), 568–572. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.04.008>
- Direção Geral da Saúde. (2023). Orientação nº 002/2023 de 10.05.2023, atualizada em 26/03/2024. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Norma n.º 015/2021 de 30/07/2021: Seguimento de Saúde no Puerpério. <https://normas.dgs.pt/norma/015-2021-de-30-07-2021/>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). Norma n.º 010/2023 – Cuidados ao recém-nascido saudável. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). Norma nº 011/2024 - Abordagem da mulher em trabalho de parto de baixo risco. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para la Vigilancia del Embarazo de Bajo Riesgo. Lisboa: Ministério da Saúde, República Portuguesa. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf.aspx>
- Duke Global Health Institute. (2017). Core Guide: Pilot and Feasibility Studies. https://sites.globalhealth.duke.edu/rdac/wp-content/uploads/sites/27/2020/08/Core-Guide_Pilot-and-Feasibility-Studies_10-05-17.pdf
- Dwan, K., Fox, T., Lutje, V., Lavender, T., & Mills, T. A. (2024). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma and postpartum complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(10), CD016148.
- East, C., et al. (2015). Midwives ‘and doctors’ perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31, 122–131.
- Eldridge, S. M., Lancaster, G. A., Campbell, M. J., Thabane, L., Hopewell, S., Coleman, C. L., & Bond, C. M. (2016). Defining feasibility and pilot studies in preparation for randomised controlled trials: Development of a conceptual framework. *PLOS ONE*, 11(3), e0150205. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150205>

- Ellington, J. E., Rizk, B., & Criso, S. (2017). Antenatal perineal massage improves women's experience of childbirth and postpartum recovery: A review to facilitate provider and patient education on the technique. *Journal of Women's Health, Issues & Care*, 6(2).
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Informação de monitorização sobre acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia: partos. Lisboa: ERS. Disponível em: https://www.ers.pt/media/micix0ed/im_obstetr%C3%ADcia_02-2023.pdf
- Estevão, D. C., Santos, E. V., & Costa, R. (2022). Efeitos do contato pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido: revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e21038. <https://doi.org/10.12707/RV21038>
- Eysbouts, Y. K., Bulten, J., Ottevanger, P. B., Thomas, C. M., ten Kate-Booij, M. J., van Herwaarden, A. E., et al. (2016). Trends in incidence for gestational trophoblastic disease over the last 20 years in a population-based study. *Gynecologic Oncology*, 140(1), 70-75.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME]. (2023). El masaje perineal. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/folelto-matronas-14-esp-masaje-perineal.pdf>
- Feeley, N., Cossette, S., Côté, J., Héon, M., Stremler, R., Martorella, G., & Purden, M. (2009). The importance of piloting an RCT intervention. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(2), 85-99.
- Fewtrell, M. S., Kennedy, K., Singhal, A., Martin, R. M., Ness, A., Hadders-Algra, M., Koletzko, B., & Lucas, A. (2008). How much loss to follow-up is acceptable in long-term randomised trials and prospective studies? *Archives of Disease in Childhood*, 93(6), 458–461. <https://doi.org/10.1136/adc.2007.127316>
- FIGO Oncology Committee. (2002). FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 77(3), 285-287.

- Fogarty, M., Osborn, D. A., Askie, L. M., Seidler, A. L., Hunter, K. E., Lui, K., ... & Tarnow-Mordi, W. (2023). Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 177(3), 269–277.
- Freitas, S. S. de, Cabral, A. L., Pinto, R. M. C., Resende, A. P. M., & Pereira-Baldon, V. S. (2019). Efeitos das técnicas de preparo perineal na extensibilidade tecidual e força muscular: um estudo piloto. *International Urogynecology Journal*, 30(6), 951–957. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3793-1>
- Gabinete de Estratégia e Estudos. (2023). Distrito de Bragança: Retrato Territorial – Estatísticas Regionais 2023. Ministério da Economia e do Mar. <https://www.gee.gov.pt/pt/lista-publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos/braganca/3036-distrito-de-braganca/file>
- García Pila, F., Villa Jaime, A., & Romero Pérez, J. (2023). Estudio descriptivo sobre la práctica, satisfacción y conocimiento de las puérperas con respecto al masaje perineal. *Hygia de Enfermería*, 40(2), 58–66.
- Gari, A., Sabban, H., & Abu-Zaid, A. (2025). Early versus late amniotomy for induction of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1159/000544831>
- Goeman, D., Howard, K., Ogrin, R., et al. (2016). Implementation of a health literacy program for older people with diabetes: A feasibility study. *BMC Geriatrics*, 16, 49. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0223-8>
- Governo da República Portuguesa. (2006, 24 de março). Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março: Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior (Diário da República, 1.ª série, n.º 59). Diário da República – Imprensa Nacional–Casa da Moeda. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Granero, G. S., Bonfim, I. H. F. B., & Santos, A. S. (2018). O impacto e a dimensão psicológica da doença trofoblástica gestacional: um estudo de caso. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6(4).

- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., Shehmar, M., & Vogel, J. P. (2017). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub5>
- Hahn, L., et al. (2018). Doença trofoblástica gestacional: diagnóstico e tratamento. *Acta Médica*, 136(pp. 136-150).
- Hajela, N., Turner, K. A., Roos, J., & Rivera, M. (2021). Effectiveness of Prenatal Perineal Massage in Reducing the Risk of Perineal Trauma during Vaginal Delivery in Nulliparous Women: A Meta-Analysis and Evidence Based Review. *J Women's Health Dev*, 4(4), 136-150.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2013). *Designing Clinical Research* (4.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Iglesias Moya, J., Morillas Salazar, R. M., & Vico Arias, P. (2023). Efectividad del masaje perineal parto para prevenir traumas perineales en el parto. *Parainfo Digital*, (35), e35007d. <https://ciberindex.com/c/pd/e35007d>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos 2021 – Resultados definitivos. <https://www.ine.pt>
- Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde. (2023). Normas regulamentares da Divisão de Estágio de Enfermagem na Prática – Trabalho de Projeto. D/ENP/TP. IPB/ESSa.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice 2019 Update. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf
- Ismail, S. I., & Emery, S. J. (2013). Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33(8), 839–843. <https://doi.org/10.3109/01443615.2013.828027>
- Jaber, R., Al-Ali, N., Khouri, R., & Abed, M. (2023). Culturally adapted diabetes self-management education: A pilot mixed-methods study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1132489. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1132489>

- Jain, S., & Yadav, P. (2018). Comparison of the effects of prenatal perineal massage versus Kegel exercise on labor outcome. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 7(3), 43–53. <https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol7-issue3/Version-3/F0703034353.pdf>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Jones, L. E., & Marsden, N. (2008). The application of antenatal perineal massage: A review of literature to determine instruction, dosage and technique. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 102, 8–11
- Julious, S. A. (2005). Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. *Pharmaceutical Statistics*, 4(4), 287–291. <https://doi.org/10.1002/pst.185>
- Kalis, V., Laine, K., de Leeuw, J. W., Ismail, K. M., & Tincello, D. G. (2012). Classification of episiotomy: towards a standardization of terminology. *BJOG*, 119(5), 522–526.
- Labrecque, M., Eason, E., Marcoux, S., & Pinault, J. J. (1999). Randomized controlled trial of perineal massage during pregnancy: Perineal outcomes at birth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106(5), 437–443. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08305.x>
- Labrecque, M., Eason, E., Marcoux, S., Lemieux, F., & Pinault, J. J. (2001). Women's views on the practice of prenatal perineal massage: A randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(5), 499–503.
- Laine, K., Yli, B. M., & Cole, V. (2022). Episiotomia: Norma de orientação clínica. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Episiotomia.pdf
- Lei n.º 9/2009, de 4 de março: Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 45.

- Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 626–629. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>
- Lin, L. H., Polizio, R., Fushida, K., & Francisco, R. P. V. (2019). Imaging in Gestational Trophoblastic Disease. *Seminars in Ultrasound, CT, and MR*, 40(4), 332-349.
- Lodge, F., & Haith-Cooper, M. (2016). The use of perineal massage in preventing perineal trauma: A systematic review and meta-synthesis. *British Journal of Midwifery*, 24(7), 502–510. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.7.502>
- Lok, C. A. R., Frijstein, M. M., & van Trommel, N. E. (2021). Clinical presentation and diagnosis of Gestational Trophoblastic Disease. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 74, 42–52. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.12.001>
- Macedo, J. (2021). Prevalência da episiotomia numa unidade hospitalar da região norte de Portugal [Trabajo de fin de máster, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB.
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H. G., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Does combining warm perineal compresses with perineal massage during the second stage of labor reduce perineal trauma? A randomized controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93–98.
- Mahdy, H., & Barjon, K. (2024). Episiotomy. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/>
- Meeprom, S., Thanapop, C., & Suksompong, S. (2023). Knowledge, attitude and acceptability regarding antenatal perineal massage in Thai pregnant women. *International Urogynecology Journal*, 34(4), 987–994. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05321-1>
- Mei, J., Li, L., Liu, Y., & Zhang, Y. (2022). Mediolateral/lateral episiotomy with operative vaginal delivery and the risk reduction of obstetric anal sphincter injury (OASI): A systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 33(6), 1393–1405. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05145-1>

- Mei-Dan, E., Walfisch, A., Raz, I., & Hallak, M. (2008). Perineal massage during pregnancy: A controlled trial. *Israel Medical Association Journal*, 10(6), 499–503.
- Mellado-García, E., Díaz-Rodríguez, L., Cortés-Martín, J., Sánchez-García, J. C., Piqueras-Sola, B., Higuero Macías, J. C., Rivas Ruiz, F., & Rodríguez-Blanke, R. (2024). Comparative Analysis of Therapeutic Showers and Bathtubs for Pain Management and Labor Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(12), 3517. <https://doi.org/10.3390/jcm13123517>
- Mellado-García, E., Díaz-Rodríguez, L., Cortés-Martín, J., Sánchez-García, J. C., Piqueras-Sola, B., Prieto Franganillo, M. M., & Rodríguez-Blanke, R. (2024). Hydrotherapy in Pain Management in Pregnant Women: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Journal of Clinical Medicine*, 13(11), 3260. <https://doi.org/10.3390/jcm13113260>
- Meriwether, K. V., Rogers, R. G., Craig, E. C., Qualls, C., & Jeppson, P. C. (2016). Perineal body stretch during labor does not predict perineal laceration, postpartum incontinence, or postpartum sexual function: a cohort study. *International Urogynecology Journal*, 27(7), 1031–1038. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2914-6>
- Metwally, A., & Attas, R. (2020). Mothers' awareness and acceptability of antenatal perineal massage: A cross-sectional study. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 4(10), 1645–1651. <https://doi.org/10.24911/IJMDC.51-1599046205>
- Monguilhott, J. J. C., Brüggemann, O. M., Velho, M. B., Knobel, R., & Costa, R. (2022). Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma: piloto de ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE0381345. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0381345>
- Monguilhott, J.J.C. et al. (2023). Massagem perineal durante a gestação: experiência dos acompanhantes. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, 7(2): e130969. DOI: 10.54909/sp.v7i2.130969
- Montenegro, C. A. B., & Rezende Filho, J. (2017). *Rezende: Obstetrícia* (13ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Moore, S., & Moorhead, S. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- National Cancer Institute. (s.f.). Smoking and tobacco use: Definitions. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/definitions>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). Ectopic pregnancy and miscarriage: Diagnosis and initial management (NICE Guideline CG154). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg154>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Antenatal care: NICE guideline [NG201]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth (NICE Guideline NG235). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: A qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(5), 641–648. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14929>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 13564. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-123537203>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Resumen de orientación]. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Ginebra: OMS. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
- Organización Mundial de la Salud. (2022). La OMS recomienda el contacto inmediato piel con piel para lograr la supervivencia de los bebés pequeños y prematuros. <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales posnatales: Guía para mejorar la calidad de la atención posnatal esencial y de rutina para las mujeres y los recién nacidos. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354608/9789240048492-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Robson classification: implementation manual (WHO/RHR/17.11). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2005). Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea.
- Parlamento Europeo. (2021). Tasas de episiotomías en la UE (Pregunta escrita E-001315/2021). https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2021-001315_PT.html
- Pergialiotis, V., Vlachos, D. E., Protopapas, A., Pappa, K., & Vlachos, G. D. (2014). Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 125(1), 6–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.09.034>

- Pirhonen, T., Gissler, M., & Nuutila, M. (2008). Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87(6), 678–683. <https://doi.org/10.1080/00016340802146949>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Posner, G., Black, A., Jones, G., & Dy, J. (2013). *Oxorn Foote Human Labor and Birth* (6^o ed.). Mc Graw-Hill Education-Europe.
- Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2022). Women's experiences of upright positions in childbirth: A qualitative meta-synthesis. *Midwifery*, 113, 103400. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103400>
- Ramos, B. V., et al. (2021). Mola hidatiforme: manifestações clínicas e critérios diagnósticos por imagem. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 3607-3616.
- Rezende, J. (2012). *Obstetrícia* (10^a Ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Rodrigues, A. M., Silva, M. J., & Pereira, S. (2023). Perineal massage and warm compresses during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Midwifery*, 124, 103652.
- Rodrigues, S., Silva, P., Agius, A., Rocha, F., Castanheira, R., Gross, M., & Calleja-Agius, J. (2019). Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth? *Mater Sociomed*, 31(1), 25-30.
- Rolim, F. (2001). *Psicologia do luto: Teoria e intervenção*. In Antunes, M. & Patrocínio, S. (2007), *Enfermagem em cuidados paliativos* (pp. 75–90). Lisboa: Lidel.
- Royal College of Midwives (RCM) & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2023). Reducing perineal trauma: Clinical guidelines for maternity care professionals. London: RCM & RCOG. <https://www.rcm.org.uk/media/4587/perineal-care-guidance-2023.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2020). The Management of Gestational Trophoblastic Disease (Green-top Guideline No. 38).
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). The management of third- and fourth-degree perineal tears (Green-top Guideline No. 29). London: RCOG.

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). Guidance for antenatal and postnatal services in the evolving coronavirus (COVID-19) pandemic. <https://www.rcog.org.uk/media/5reddquc/2020-10-21-guidance-for-antenatal-and-postnatal-services-in-the-evolvin.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2023). Reducing your risk of perineal tears.
- Salerno, A. (2012). The incidence of gestational trophoblastic disease in Italy: a multicenter survey. *Journal of Reproductive Medicine*, 57(5-6), 204-206.
- Santos, J. V., Dias, D., & Souza, A. I. (2020). Antenatal perineal massage in the prevention of perineal trauma: A systematic review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42(12), 842–850. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712106>
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., et al. (2021). Immediate skin-to-skin contact and maternal psychological outcomes: A meta-analysis. *Midwifery*, 98, 102986. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102986>
- Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (2002). Sample size calculations in randomised trials: Losses to follow-up. *The Lancet*, 359(9314), 781–785. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07882-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07882-0)
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., et al. (2010). Consort 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMC Medicine*, 8, 18.
- Seckl, M. J., Sebire, N. J., & Berkowitz, R. S. (2010). Gestational trophoblastic disease. *The Lancet*, 376(9742), 717-729.
- Shanbhogue, A. K. P., Lalwani, N., & Menias, C. O. (2013). Gestational trophoblastic disease. *Radiologic Clinics of North America*, 51(6), 1023–1034. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2013.07.011>
- Sidani, S. (2015). *Health Intervention Research: Understanding Research Design and Methods*. SAGE Publications Ltd.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions*. John Wiley & Sons, Inc.

- Simić, M., Marinković, J., Dotlić, J., Babović, I., Terzić, M., & Bujold, E. (2017). Risk factors for obstetric anal sphincter injury in primiparous women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136(2), 168–172. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12038>
- Smith, A., Johnson, B., & Lee, C. (2022). Influence of previous delivery mode on perineal trauma risk. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 158(2), 245–250. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14218>
- Smyth, R. M. D., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD006167. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>
- Sousa, I. M. M. (2021). A massagem perineal durante a gravidez na prevenção do trauma perineal [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.
- Sun, R., Huang, J., Zhu, X., Hou, R., Zang, Y., Li, Y., Pan, J., & Lu, H. (2024). Effects of perineal warm compresses during the second stage of labor on reducing perineal trauma and relieving postpartum perineal pain in primiparous women: A systematic review and meta-analyses. *Healthcare*, 12(7), 702. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070702>
- Tavares, S., Martins, M. M., & Fernandes, A. (2022). Prevalence and risk factors associated with obstetric perineal trauma: An integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e21089. <https://doi.org/10.12707/RV21089>
- Teixeira, C., & Barros, H. (2016). Prevalência de laceração perineal severa de acordo com o uso de episiotomia: tendências temporais em Portugal. *Gaceta Sanitaria*, 30(Supl 1), 65–66. <http://hdl.handle.net/10198/14312>
- Teixeira, R. C., Silva, M. M., & Almeida, L. S. (2022). Perineal trauma in childbirth: A literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e21104. <https://doi.org/10.12707/RV21104>
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, M., Giangregorio, L., & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: The what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1>

- Thomas, J., & Mathias, J. (2015). The effectiveness of antenatal perineal massage in the prevention of perineal trauma: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery Digest*, 25(4), 446–452.
- Tomasi, Y. M., Nunes, B. P., & Castro, R. C. M. B. (2021). Participação do companheiro na gestação, parto e pós-parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 15(1), e245765.
- Treweek, S., Lockhart, P., Pitkethly, M., Cook, J. A., Kjeldstrøm, M., Johansen, M., Taskila, T. K., Sullivan, F. M., Wilson, S., Jackson, C., & Jones, R. (2013). Strategies to improve recruitment to randomised trials. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), MR000013.
- Ugwu, E. O., Olibe, A. O., Obi, S. N., & Umeora, O. U. J. (2018). Effect of antenatal perineal massage on the incidence of perineal laceration and episiotomy at delivery. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21(1), 19–23. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_25_17
- ULSNE. (2019). Relatório de Gestão e Contas 2018. Unidade Local de Saúde do Nordeste. https://www.ulsne.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2019/09/Relatorio-Gestao-e-Contas_2018_2.pdf
- Viana, I. O., Quintão, A., Andrade, C. R. A., Ferreira, F. A., Dumont, R. D., Ferraz, F. O., Lobato, H., Prado, C. E. V., & Osanan, G. C. (2011). Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(Supl. 4), S71–S76. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/893>
- Vittner, D., McGrath, J., Robinson, J., et al. (2022). A systematic review of the effects of skin-to-skin contact on biomarkers of stress in preterm infants and parents. *Advances in Neonatal Care*, 22(3), 196–205. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000901>
- Walters, S. J., Henriques-Cadby, I. B. D. A., Bortolami, O., Flight, L., Hind, D., Jacques, R. M., Knox, C., Nadin, B., Rothwell, J., Surtees, M., & Julious, S. A. (2017). Recruitment and retention of participants in randomised controlled trials: A review of trials funded and published by the United Kingdom Health Technology Assessment Programme. *BMJ Open*, 7(3), e015276. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015276>

- WHO Immediate KMC Study Group. (2021). Immediate “Kangaroo Mother Care” and survival of infants with low birth weight. *New England Journal of Medicine*, 384(21), 2028–2038.
- Williams, A., Herron-Marx, S., & Knibb, R. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23(4), 392–403. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.04.005>
- Williams, A., Herron-Marx, S., & Knibb, R. (2023). The relationship between perineal trauma and postpartum psychological outcomes: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05950-6>
- World Health Organization. (n.d.). Body mass index (BMI) [Definição]. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
- World Health Organization. (2006). *WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva: World Health Organization. ISBN: 924154693X.
- World Health Organization. (2007). *WHO child growth standards: Head circumference-for-age, arm circumference-for-age, triceps skinfold-for-age and subscapular skinfold-for-age: Methods and development*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547185>
- World Health Organization. (2023). *Preterm birth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Yin, Y., Li, X., Zhang, Y., Wang, W., Liu, J., & Zhao, Y. (2024). Effect of antenatal perineal massage on perineal trauma and maternal satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), Article 112. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06041-2>
- Zemčík, R., Karbanova, J., Kalis, V., Lobovský, L., Jansová, M., & Rusavy, Z. (2012). Stereophotogrammetry of the perineum during vaginal delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 119(1), 76–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.018>

Zhang, Y., Liu, J., Wang, X., & Chen, H. (2024). Midwives' knowledge, attitudes and practices regarding antenatal perineal massage in China: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 112.

Zugaib, M. (2016). *Obstetrícia* (1315^a ed.). Barueri: Manole.

APÉNDICES

A continuación, se presentan los materiales complementarios utilizados en el desarrollo del estudio.

Apêndice A – Check List

Documento que permitiu, mediante uma lista de verificação, identificar si las participantes cumprian con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el protocolo del estudio.

CrITÉrios de inclusão e exclusão

A grávida poderá fazer parte do estudo se da Q1-Q7 as respostas forem assinaladas na coluna "SIM" e da Q8 -Q9 as respostas forem assinadas na coluna "NÃO"

Q1. Grávida nulípara, gravidez de baixo risco, em PPP no CS	Sim ☐	Não ☐
Q2. Idade superior a 18 anos	Sim ☐	Não ☐
Q3. Idade gestacional inferior ou igual a 34 semanas	Sim ☐	Não ☐
Q3. Gestação simples (um feto)	Sim ☐	Não ☐
Q4. Não está a realizar massagem perineal	Sim ☐	Não ☐
Q5. Têm disponibilidade para realizar massagem perineal diariamente entre 5-10 minutos	Sim ☐	Não ☐
Q6. Deseja ter um parto vaginal e não tem indicação médica de cesariana	Sim ☐	Não ☐
Q7. Com capacidade de compreender, ler e falar português, inglês ou espanhol	Sim ☐	Não ☐
Q8. Apresenta alergia ao óleo de amêndoas	Sim ☐	Não ☐
Q9. Apresenta alguma das seguintes condições: • Restrição médica de relações sexuais • Presença de contrações uterinas • Ameaça de parto prematuro (devido a contrações uterinas, ou colo uterino fino, baixo) • Restrição do crescimento fetal • Descolamento prematuro da placenta • Placenta prévia • Rutura prematura das membranas • Pré-eclâmpsia/eclâmpsia • Hemorragia vaginal • Varizes vulvares • Infecção do trato urinário • Infecções vulvovaginais	Sim ☐	Não ☐

Apêndice B – Cuestionario 1

Caracterización de la participante y conocimiento del masaje perineal. Instrumento aplicado al inicio del estudio para recoger información sociodemográfica, obstétrica y sobre el conocimiento previo respecto al masaje perineal prenatal.

Primeiro questionário aplicado para recolha das características sociodemográficas e clínico-obstétricas na fase do recrutamento.

Este questionário tem como finalidade a recolha de dados no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, para o estudo: **Efeito da massagem perineal pré-natal na prevenção do trauma: piloto ensaio clínico randomizado.**

O questionário compreende duas seções distintas: Na primeira parte, serão reunidas informações sobre variáveis sociodemográficas. Na segunda parte, serão exploradas variáveis obstétricas.

A sua participação é importante, por isso solicita-se que responda com a maior honestidade possível.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada válida. O preenchimento deste questionário é fácil, dura aproximadamente 3 minutos.

Obrigado pela sua colaboração.

QUESTIONÁRIO

PARTE I

Características Sociodemográficas

Q1. Aceita participar neste estudo?

Sim ☐ Não ☐

Q2. Idade (expressa em anos completos de vida)?

_____ anos

Q3. Etnia

- ☐ Branca
- ☐ Negra
- ☐ Asiática
- ☐ Cigana
- ☐ Latina

Q4. Estado civil

- ☐ Solteira
- ☐ Casada / União de facto
- ☐ Divorciada / Separada
- ☐ Viúva

Q5. Habilitações literárias

- ☐ Ensino Básico
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação / Mestrado / Especialidade
- ☐ Doutoramento / Pós-Doutoramento

Q6. Fumadora?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Q7. Prática de exercício físico que promove a flexibilidade? ☐ Sim

☐ Não

Q8. Centro de saúde onde faz a vigilância pré-natal

PARTE II
Características Clínicas / Obstétricas

Q9. Altura (cm)

_____cm

Q10. Peso (pré-gestação) (kg)

_____kg

Q11. Idade Gestacional na randomização (*Expressa em semanas e dias*)

_____ semanas

Q12. Já teve algum parto anterior? Sim ☐ Não ☐

PARTE III
Conhecimento da massagem/perineal

Q13. Conhece a massagem perineal realizada no pré-natal?

Sim ☐

Não ☐

Apêndice C – Questionário 2

Diário de registro semanal do massage perineal. Formulário de auto reporte diseñado para monitorar a adherencia a la intervención, incluyendo frecuencia, duración, modalidad de aplicación y comentarios adicionales.

Segundo questionário, diário do registo semanal da massagem perineal na fase de acompanhamento e inteiramente preenchido pela participante do Grupo Intervenção.

Este diário tem como finalidade a recolha de dados do estudo Efeito da massagem perineal pré-natal na prevenção do trauma: piloto ensaio clínico randomizado, referentes aos registos semanais de frequência, duração e quem realizou a massagem perineal. A sua participação é importante, por isso solicita-se que responda com a maior honestidade possível. Obrigada pela sua colaboração!

		SEMANAS DE MASSAGEM					
		SEMANA 1			SEMANA 2		
FREQUÊNCIA / DURAÇÃO / QUEM	SEGUNDA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	TERÇA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	QUARTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	QUINTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	SEXTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	SÁBADO						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
DOMINGO							
Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não		
Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	
Duração	____ min			____ min			

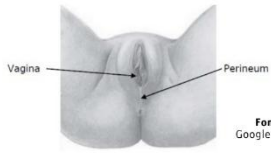
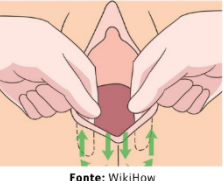
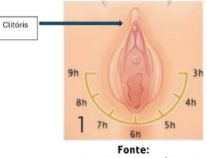
		SEMANAS DE MASSAGEM					
		SEMANA 3			SEMANA 4		
FREQUÊNCIA / DURAÇÃO / QUEM	SEGUNDA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	TERÇA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	QUARTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	QUINTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	SEXTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
	SÁBADO						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	____ min			____ min		
DOMINGO							
Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não		
Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	
Duração	____ min			____ min			

		SEMANAS DE MASSAGEM					
		SEMANA 7			SEMANA 8		
FREQUENCIA / DURAÇÃO / QUEM	SEGUNDA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	TERÇA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	QUARTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	QUINTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	SEXTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	SABADO						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
DOMINGO							
Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não		
Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	
Duração	___ min			___ min			

		SEMANAS DE MASSAGEM					
		SEMANA 5			SEMANA 6		
FREQUÊNCIA / DURAÇÃO / QUEM	SEGUNDA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	TERÇA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	QUARTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	QUINTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	SEXTA						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
	SÁBADO						
	Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não	
	Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos
	Duração	___ min			___ min		
DOMINGO							
Realizou	☐ Sim	☐ Não		☐ Sim	☐ Não		
Quem	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	☐ Grávida	☐ Outro	☐ Ambos	
Duração	___ min			___ min			

Apêndice D – Material Usado en la sesión educativa

Folheto informativo entregueado a las participantes durante las sesiones de preparación para el parto, con orientaciones sobre la técnica del masaje perineal y sus beneficios.

MATERIAL EDUCATIVO		
MASSAGEM PERINEAL  Fonte: Freepik	O QUE É O PERÍNEO? É a área que fica entre a vagina e o ânus.  Fonte: Google Images No momento do parto, o períneo é obrigado a alongar, para permitir a passagem da cabeça e do corpo do bebê. A realização da massagem perineal pode possibilitar suavizar e aumentar a elasticidade de forma gradual dos tecidos moles e músculos do períneo, permitindo uma maior facilidade no alongamento dos tecidos no momento da saída da cabeça e corpo do bebê e reduzir o risco de sofrer laceração ou episiotomia.  Fonte: Google Images	ANTES DE INICIAR.. A massagem perineal será realizada entre 5 a 10 minutos, diariamente, a partir das 34 semanas de gestação até ao parto. Tente encaixar a massagem na sua rotina diária Use por exemplo o telemóvel para a recordar sempre à mesma hora. A massagem pode ser realizada após o banho. Este é um bom momento porque os vasos sanguíneos da região já estão dilatados, tornando o períneo mais macio e confortável para massagear. Também se sentirá mais relaxada. Esvazie a bexiga Lave bem as mãos e certifique-se de que as unhas estão curtas Relaxe num lugar privado onde possa estar confortável Por exemplo, em posição semi-deitada, com as pernas fletidas, joelhos afastados e com almofadas para dar suporte às costas (fig. 1). Mas também é possível ficar de cócoras (fig. 2) ou estar de pé com um dos pés apoiado num banco (fig.3), escolha a posição mais cómoda para si.  Fonte: Pinterest
ENF. ISA MADALENO		
5 Pode achar útil um espelho Nas primeiras vezes que realizar a automassagem, use um espelho para poder observar o seu períneo, descobrir o seu corpo e sentir-se mais confiante. Fonte: HSC - Western Health and Social Care Trust	1  Fonte: HSC - Western Health and Social Care Trust Movimento 1 - Introduza o polegar na abertura vaginal até à primeira articulação do dedo (3/4 cm). Pressione para baixo (em direção ao ânus), até sentir uma resistência semelhante a um músculo, em vez de tecido mole; Pressione até sentir um pouco de ardor/desconforto tolerável. Respire fundo enquanto mantém a pressão na região. Caso sinta os seus músculos contraiem, relaxe-os de forma consciente.	Caso seja a pessoa significativa que a grávida escolha para a realização da massagem perineal, deve ser alguém com quem consiga relaxar. É importante que o seu corpo e a sua mente não estejam sob tensão. Comunique-se e deixe ciente de qualquer desconforto. Seguirá as mesmas instruções acima referidas. No entanto a pessoa significativa deve usar os dedos indicadores para fazer a massagem (em vez dos polegares).  Fonte: WikiHow Caso não consiga realizar entre 5 a 10 minutos nos primeiros dias, fique tranquila. Em breve conseguirá realizar no tempo completo.
6 Lubrifique o polegar, o períneo e a entrada da vagina, com o óleo de amêndoas	2  Fonte: HSC - Western Health and Social Care Trust Movimento 2 - Aplique pressão suficiente para sentir um alongamento que não deve ser doloroso (5 a 10 segundos), até sentir o músculo amolecer, nos vários pontos para os lados entre as 3 e 9h, num total de 1-2 minutos.	
7 Vamos olhar para a abertura vaginal como se fosse um relógio  Fonte: HSC - Western Health and Social Care Trust Para orientação visual, as 6h corresponde ao ânus e as 12h ao clitoris. A massagem será sempre realizada entre as 3-6-9h, ou 9-6-3h, nunca na parte superior, onde podemos encontrar a uretra. Movimento 0 (Aquecimento) - Deslize o polegar em movimentos lentos de vaivém na área externa entre o ânus e a vagina para que relaxem e comece a massagem perineal propriamente dita. Essa massagem externa deve durar de 1 a 2 minutos.	3  Fonte: HSC - Western Health and Social Care Trust Movimento 3 - Massageie suavemente com o polegar, usando um movimento de vaivém em forma de "U" (das 6-3h e das 6-9h) por 2 a 3 minutos, sentindo o tecido amolecer e a esticar. Concentre-se em relaxar os músculos, diminuindo a sua tensão, e pratique a respiração lenta e profunda.	A elasticidade da região deve melhorar consideravelmente com o tempo. Pode levar algumas semanas de massagem antes de notar um aumento da elasticidade na área perineal. No final, faça o registo no seu diário! Em caso de dúvidas, contacte a investigadora.

Apêndice E – Cuestionario 3

Cuestionario aplicado en el posparto inmediato, con el objetivo de registrar características del parto y evaluar la experiencia de las participantes con la intervención.

Terceiro questionário aplicado para registo dos desfechos primários e secundários na fase da análise, preenchido com informação obtida através do Boletim da Grávida, Boletim do RN e por autorrelato da participante.

QUESTIONÁRIO

PARTE I *Desfechos primários*

Q12. Tipo de parto

- ☐ Eutócico
- ☐ Distócico (Cesariana)
- ☐ Distócico (Fórceps / Ventosa)

Q13. Episiotomia

- ☐ Sim
- ☐ Não

Q14. Laceração perineal

- ☐ Não
- ☐ Sim, grau 1
- ☐ Sim, grau 2
- ☐ Sim, grau 3 ou 4

PARTE II *Desfechos secundários*

Q15. Local do parto

Q16. Idade Gestacional no parto (*Expressa em semanas e dias*)

Q17. Horas totais do TP

_____ horas

Q18. Posição materna no período expulsivo

- ☐ Litotomia
- ☐ Lateral
- ☐ Vertical
- ☐ Cócoras
- ☐ Quatro apoios

Q19. Dor perineal nas 48h após parto

- ☐ Sem Dor
- ☐ Dor Ligeira
- ☐ Dor Moderada
- ☐ Dor Intensa
- ☐ Dor Máxima

Q20. Analgesia epidural no parto

- ☐ Sim
- ☐ Não

Q21. Peso do RN ao nascimento

_____ gramas

Q22. Perímetro cefálico do RN

_____ centímetros

Q23. Índice Apgar do RN

1º minuto: _____
 5º minutos: _____
 10º minutos: _____

Aceitabilidade da intervenção

Q24. Considerou que a massagem foi útil na preparação do períneo para o parto?

- ☐ Nada útil
- ☐ Pouco útil
- ☐ Sem opinião
- ☐ Útil
- ☐ Muito útil

Q25. Numa outra possível gravidez, faria de novo a massagem perineal?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Q26. Recomendaria a massagem perineal a outras grávidas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Apêndice F – Solicitude de dictamen del Comité de Ética

Copia del documento oficial enviado al comité de ética institucional, solicitando aprobación para la ejecución del estudio.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



N.º

Pedido de Autorização para Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Despacho do P.C.A.:

Nome do Investigador Principal:

Isa Cristina Ricardo Rodrigues Madaleno

Título da Investigação:

Efeito da massagem perineal pré-natal na prevenção do trauma:
piloto ensaio clínico randomizado

Tipo de investigação:

Com Intervenção



Sem intervenção



Caracterização da investigação:

O presente estudo é delineado como um estudo analítico, experimental, sendo especificamente um piloto de ensaio clínico randomizado (ECR). Essa abordagem piloto é essencial para avaliar a viabilidade de um ECR completo e a aceitabilidade da intervenção proposta. Essa fase inicial permitirá ajustes necessários antes da implementação de um ensaio clínico completo, contribuindo para um desenho robusto e uma execução bem-sucedida. Como se trata de um estudo de intervenção não farmacológica, adotou-se a extensão da Declaração CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) para ensaios de tratamentos não farmacológicos (NPTs). A Declaração CONSORT é uma orientação baseada em evidências, a fim de aprimorar a transparência e diminuir o viés do estudo.

Propriedade dos dados:

Será propriedade do investigador do estudo

Investigação a realizar no(s) Serviço(s) de:

Nos cuidados de saúde primários e no serviço de Obstetria da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

Data prevista para início: 01/05/24

Data prevista para término: 01/10/24

Para a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no fluxograma para submissão de projetos de investigação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. respeitante à investigação para respetiva apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador/promotor

Assinado por: Isa Cristina Ricardo Rodrigues
Madaleno

Num. de Identificação: 13253755
Data: 2024.04.15 16:18:19+01'00'

Bragança, 14 de Abril de 2024.

(assinatura)

Parecer da Comissão de Ética

Título de Investigação: Efeito da massagem perineal pré-natal na prevenção do trauma: piloto ensaio clínico randomizado.

Em reunião de 24 de abril de 2024 a CE deliberou emitir parecer *favorável* à autorização deste estudo.

O processo foi votado pelos membros da Comissão de Ética da ULSNE, EP.E. presentes:

Maria de Jesus Machado Lopes
Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves
Maria Judite Ramos Marques
Carla Maria Perdigão Martins Grande
Maria da Luz Macedo Guerra Santos
Ana Catarina Fernandes Pires
Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão
Maria Assunção Moura Esteves (secretária da CE)

De Luís CA 9.06.2024

Dr. Carlos Alberto Vaz

Dr. Carlos Alberto Vaz
Médico da
Comissão de Administração

Presidente da Comissão de Ética

Maria de Jesus Machado Lopes

(Maria de Jesus Machado Lopes)

Parecer da Comissão de Ética

Título de investigação: Efeito da massagem perineal pré-natal na prevenção do trauma: piloto ensaio clínico randomizado.

A CE deliberou emitir parecer *favorável* à ratificação do parecer nº. IdeN.º. 23/2024.

O processo foi votado pelos membros da Comissão de Ética da ULSNE, EP.E. presentes na reunião do dia 16 de julho de 2025.

Maria de Jesus Machado Lopes
Evangelina da Natividade Camelo Bonifácio Correia da Silva
Maria Judite Ramos Marques
Ana Catarina Fernandes Pires
Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves
Adília Maria Pires da Silva Fernandes
Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão
Maria Assunção Moura Esteves (secretária da CE)

Reunião de 30.07.2025

Quilzer

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente
Conselho de Administração

Comissão de Ética
ULSNE, E.P.E.

[Assinatura]

Apêndice G – Compromiso de honor y declaración de intereses

Declaración formal de la investigadora sobre la veracidad de los datos, el cumplimiento de los principios éticos de investigación y la inexistencia de conflictos de interés.



COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que todas as informações prestadas sobre o estudo são verdadeiras. Declaro que o estudo respeita as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas) e da Organização Mundial de Saúde, Convenção de Oviedo e das “Boas Práticas Clínicas” (GCP/ICH). Comprometo-me a respeitar toadas as recomendações da CE e prestar todos os esclarecimentos adicionais necessários.

Comprometo-me ainda a entregar à C.E. o relatório final do estudo e a participar em eventuais atividades de divulgação dos resultados/aplicações do estudo que venham a ser desenvolvidas pela ULSNE.

Bragança, 14 de Abril de 2024

Assinado por: Isa Cristina Ricardo Rodrigues Madaleno
Num. de Identificação: 13253755
Data: 2024.04.15 16:22:33+01'00'

(assinatura do investigador)

Apêndice H – Declaração de las orientadores científicas y pedagógicas

Documento firmado por las orientadoras del estudio, certificando su acompañamiento y validación del desarrollo científico y académico de la investigación.



Declaração

Teresa Isaltina Gomes Correia, Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança, Doutorada em Biologia Humana e **Ana Fernanda Ribeiro Azevedo**, Professora Adjunta no Instituto Politécnico de Bragança, Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, declaram ser orientadoras do Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica intitulado: *“Efeito da massagem perineal pré-natal na prevenção do trauma: piloto ensaio clínico randomizado”*, da mestranda **Isa Cristina Ricardo Rodrigues Madaleno**, assumindo desta forma a responsabilidade de Coordenadora Científica do estudo.

Bragança, 14 de abril de 2024

Assinado por: **Teresa Isaltina Gomes Correia**
Num. de Identificação: 05920982
Data: 2024.04.15 14:45:55 +0100

(Teresa Isaltina Gomes Correia)

Assinado por: **ANA FERNANDA RIBEIRO AZEVEDO**
Num. de Identificação: BI069050538

(Ana Fernanda Ribeiro Azevedo)

Apêndice I - Consentimento informado livre y esclarecido

Formulário firmado por las participantes, tras haber recibido información clara y completa sobre los objetivos del estudio, la voluntariedad de su participación y sus derechos como participantes.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Designação do Estudo:

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

O Investigador responsável

Nome: Isa Cristina Ricardo Rodrigues Madaleno

Assinatura:

Assinado por: Isa Cristina Ricardo Rodrigues Madaleno
Num. de Identificação: 13253755
Data: 2024.04.15 16:21:58+01'00'

Identificação do participante:

Nome: _____

BI/CC n.º _____

Participante/Representante legal

- ☐ Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- ☐ Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- ☐ Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- ☐ Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ____/____/____

(assinatura)

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/CC n.º _____

Grau de parentesco _____

Data: ____/____/____

(assinatura)