

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Efectividad de un taller formativo a profesionales que atienden partos para evitar episiotomías no indicadas.

Alumno: Sánchez Navarro, Ada Selene

Tutor: Quesada Rico, José Antonio

**Máster Universitario de Investigación en Atención
Primaria Curso: 2020-2021**

1. Resumen

El concepto de normalidad durante el parto no está estandarizado. El propósito de culminar con el nacimiento de un bebé sano ha propiciado la institucionalización de los partos, en los que una de las formas de intervencionismo más frecuente es la episiotomía. Se puede afirmar que en los últimos años se están produciendo cambios sustanciales en el sistema público de salud, avanzando hacia un parto más respetado. Pese a ello, es cierto que aún queda mucho trabajo por hacer. El objetivo que se persigue con la realización de este trabajo es actualizar y aumentar los conocimientos acerca de la episiotomía y reducir el número de éstas después de impartir un taller formativo a los profesionales que atienden partos en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV). Se trata de un proyecto de investigación cuyo diseño será un ensayo clínico aleatorizado con grupo experimental y grupo control. El ámbito de estudio será el Paritorio del HUAV. La población a estudio serán todos aquellos profesionales del HUAV que tengan la capacidad de atender un parto, tratándose de una muestra exhaustiva. Para conocer el grado de información acerca de la episiotomía que tienen los profesionales se les pasará un cuestionario a ambos grupos antes y después de la intervención. La eficacia de la formación se verá reflejada en la disminución del número de episiotomías realizadas en los partos que tengan lugar en los doce meses posteriores a la formación con respecto al total de partos acontecidos doce meses antes de la intervención.

Palabras clave: embarazo, parto normal, episiotomía selectiva, episiotomía rutinaria, formación profesional.

Abstract

The concept of normality during labor is not standardized. The purpose of culminating in the birth of a healthy baby has led to the institutionalization of deliveries, in which one of the most frequent forms of intervention is episiotomy. It can be said that in recent years substantial changes have been taking place in the public health system, moving towards a more respected delivery. Despite this, it is true that there is still much work to be done. The objective pursued by carrying out this work is to update and increase knowledge about episiotomy and reduce the number of them after giving a training workshop to professionals who attend deliveries at the Arnau de Vilanova University Hospital (HUAV). It is a research project whose design will be a randomized clinical trial with an experimental group and a control group. The scope of study will be the HUAV Delivery Room. The study population will be all those HUAV professionals who have the capacity to attend a birth, being an exhaustive sample. In order to know the degree of information about the episiotomy that the professionals have, a questionnaire will be given to both groups before and after the intervention. The effectiveness of the training will be reflected in the decrease in the number of episiotomies performed in the deliveries that take place in the twelve months after the training with respect to the total number of deliveries that occurred twelve months before the intervention.

Key words: pregnancy, natural childbirth, episiotomy, professional training.

2. Índice

1. Resumen	I
2. Índice	III
3. Pregunta de investigación.....	1
4. Pregunta en formato PICO	1
5. Antecedentes y estado actual del tema	2
5.1 Episiotomía	3
5.1.1 Episiotomía selectiva y rutinaria	3
5.1.2 Tipos de episiotomía.....	3
5.1.3 Desgarros	4
5.2 Prevalencia de episiotomía	5
5.3 Indicaciones	5
5.4 Consecuencias.....	6
5.5 Formación a los profesionales	6
6. Justificación del estudio	8
7. Hipótesis.....	9
8. Objetivos de la investigación	9
9. Materiales y métodos.....	9

Tipo de diseño.....	9
Población diana y población a estudio	10
Criterios de inclusión y exclusión	10
Cálculo del tamaño de la muestra.....	11
Asignación de los grupos de intervención	11
Método de recogida de datos.....	11
Variables	12
Descripción de la intervención	14
Descripción del seguimiento	15
Estrategia de análisis estadístico	15
Programa estadístico a utilizar	16
10. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.....	16
11. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	16
12. Limitaciones y posibles sesgos.....	17
13. Posibles problemas éticos	18
14. Calendario y cronograma.....	19
15. Personal que participará en el estudio.....	21
16. Instalaciones e instrumentación.....	21
17. Presupuesto.....	21

18. Referencias bibliográficas.....	23
19. Anexos.....	26
TABLAS	26
TABLA I. Tipos y características de episiotomías.....	26
FIGURAS	27
FIGURA I. Tipos de episiotomías.	27
FIGURA II. Tipos de desgarros.	28
ANEXOS	29
ANEXO I. Cuestionario.....	29
ANEXO II: Hoja de consentimiento informado.....	33

3. Pregunta de investigación

¿Aumentarán los conocimientos acerca de las indicaciones de episiotomía y disminuirá el número de dicha técnica en casos no indicados después de impartir el taller formativo de actualización a matronas/es y ginecólogos/as del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV)?

4. Pregunta en formato PICO

P: Todos aquellos profesionales del HUAV que tengan la capacidad de atender un parto y, por tanto, decidir si realizar una episiotomía o no (matronas/es y ginecólogos/as).

I: Impartir un taller formativo de actualización a los profesionales acerca de las indicaciones de la episiotomía.

C: No impartir el taller de actualización a los profesionales.

O: Actualizar conocimientos y disminuir número de episiotomías no indicadas.

5. Antecedentes y estado actual del tema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define parto normal como aquel que comienza espontáneamente, con un riesgo bajo tanto al comienzo del parto como durante el alumbramiento, el niño o niña nace de manera espontánea, entre las semanas 37 a 42 y en posición cefálica. Además, tras el parto, bebé y madre se encuentran en buenas condiciones¹.

Haciendo un breve recorrido histórico, antiguamente parir se trataba de un proceso natural, que tenía lugar en el propio hogar de la parturienta con la asistencia, si era posible, de otras mujeres. Sin embargo, la escasez de medidas higiénicas propició, durante el siglo XX, la institucionalización y medicalización del parto, todo ello con el fin de reducir la gran morbilidad existente tanto de la madre como del bebé².

En la actualidad, y pese a los estudios llevados a cabo a lo largo de los años, todavía no está estandarizado ni universalizado el concepto “normalidad” en el proceso de parto y en el nacimiento. Durante los últimos años se ha experimentado una impetuosa ampliación en el desarrollo y utilización de un gran abanico de prácticas que han sido ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto. Todo ello con el objetivo de optimizar el desenlace tanto para las madres como para sus bebés, llegando a convertirse en prácticas rutinarias, incluso en partos de mujeres sanas sin complicaciones¹. Así, las ganas de que el parto finalice con el nacimiento de un bebé sano, sin menoscabar la salud materna, ha favorecido la institucionalización de los partos y el hecho de que se lleven a cabo intervenciones médicas y quirúrgicas aunque no se disponga de la suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia³. Paradójicamente, hoy en día se conoce que contando con el apoyo y la atención apropiados, casi todas las mujeres sanas tienen la capacidad de dar a luz con un mínimo de intervenciones sin que suponga un riesgo para la seguridad del proceso⁴.

En cuanto a prácticas habituales, la episiotomía es una de las formas de intervencionismo en el parto más frecuente a nivel mundial. Fue en el siglo

XVIII cuando se introdujo esta técnica en la práctica clínica, utilizándose ampliamente durante el proceso de parto, a pesar de la pobre evidencia acerca de sus beneficios, por lo que se trata todavía de un procedimiento que genera mucha controversia^{3,5}.

5.1 Episiotomía

La episiotomía es una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Esta intervención tiene por objeto ensanchar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal, por lo que se lleva a cabo mediante bisturí o tijera, afectando a piel, mucosa vaginal y plano muscular, precisando posteriormente reparación por medio de sutura que recibe el nombre de episiorrafia, cuya función es reparar los tejidos afectados y procurar una cicatrización óptima por primera intención, controlando el sangrado y evitando la infección⁵.

5.1.1 Episiotomía selectiva y rutinaria

De la definición de episiotomía se puede extraer que la episiotomía selectiva o restrictiva es aquella que se practica a aquellas mujeres que presentan indicación expresa, como compromiso fetal agudo, entre otras; en cambio, la episiotomía rutinaria o sistemática es la que se practica por defecto a todas las mujeres, independientemente de las características de su parto y, en concreto, de su período expulsivo.

5.1.2 Tipos de episiotomía

Ya se ha afirmado que la episiotomía es una de las intervenciones durante el parto más común, por lo que es de vital importancia conocer bien esta técnica y las diferentes maneras que hay de realizarla, para así poder elegir con criterio cuál es el menos agresivo y el que conlleva menos complicaciones para la mujer.

A pesar de que la mayoría de los textos de obstetricia, como norma general, describan dos tipos principales de episiotomía (la mediana y la mediolateral), en la literatura se narran hasta siete formas de realizar esta técnica. Todas ellas difieren en la trayectoria y la angulación de su incisión (Tabla I, Figura I): mediana, mediana modificada, en forma de “J”, mediolateral, lateral, lateral radical y anterior^{6,7,8}.

5.1.3 Desgarros

Como ya es conocido, uno de los principales motivos por los que se realiza la episiotomía, y por lo tanto, uno de los impulsos que contribuyó a que se convirtiera en un método rutinario, son los desgarros perineales, los cuales tienen lugar con frecuencia, sobre todo en mujeres que no han parido nunca. Así, evitar los desgarros es una de las supuestas indicaciones por las que se realiza la episiotomía⁹; sin embargo, paradójicamente, éstos también son una de las principales complicaciones del corte. En los últimos años, la evidencia científica apuesta por un uso selectivo de la episiotomía para evitar desgarros, ya que, esta técnica, lejos de prevenirlos, puede ser la causante de los mismos^{5,10}.

Los desgarros se definen como laceraciones producidas espontáneamente en el periné, teniendo diferente gravedad dependiendo de la afectación de los planos. Existen cuatro tipos de desgarro perineal (Figura II): Primer grado. Laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito. No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación; Segundo grado. Laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné. Necesita reparación y se trata del grado de desgarro que se logra con una episiotomía; Tercer grado. Laceración que se extiende dentro del músculo del perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y también el esfínter anal. No compromete la mucosa rectal. Dependiendo del grosor de esfínter anal que abarque, este desgarro se clasifica, a su vez, en tres grados: III.A: incluye menos del 50% del grosor del esfínter anal externo; III.B: incluye más del 50% del grosor del esfínter anal

externo; III.C: incluye el esfínter anal externo y el esfínter anal interno; Cuarto grado. Está involucrada la mucosa rectal⁶.

5.2 Prevalencia de episiotomía

Queda reflejado en párrafos anteriores que, algunos de los motivos que argumentan los profesionales para justificar el uso rutinario de la episiotomía son mitos que la han llegado a convertir en uno de los procedimientos quirúrgicos que se realiza con más frecuencia a nivel mundial, aun sin tener suficiente apoyo de la evidencia científica sobre su efectividad. Así, la incidencia varía según el lugar del que se hable: en los Estados Unidos se realizan en un 50% al 90% de las primíparas; en Europa se realiza con una frecuencia del 30% (Suecia con el porcentaje más bajo con el 9,7%); esa frecuencia asciende del 90% al 100% en Latinoamérica y países como Taiwán. Se puede afirmar que estos porcentajes han ido disminuyendo con el paso del tiempo, después de muchos estudios sobre los beneficios y perjuicios de esta técnica. Así, en Inglaterra, la tasa de episiotomía es del 16%⁶.

En cuanto a España, la tasa varía mínimamente de unos hospitales a otros, encontrándose la media en un 43%, cifra que queda lejos de las recomendaciones de las principales organizaciones de salud¹⁰.

5.3 Indicaciones

A lo largo de los años las indicaciones de la episiotomía han ido variando, desde tratarse de una técnica que se utilizaba en casi todos los partos, a convertirse en un procedimiento cuestionado por el que se está abogando un uso selectivo y solo en casos verdaderamente justificados, como serían los siguientes (cabe destacar que el profesional debe estudiar de forma individualizada el caso de cada gestante y no realizarla de forma general porque se de alguno de los siguientes casos): ^{3,6,9,11}

- Acortar expulsivo por bradicardia fetal.
- Distocia de hombros.
- Parto instrumentado.

- Mutilación genital femenina.
- Parto de nalgas.
- Parto prematuro.
- Periné poco distensible, para evitar desgarros (sobre todo aquí hay controversia)¹⁰.

5.4 Consecuencias

Son muchas las consecuencias que para la mujer acarrea el uso indiscriminado de esta técnica, tanto a nivel físico como a nivel psicológico.

En cuanto a las complicaciones que se pueden observar físicamente, a corto plazo pueden darse las siguientes: extensión a desgarrar de tercer/cuarto grado, sangrado, edema, hematoma, infección, cicatrización molesta o dolorosa, entre otras; a medio/largo plazo pueden darse: deshidratación, sensación dolorosa en la cicatriz que produce dispareunia, incontinencia urinaria/fecal, entre otras^{12,13}.

Por otra parte, los sentimientos que genera la realización de una episiotomía son de culpa, impotencia, frustración...especialmente porque la mujer cree que ha hecho algo mal y que podía haberlo evitado¹⁴. Además, el hecho de ser una práctica que se hace sin el consentimiento de la mujer también influye en los sentimientos negativos que genera¹⁵.

5.5 Formación a los profesionales

A pesar de que la evidencia científica citada demuestra que la episiotomía selectiva acarrea menos complicaciones posparto que la episiotomía rutinaria, son muchos los profesionales que siguen realizando la técnica de manera sistemática, y así lo demuestra la prevalencia de episiotomía que sigue existiendo a nivel mundial⁶. Se justifican en una mejor preservación de la función sexual, la prevención de desgarros perineales severos, una reducción de la incidencia de incontinencia tanto urinaria como fecal, y la protección del recién nacido. Sin embargo, las protagonistas del

parto refieren mayores molestias, dolor, experiencias negativas influyentes en su recuperación posparto, etc¹⁶.

Cabe destacar que, tanto durante la enseñanza universitaria como post universitaria de los profesionales que atienden los partos, la formación en cuanto a episiotomía y, sobre todo, en cuanto a verdaderos casos en los que es necesaria su utilización, es escasa. Tanto en la carrera de Enfermería como en la de Medicina, los planes de estudios de las diversas universidades de España ofrecen solo una asignatura de Ginecología y Obstetricia, en la que, por experiencia, puedo afirmar que se trata muy someramente este tema. Solo los que tienen la suerte de realizar las prácticas en paritorio, pueden aprender más acerca de la anatomía, la técnica y la reparación de la episiotomía. Quizá sea por esta razón por la que los conocimientos de esta técnica se transmitan, en mayor medida, de generación en generación y por experiencia propia. Aunque más que la falta de formación, el verdadero problema radica en la carencia de actualización acerca del tema. Hay que tener en cuenta la importancia de actualizarse y seguir realizando formación post universitaria mientras se está ejerciendo la profesión, para evitar quedar obsoleto y poder llevar a cabo con la máxima profesionalidad posible el trabajo que se desempeña. Renovarse es importante en todos los ámbitos y, especialmente en este campo, en el que la evidencia cambia continuamente, abogando, hoy en día, por un uso restrictivo de la episiotomía.^{2,5,6,11,14,16,18}

Por este motivo, en los últimos años se han diseñado gran cantidad de estrategias con el fin de paliar esta falta de actualización, siendo las más importantes la expansión de la información científica disponible, la buena formación del profesional y el conocimiento de las evidencias disponibles por parte de las usuarias del sistema de salud^{16,17}.

Así, para disminuir este elevado número de episiotomías, muchas de las cuales se hacen sin indicación verdadera, sigue siendo necesaria una actualización de la formación a los profesionales de la salud que atienden los partos¹⁷.

6. Justificación del estudio

Queda expuesto en párrafos anteriores que la episiotomía, aun siendo una técnica invasiva, que se realiza la mayoría de veces sin el consentimiento de la mujer y que realizada sin indicación verdadera tiene más perjuicios que beneficios, sigue realizándose de manera indiscriminada en casi todas las partes del mundo. Los estudios muestran que la prevalencia de este procedimiento sigue estando muy por encima a las cifras que aconsejan las principales organizaciones de la salud, siendo las principales perjudicadas las mujeres, las mismas que deberían ser las verdaderas protagonistas del momento del parto^{10,15}.

Es cierto que en los últimos años se pueden observar cambios sustanciales en el sistema público de salud. En términos generales se está produciendo una evolución desde una aproximación biomédica a otra más psicosocial; y con respecto a lo que incumbe a este estudio, se está avanzando hacia un parto más respetado. Este cambio se puede observar en la disminución del número de episiotomías, la mejora de las infraestructuras para dar a luz o el cambio de protocolos para permitir que la mujer esté acompañada¹⁸. Aun así, queda mucho trabajo por hacer. Y es que, a menudo, la atención al parto no depende únicamente de la infraestructura o los protocolos del hospital, sino de la formación y sensibilidad del personal que lo atiende en ese momento. Así, la violencia obstétrica sigue siendo una realidad a erradicar y, en particular, la episiotomía una técnica que es necesario disminuir^{19,20}.

Por todos estos motivos, es esencial la realización de estudios cuyo objetivo sea actualizar a los profesionales para así poder aumentar los conocimientos y reducir a niveles aconsejados el número de episiotomías.

7. Hipótesis

El taller formativo impartido a los profesionales que atienden partos del HUAV actualizará los conocimientos que poseen con respecto a la episiotomía y disminuirá, por tanto, el número de episiotomías sin indicación.

8. Objetivos de la investigación

El objetivo general es actualizar y aumentar los conocimientos acerca de la episiotomía y reducir el número de éstas después de impartir un taller formativo a los profesionales que atienden partos en el HUAV.

Los objetivos específicos son:

- Evaluar el grado de conocimientos y formación actual de los profesionales sobre la episiotomía y sus indicaciones.
- Estimar la proporción de episiotomías realizadas antes de la intervención formativa, en un período de doce meses.
- Valorar el grado de conocimientos y formación de los profesionales sobre la episiotomía y sus indicaciones, después de realizar la intervención, así como el grado de satisfacción de los profesionales con la intervención realizada.
- Estimar la proporción de episiotomías realizadas después de la intervención formativa, en un período de doce meses.

9. Materiales y métodos

Tipo de diseño

El diseño del estudio será un ensayo clínico aleatorizado con grupo experimental y grupo control. Se trata de un diseño experimental en el que se realizará una intervención a un grupo de profesionales (grupo experimental), y el resultado obtenido se comparará con el resultado obtenido en otro grupo

formado por el mismo número de profesionales y con las mismas características (grupo control), sobre el que no se aplicará dicha intervención.

Población diana y población a estudio

La población a estudio serán todos aquellos profesionales del HUAV que tengan la capacidad de atender un parto, formado por treinta matronas/es y cincuenta ginecólogos/as (contando adjuntos y residentes), los cuales serán divididos en dos grupos: grupo experimental al que se le impartirá el taller de actualización, y grupo control al que no se le impartirá el taller. La intervención será evaluada por la proporción de episiotomías realizadas sobre mujeres que den a luz, antes y después de la intervención, en un período de doce meses.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión serán los siguientes: profesionales que pertenezcan a las categorías de facultativo especialista de área, Médico Interno Residente (MIR), enfermeros especializados en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas/es) y Enfermeros Internos Residentes (EIR); trabajadores en activo pertenecientes a la plantilla del HUAV; profesionales que acepten participar en el estudio.

Por su parte, los criterios de exclusión serán los siguientes: voluntariedad de no participar, no cumplimentación (o cumplimentación incompleta) del cuestionario, profesionales que se encuentren de baja laboral o de maternidad en el momento del estudio, profesionales que hayan hecho recientemente una actualización acerca del tema.

Con respecto a la evaluación de las episiotomías, se analizarán a todas las mujeres que hayan tenido un parto vaginal producido en el ámbito hospitalario durante los doce meses del año 2021 y que hubiesen sido recogidos los datos de estudio. También aquellas que tengan un parto vaginal producido durante los meses comprendidos entre junio de 2022 y mayo de 2023 (ambos incluidos). Se excluirán episodios incompletos, partos producidos fuera del hospital y datos erróneos durante el registro de los mismos.

Cálculo del tamaño de la muestra

Se invitará a participar a todos los profesionales que conforman la población a estudio y que cumplan los criterios de inclusión: treinta matronas/es y cincuenta ginecólogos/as. Se trata de una muestra exhaustiva, y no precisa de cálculo de tamaño muestral a priori ni método de muestreo.

Las episiotomías se analizarán sobre la totalidad de los partos ocurridos en el hospital doce meses antes y doce meses después de la intervención.

Asignación de los grupos de intervención

Para asignar a cada profesional un grupo, se le asignará a cada uno un número y a través del programa Epidat se seleccionará al azar los que irán al grupo experimental y los que irán al grupo control:

- Grupo experimental: compuesto por profesionales (matronas/es, ginecólogos/as y residentes de ambos grupos) a los que se les impartirá un taller de actualización de episiotomía.
- Grupo control: compuesto por profesionales (matronas/es, ginecólogos/as y residentes de ambos grupos) a los que no se les impartirá ningún taller.

Método de recogida de datos

Por una parte, para conocer el grado de información acerca de la episiotomía que tienen los profesionales se les pasará un cuestionario a ambos grupos antes y después de la intervención.

Por otra parte, los datos clínicos de los partos necesarios para medir la respuesta serán recogidos a través de la base de datos informática del HUAV, a la que el investigador principal no tiene acceso, por lo que le serán facilitados por la supervisora de paritorio.

Variables

Las variables a analizar en el proyecto serán:

- Variable dependiente/respuesta: ocurrencia de episiotomía.
- Variables independientes/explicativas relativas con el profesional: edad, género, años de experiencia profesional, experiencia en el puesto actual, categoría profesional y año de finalización de estudios.
- Variables independientes/explicativas relativas con la mujer: paridad, tipo de episiotomía, inicio del parto, tipo de parto, desgarro del canal del parto, uso de oxitocina, tipo de analgesia, edad gestacional, peso del recién nacido, posición en el parto.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Dependiente	Ocurrencia de episiotomía	-Sí -No	Categórica
Independientes relativas a la mujer	Paridad	-Nulípara -Primípara -Multípara	Cualitativa nominal
	Tipo de episiotomía	-Mediolateral -Central	Cualitativa nominal
	Inicio del parto	-Espontáneo -Inducido -Estimulado	Cualitativa nominal
	Tipo de parto	-Eutócico -Distócico	Cualitativa nominal
	Desgarro del canal del parto	-No desgarro -Desgarro I grado -Desgarro II grado -Desgarro III grado -Desgarro IV grado	Cualitativa nominal

	Uso de oxitocina	-Sí -No	Cualitativa nominal
	Tipo de analgesia	-Sin analgesia -Local -Epidural	Cualitativa nominal
	Edad gestacional	-Pretérmino (<37SG) -A término (>37SG)	Cualitativa ordinal
	Peso del recién nacido	-< 2500 gr - Entre 2500 y 4000 gr -> 4000 gr	Cualitativa ordinal
	Posición en el parto	-Litotomía -Cuadrupedia -Sentada -Cucullas -De pie -Decúbito lateral	Cualitativa nominal
Independientes relativas al profesional	Edad		Cuantitativa discreta
	Género	-Hombre -Mujer	Cualitativa nominal
	Años de experiencia profesional		Cuantitativa discreta
	Experiencia en el puesto actual		Cuantitativa discreta
	Año de finalización de estudios		Cuantitativa discreta

Tanto la variable dependiente como las variables independientes relativas a la mujer, se extraerán de la base de datos del programa que utiliza el HUAV para registrar los partos.

Por otra parte, para medir las variables independientes relativas al profesional se utilizará un cuestionario (Anexo I). Debido a que no existe ningún cuestionario validado que abarque los puntos que este estudio quiere medir, se

utilizará uno extraído de una tesis doctoral cuya autora utilizó dos cuestionarios validados e hizo un compendio de ambos, resultando un cuestionario ideal para el propósito de este estudio. Dicho cuestionario recoge 27 ítems, agrupados en cinco bloques: el primer bloque pregunta por datos sociodemográficos; el segundo evalúa los conocimientos que se poseen acerca de la episiotomía; el tercer bloque interroga acerca del conocimiento de la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud; el cuarto bloque trata los desgarros perineales; y, el último bloque, pregunta sobre la formación en la materia. Además, el cuestionario cuenta con un pictograma que representa el momento de la coronación de la cabeza del bebé en la vagina, en el que se señalan los diferentes tipos de episiotomía. Se pide que se indique el lugar y el tamaño de realización de la episiotomía, con el objetivo de valorar la variabilidad existente en la práctica de dicha técnica.

Descripción de la intervención

En primer lugar, se reunirá a todos los profesionales, tanto los del grupo experimental como los del grupo control, y se les pasará el cuestionario. La manera de hacerlo será la siguiente: ya que la plantilla se compone de unos ochenta profesionales, se dividirán en grupos de diez y se les citará cada día a un grupo, durante dos días a la semana, necesitando un mes para que todos los profesionales realicen el cuestionario. Durante la realización del mismo, una persona estará supervisando que los participantes lo realicen utilizando sus conocimientos, sin buscar información en cualquier fuente ni copiándose del compañero.

En cuanto al taller formativo de actualización será impartido al grupo experimental. Con el fin de aumentar la participación se impartirá en una sola sesión, que durará tres horas aproximadamente. Se realizará por la tarde y tantas veces como sea necesario para que pueda estar presente toda la plantilla. La intención es realizar grupos no muy grandes para que se pueda fijar mejor la atención en la persona que lo imparte y haya menos probabilidad de distracción. Los grupos serán mixtos: formados por matronas/es, ginecólogos/as y residentes, que en suma harán un total de unas cinco

personas. El taller se impartirá cada día a cinco profesionales distintos, y habrá dos sesiones por semana, por lo que se necesitará, aproximadamente, un mes para formar a todos los profesionales del grupo experimental. Para asegurar que toda la plantilla asista al taller, se utilizará también el mes siguiente para impartirlo por si queda alguien sin asistir.

Durante las tres horas que dura el taller, la persona que lo imparta hablará acerca de la anatomía, de la técnica de episiotomía y, sobre todo, de sus indicaciones, actualizando así la información que posea cada profesional.

Después de la intervención, se volverá a citar a los profesionales para que realicen de nuevo el cuestionario, siguiendo las mismas instrucciones que la vez anterior.

Descripción del seguimiento

Será necesario contabilizar el número de partos y de episiotomías en un período de tiempo que sea igual que las contabilizadas antes de la intervención. La eficacia de la intervención se verá reflejada en la disminución del número de episiotomías realizadas en los partos acontecidos después de la formación con respecto al período anterior a la intervención.

Estrategia de análisis estadístico

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de todas las variables. Para analizar las variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes, y para las cuantitativas media, desviación estándar, mediana y moda. Además, se realizarán las pruebas estadísticas adecuadas para los objetivos planteados y la hipótesis propuesta. También se llevará a cabo una verificación de la muestra mediante pruebas de homogeneidad entre los grupos de estudio. Se contrastarán las hipótesis previamente formuladas con las pruebas de la Chi-Cuadrado (para las variables cualitativas), la t de Student (cuando se trate de una variable cualitativa y otra cuantitativa), y la correlación de Pearson (para las variables cuantitativas). Para evaluar el número medio de episiotomías realizadas antes y después de la intervención en cada grupo, se aplicarán

procedimientos de Análisis de la Varianza (ANOVA) de medidas repetidas con un factor.

Se considerarán los resultados estadísticamente significativos para un valor de $p < 0.05$.

Programa estadístico a utilizar

El software que se utilizará en los análisis será el IBM SPSS Statistic versión 24.

10. Aplicabilidad y utilidad de los resultados

En cuanto a la aplicabilidad y la utilidad práctica, cabe destacar que el propósito de este proyecto de investigación es demostrar los beneficios de la episiotomía practicada de manera selectiva frente a la episiotomía rutinaria, para lo que se impartirá un taller de actualización de conocimientos. Son muchos los estudios cuyos resultados muestran las ventajas que tiene una política de episiotomía restrictiva, pero aun así, esta técnica se sigue practicando en porcentajes mayores de los establecidos por las principales instituciones mundiales de salud. Así, sumado a la realización de este tipo de proyectos, y para no caer en el error de asumir la episiotomía como una técnica rutinaria, también se debe trabajar en la formación de estudiantes de áreas obstétricas; para que los profesionales que brindan la atención conozcan bien las indicaciones, los riesgos y los beneficios de realizar la episiotomía, se deben adaptar los protocolos de atención a la mujer gestante; y también sería interesante impulsar la realización de estudios cualitativos que permitan a las mujeres mostrar su propia experiencia de parto, para tener en cuenta y no dejar de lado sus sentimientos, pensamientos y manera de actuar cuando se le practica una episiotomía.

11. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para la realización del trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguiente bases de datos: MEDLINE (mediante la

herramienta informática PubMed), LILACS, MEDES, COCHRANE PLUS, GUÍA SALUD. También se han consultado algunas revistas de investigación en enfermería y se han revisado documentos externos y llevado a cabo una búsqueda inversa en las referencias bibliográficas de algunos de los artículos encontrados.

La búsqueda electrónica se ha realizado en los idiomas castellano, inglés y portugués. Aunque se han seleccionado los artículos más recientes, no se ha establecido límite de fechas, siendo del año 1996 el artículo más antiguo, y el más reciente del año 2019. El margen de búsqueda es tan amplio (incluyendo así un artículo muy antiguo) debido a que los países de mayor producción y publicación de artículos científicos están muy concienciados acerca del tema de la episiotomía selectiva, y sus hospitales emplean esa política desde hace muchos años. Por eso, actualmente se centran más en otros temas novedosos y de mayor interés, dejando de lado la publicación de artículos referentes a la episiotomía. Si se hubiera establecido un límite de años, se hubiera perdido gran cantidad de información. Por el contrario, en España, la obstetricia ha prestado poca atención a la pertinencia del uso de la episiotomía selectiva, y es ahora cuando se está poniendo un mayor interés y están surgiendo más referencias bibliográficas en la bibliografía obstétrica. De ahí surge la inclinación para realizar el trabajo sobre la episiotomía. Como se muestra en la tabla, para tal fin se han utilizado distintos descriptores:

PALABRAS CLAVE (DECS)	
Descriptor en español	Descriptor en inglés
Mujeres embarazadas/embarazo	Pregnantwomen/pregnancy
Parto normal/episiotomía selectiva	Natural childbirth
Episiotomía/episiotomía rutinaria	Episiotomy
Formación profesional	Professional training

12. Limitaciones y posibles sesgos

Una posible limitación podría ser una falta de respuesta, ya que el tamaño de la población no es excesivamente grande. El tamaño de la muestra puede verse afectado debido a la reticencia de los profesionales a colaborar,

así como el tamaño de la muestra puede verse influido también por las pérdidas que se producen a lo largo del estudio.

Al aleatorizar en el mismo centro, puede darse un intercambio de comunicación entre los profesionales sanitarios de ambos grupos que de lugar a una distorsión en la intervención formativa.

También puede darse el efecto Hawthorne, por lo que se podrían encontrar sesgos en los resultados. Esto es debido a que los profesionales saben que están siendo estudiados.

Pese a la búsqueda de la neutralidad, puede darse el efecto Rosenthal, debido a que es el propio investigador el que dirige la intervención, por lo que es inevitable su participación en el estudio.

Por último, y con el objetivo de minimizar el sesgo de selección, la asignación al grupo experimental y al grupo control se realizará de forma aleatoria.

13. Posibles problemas éticos

Se garantiza en todo momento el respeto de los preceptos éticos fundamentales como son:

- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013²¹.
- Las normas de buena práctica clínica, (CPMP/ICH/135/95)²².
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal²³.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica²⁴.
- Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación biomédica²⁵.

En el estudio se preservarán en todo momento los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Asimismo, se solicitará la aprobación del Comité de Ética del HUAV. También se obtendrá la firma del consentimiento informado (Anexo II) por parte de los profesionales sanitarios que participen en el estudio, pudiendo revocarlo libremente sin ningún tipo de problema o consecuencia.

Además, el trabajo ha sido presentado por la oficina OIR de la Universidad Miguel Hernández (UMH), con código 210608122249.

14. Calendario y cronograma

El estudio comenzará en septiembre de 2021 y tendrá lugar hasta agosto de 2023. Los primeros cuatro meses serán utilizados para la búsqueda de bibliografía, el planteamiento del estudio y la solicitud de permisos tanto a la supervisora de paritorio para que facilite los datos del número de partos y episiotomías de ese año, como a la dirección del hospital para que faciliten las salas y el material necesario.

Los meses de enero y febrero de 2022 se utilizarán para la captación de participantes. Se informará a la plantilla de ginecólogos/as y matronas/es del HUAV y se le explicará en qué consiste el estudio, para pedir así su participación. La información se les dará de forma verbal y por escrito, en un documento en el que se explique en qué consiste el estudio. Se requiere un mes debido a que estos profesionales trabajan por guardias y es difícil acceder a todos ellos, ya que la persona que lleva a cabo el estudio quiere explicarles personalmente el objetivo del mismo.

Durante el mes de marzo se pasará el cuestionario pre-intervención. En los meses de abril y mayo se impartirá el taller. Durante el mes de junio se pasará el cuestionario post-intervención.

La transcripción y análisis de los resultados recogidos en los cuestionarios, tanto pre como post-test, se realizará durante los meses de julio y septiembre. Se dejará agosto de vacaciones.

El estudio no finalizará hasta contabilizar el número de partos y de episiotomías en un período de tiempo que sea igual a las contabilizadas antes de la intervención. Así, se contará desde junio de 2022 hasta mayo de 2023 (ambos incluidos): doce meses en los que los profesionales sanitarios del grupo experimental estarán aplicando los conocimientos actualizados en el taller, y los profesionales del grupo control seguirán trabajando como lo hacían antes.

Finalmente, durante los meses de junio y julio de 2023 se realizará la elaboración de conclusiones y el informe final. Durante el mes de agosto se realizará la publicación y difusión de los datos.

AÑOS	2021				2022												2023			
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	6	7	8	
Etapa I: Fase de preparación	■	■	■	■																
Revisión bibliográfica	■	■																		
Elaboración del estudio	■	■	■																	
Solicitud y consecución de permisos necesarios	■	■	■																	
Presentación del proyecto				■																
Etapa II: Fase de ejecución					■	■	■	■	■	■	■	■								
Captación de participantes y consentimiento					■	■														
Realización cuestionario pre-							■													
Impartición taller								■	■											
Realización cuestionario post-										■										
Descanso por vacaciones del personal												■								
Etapa III: Fase final											■		■				■	■	■	
Análisis de los datos											■		■							
Elaboración de conclusiones y del informe final																	■	■		

15. Personal que participará en el estudio

El estudio será llevado a cabo en su totalidad por la matrona investigadora. Será la encargada de la captación de los participantes explicando el objetivo del estudio, de la impartición de los talleres, de los análisis de los datos y de la elaboración de las conclusiones.

16. Instalaciones e instrumentación

En cuanto a instalaciones, será necesaria una sala del HUAV para realizar los cuestionarios e impartir el taller. Se utilizará la sala de actos que cuenta con un proyector, pudiendo así descontarlo del presupuesto del estudio.

17. Presupuesto

RUBRO	Recurso	Descripción	Presupuesto
Recursos disponibles	Recursos materiales	Salas habilitadas	0€
		Ordenadores	0€
		Proyectores	0€
	Recursos personal	Investigador principal	0€
Recursos necesarios	Recursos materiales	Fotocopias	0.03€ x 100= 3€
		Estadístico	60,00e/h x 10h= 600,00€²⁶
	Publicación	Revista Gaceta Sanitaria	450,00€²⁷
	Traducción	Traducción para publicación	1.000€²⁸
	Presentación congreso	Congreso Nacional Asociación	400€²⁹ (aprox)

		Española de Matronas	
		Gastos viaje	300,00€
Imprevistos			2753,00€ + 20%
TOTAL			3303,60€



18. Referencias bibliográficas

1. Grupo Técnico de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra. 1996. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
2. Benloch-Doménech C, Barbé-Villarrubia MJ, Cascales J. Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *Musas*. 2019; 4(1): 98-119.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco; 2010. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf
4. Hernández JM, Echevarría P. Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático”. *RIS*. 2016; 74(1): 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>.
5. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; (2): 1-74.
6. Berzaín MC, Camacho LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *RevCientCienMed*. 2014; 17(2): 53-7.
7. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincelloe DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 2012; 119(5): 522-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x.
8. Sagi L, Bahous R, Caspin O, Kreinin I, Gonen R, Sagi S. No episiotomy versus selective lateral/mediolateral episiotomy (EPITRIAL): an interim analysis. *IntUrogynecol J*. 2018; 29(3): 415-23. doi: 10.1007/s00192-017-3480-7.
9. Sánchez MI. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enferm Docente*. 2012; 97: 27-32.
10. Avilés Z, López EA, Driéguez C, Conesa MB. Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon.

Enferm Global. 2019; 53: 195.<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051>.

11. Ballesteros C, Carrillo C, Meseguer M, Canteras M, Martínez ME. La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización. *Rev Latino-Am Enfermagen*. 2016; 24: e2793. 6 páginas. doi: 10.1590/1518-8345.0334.2686.
12. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; (2): 1-74.
13. Souza NL, Junqueira SM, Barbosa da Silva FM, de Oliveira J. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomía. *Revista Enfermagem Uerj*. 2013; 21(2): 216-20.
14. Da Silva I, Santana R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enferm Global*. 2017; 16(47): 71-9. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>.
15. Pacheco J, De Souza I; Costa ER, Conceição R; Amorim CM; Spindola T. Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas. *Rev Enferm UERJ*. 2016; 24(5): 1-5.
16. Ferreria CM, Fernandes MN. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enferm Global*. 2017; 16(47): 539-51. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>.
17. Ballesteros C. Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un hospital universitario de la Región de Murcia [tesis doctoral]. Murcia: Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia; 2014.
18. Macías MG, Haro JI, Piloso FE, Galarza GL, Quishpe MC, Triviño BN. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dom Cien*. 2018; 4(3): 392-415.
19. Borges L, Sánchez R, Domínguez R, Sixto A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Rev Cubana ObstetrGinecol*. 2018; 44(3): 1-12.

20. Hernández J, Azón E, Mir E, Peinado R, Val B, Mérida A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. EG. 2014; 35: 398-411.
21. WMA [Sede Web]*. Francia: Asociación Médica Mundial; 2013 [26 de Octubre de 2013] Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres Humanos. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
22. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Sede Web]*. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; Enero 1997 [Julio 2002] Las normas de Buena práctica clínica. [57 páginas]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/docs/guiaBPC_octubre-2008.pdf
23. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14 de Diciembre de 1999).
24. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).
25. De Investigación Biomédica. Ley 14/2007, de 3 de Julio. Boletín Oficial del Estado, nº 159, (4 de julio de 2007).
26. Tarifas del servicio de apoyo a la investigación del IISGM. Disponible en: <http://www.iisgm.com/wp-content/uploads/2013/09/Tarifas-SAI-Bioestad%C3%ADstica-.pdf>
27. Revista Gaceta Sanitaria. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-guia-autores#gastos>
28. Ibidem Group. Disponible en: <https://www.ibidemgroup.com/precios-traduccion.php>
29. Asociación Española de Matronas. Disponible en: <https://aesmatronas.com/congreso/>

19. Anexos

TABLAS

TABLA I. Tipos y características de episiotomías.

TIPOS DE EPISIOTOMÍA	ORIGEN DE LA INCISIÓN INICIAL	DIRECCIÓN DEL CORTE
Mediana	A menos de 3 mm de la línea media en la horquilla posterior	Entre 0° y 25° del plano sagital
Mediana modificada	A menos de 3 mm de la línea media en la horquilla posterior	Entre 0° y 25° del plano sagital, con dos cortes transversos añadidos a cada lado
En forma de “J”	A menos de 3 mm de la línea media en la horquilla posterior	Al principio a través de la línea media. A continuación, se dirige hacia la tuberosidad isquiática
Mediolateral	A menos de 3 mm de la línea media en la horquilla posterior	Dirigido lateralmente en un ángulo de al menos 60° de la línea media hacia la tuberosidad isquiática
Lateral	Más de 10 mm de la línea media de la horquilla posterior	Lateralmente hacia la tuberosidad isquiática
Lateral radical	Más de 10 mm de la línea media	Lateralmente hacia la tuberosidad isquiática y alrededor del recto
Anterior	En la línea media	A través de la línea media, dirigido hacia el pubis

Fuente: elaboración propia a partir de Sagi et al⁸.

FIGURAS

FIGURA I. Tipos de episiotomías.

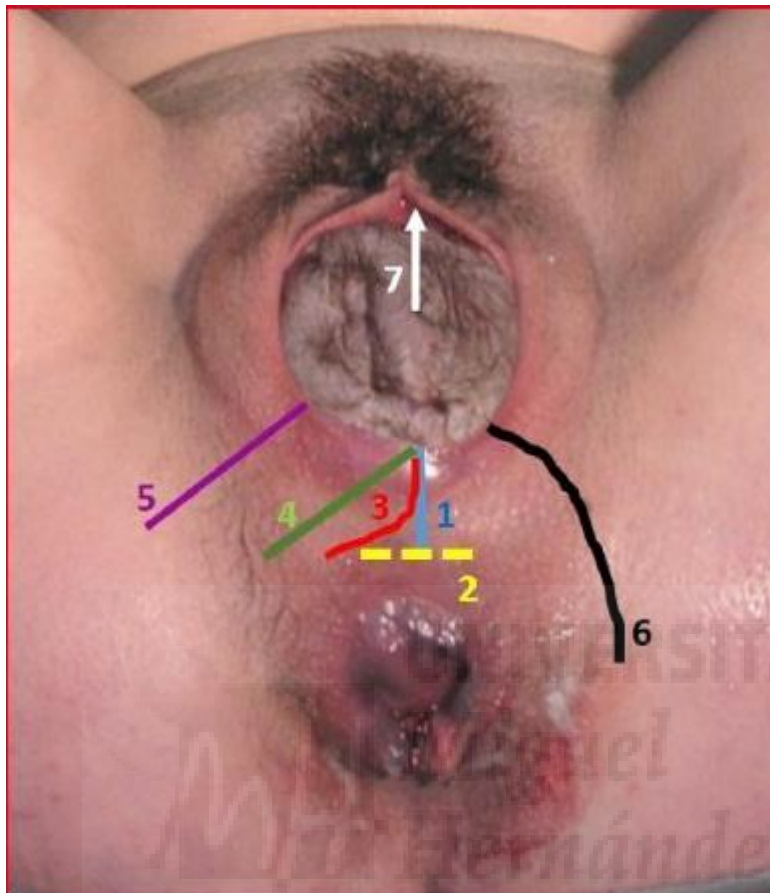


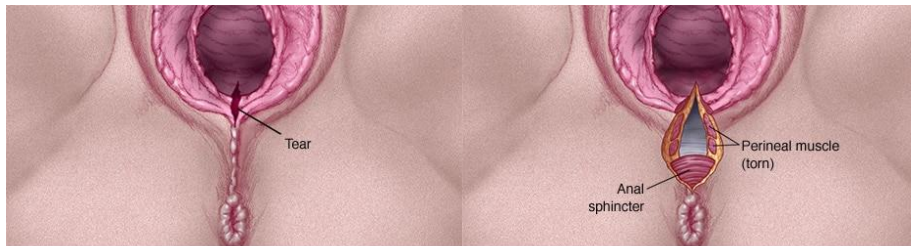
Figura 1: Clasificación de la episiotomía, según tipo de corte. Números; 1: Mediana. 2: Mediana modificada. 3: En forma de J. 4: Medio lateral. 5: Lateral. 6: Lateral radical. 7: Anterior.

Fuente: Kalis V et al⁷.

FIGURA II. Tipos de desgarrros.

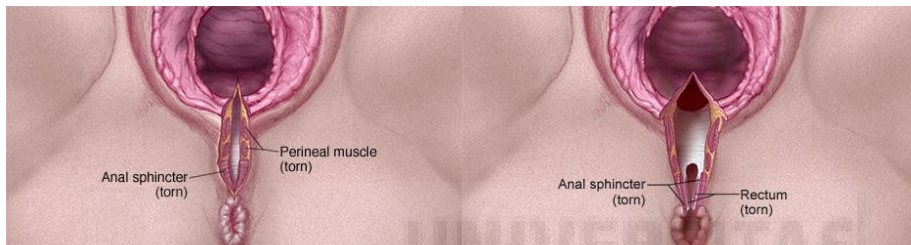
Primer grado:

Segundo grado:



Tercer grado:

Cuarto grado:



Fuente: mayoclinic.org

Miguel Hernández

ANEXOS

ANEXO I. Cuestionario¹⁷.



Nº _____

El cuestionario es completamente confidencial, no se le pide su nombre ni otra información que le identifique. El propósito de esta encuesta es realizar una investigación en enfermería para una futura tesis doctoral de la Universidad de Murcia y cuyo objetivo es analizar la percepción que tenemos los profesionales sanitarios en relación al procedimiento de la episiotomía. La participación es voluntaria y se agradece su colaboración y sinceridad a la hora de rellenarlo.

Fecha: ___ / ___ / ___ Día mes año

DATOS DE AFILIACIÓN (MARCAR CON UNA CRUZ)

1. Edad ____
2. Sexo Mujer
 Hombre
3. Años de experiencia profesional: ____ años.
4. Años de experiencia en el puesto actual: ____ años.
5. Especialidad:
 Enfermero/a Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona).
 Médico/a Especialista en Obstetricia y Ginecología.
 EIR (Señale) 1º 2º año.
 MIR (Señale) 1º 2º 3º 4º año.
6. Año en que finalizó sus estudios de especialista en Obstetricia: ____ (Excepto EIR/MIR)
7. Dispongo de un conocimiento suficiente de la anatomía del suelo pélvico. (Marque la que corresponda)

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

8. En su opinión, qué músculo/s cree que se secciona/n cuando se realiza una episiotomía (puede marcar varios):
 Bulbocavernoso Elevador del ano
 Isquiocavernoso Diafragma urogenital.
 Trasverso superficial del periné Esfínter externo del ano
 Trasverso profundo del periné Otros _____
9. Qué criterios se usan normalmente para realizar una episiotomía (puede marcar varios):
 Rigidez perineal. Presentación fetal anómala. Bradicardia fetal manifiesta.
 Primiparidad. Periné corto. Monitor no satisfactorio.
 Feto macrosómico. Inminencia de rotura perineal. Otros _____
 Prematuridad. Acortamiento de tiempo de expulsivo.
 Episiotomía anterior.
10. ¿Cuál es el tipo de episiotomía que practica usted con mayor frecuencia?
 Central Medio-lateral Lateral
11. ¿Cuál es la técnica de sutura que emplea normalmente? Continua. Discontinua.

12. El centro donde usted trabaja tiene una política de episiotomía selectiva.

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

13. Es positiva una política de episiotomía selectiva.

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

14. ¿Conoce la Estrategia de Atención al Parto Normal? SI NO NS/NC

15. Se siguen las recomendaciones de la Estrategia de atención al Parto Normal

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

16. En su opinión, ¿la episiotomía se debe realizar de forma rutinaria para la prevención de las complicaciones tardías del parto?

No Sí, de forma rutinaria Sí, libremente Ante el riesgo de desgarro inminente

17. La episiotomía tiene un papel preventivo en los desgarros perineales de IV grado.

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

18. Ha recibido formación teórica específica (en una sesión clínica, videos, etc.) respecto al procedimiento de la episiotomía.

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

19. He recibido un entrenamiento formal en la reparación de desgarros perineales dentro de su programa de formación.

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

20. Se recibe suficiente formación en materia de protección perineal durante la etapa de expulsión fetal.

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

21. En el caso de tener que suturar una lesión perineal, ¿Con que situación se siente más cómodo/a
 Desgarro (II grado) Episiotomía Indistintamente

22. Ha tenido que ampliar la información recibida durante su formación en materia de:

- a. Episiotomía. SI NO NS/NC
b. Desgarros perineales. SI NO NS/NC

23. Para documentarse sobre el procedimiento de la episiotomía ha utilizado:

Libros Artículos Internet Cursos Ninguno

Para documentarse sobre los desgarros perineales ha utilizado:

Libros Artículos Internet Cursos Ninguno

24. Es necesaria una formación más teórica sobre el procedimiento de la episiotomía.

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

25. Es de mucha utilidad un curso teórico-práctico sobre la anatomía del suelo pélvico y reparación de sus lesiones.

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

26. Según su experiencia, se producen más desgarros de III y IV grado con la episiotomía.

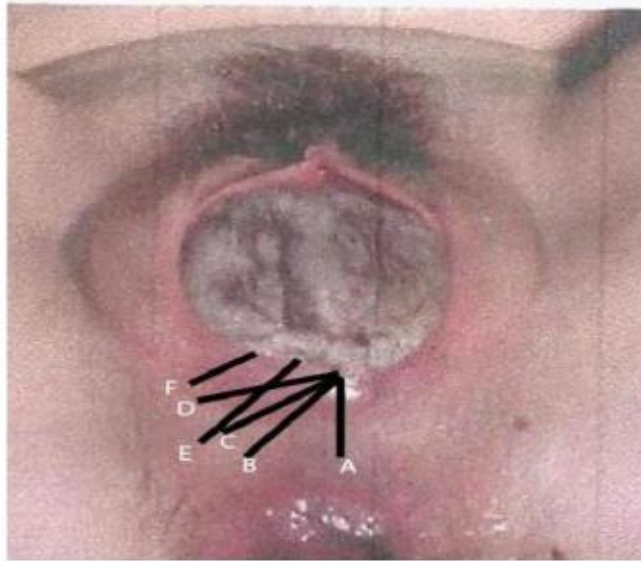
Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

27. En su opinión en su práctica clínica se muestra respecto a la episiotomía selectiva:

A favor En contra

PICTOGRAMA DE EPISIOTOMÍA:

A continuación señale en el pictograma el **lugar** y el **tamaño** donde realiza la episiotomía en caso de que esté indicada clínicamente.



El modelo que más se ajusta a la que usted realiza con más frecuencia es:

A B C D E F (Si no se ajusta ninguno, dibuje el que suele realizar)

El tamaño aproximado de corte que suele realizar se encuentra entre:

1-2 cm >2-3cm > 3-4 cm >4cm Otros: _____

Agradecemos su colaboración.

Puede incluir, si lo desea, alguna sugerencia:

ANEXO II: Hoja de consentimiento informado.

La intención de este consentimiento es facilitar a los participantes de este estudio una explicación del mismo, así como su papel en él como participantes.

La presente investigación es llevada a cabo por Ada Selene Sánchez Navarro, enfermera especialista en enfermería y obstetricia. La finalidad de este estudio es actualizar y aumentar los conocimientos acerca de la episiotomía y reducir el número de éstas después de impartir un taller formativo a los profesionales que atienden partos en el HUAV.

La participación en este proyecto es, por supuesto, voluntaria. La información obtenida será confidencial y no se empleará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas de su cuestionario serán codificadas empleando un número de identificación, siendo de esta manera anónima.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas y resolverlas en cualquier momento durante su participación en él. De igual manera, puede retirarse del proyecto siempre que lo desee en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Si le parecen incómodas algunas de las preguntas del cuestionario, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, llevada a cabo por Ada Selene Sánchez Navarro. He sido informado/a de que el objetivo de este estudio es actualizar y aumentar los conocimientos acerca de la episiotomía y reducir el número de éstas después de impartir un taller formativo a los profesionales que atienden partos en el HUAV.

Asumo que la información que yo proporcione a lo largo de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este proyecto sin mi expreso consentimiento. He sido informado/a de que puedo resolver mis preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, pudiéndome retirar del mismo cuando así lo decida, sin que esto conlleve perjuicio alguno para mi persona. Si tengo preguntas sobre mi participación en esta investigación, puedo contactar a 660871063.

Entiendo que una copia de este consentimiento me será entregada, y que podré pedir información sobre los resultados de este proyecto cuando éste haya acabado. Para esto, puedo contactar a Ada Selene Sánchez Navarro al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha