



# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

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

**Dña. Carmen Ballesteros Meseguer**  
**2014**



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**TESIS DOCTORAL**

**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.**

Carmen Ballesteros Meseguer

Dirigida por:

Dra. María Emilia Martínez Roche

Dr. Mariano Meseguer de Pedro

Murcia, 2014



# INFORME 1



## INFORME 2



## INFORME 3









**A mi marido y a mis tres hijos Juan Francisco, David y Laura,  
que me han permitido robarles algunos momentos suyos  
en aras de la persecución de un sueño profesional  
y tratando de constituir un ejemplo  
de constancia y esfuerzo  
para sus vidas.**



## **AGRADECIMIENTOS**

---

Le agradezco a Dios el haber hecho posible la finalización de esta tesis, pues soy consciente de mis carencias y Él ha sido mi apoyo y mi fortaleza en todo momento.

A mi familia, por haber creído en mí y haberme alentado en los momentos difíciles que fueron muchos.

A mis directores de tesis, Dra. M<sup>a</sup> Emilia Martínez-Roche y Dr. Mariano Meseguer, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de la misma, pero sobre todo por la confianza, apoyo y por dedicarme algo muy valioso que es su tiempo.

Al profesor Catedrático Dr. Canteras, que ha logrado transmitirme su amor por la estadística y me ha iniciado a caminar por sus complejas calles.

A las instituciones que han servido de base para hacer posible la elaboración de este estudio, al Servicio Murciano de Salud, en concreto al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y a la Universidad de Murcia, en concreto a la Facultad de Enfermería. También a los profesionales que, a pesar de la demanda asistencial, han soportado pacientemente mis encuestas y han decidido colaborar. Y al Hospital de Santa Lucía de Cartagena, donde se llevó a cabo el estudio piloto, gracias a la colaboración de sus profesionales y en especial de M<sup>a</sup> Dolores Nicolás.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis compañeras del departamento de Enfermería y en especial a las profesoras Dra.

## AGRADECIMIENTOS

Florentina Pina, Dra. Pilar Almansa y D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Martínez-Espejo, por ofrecerme su apoyo incondicional. Y mención especial merece el Dr. César Carrillo García por su inestimable apoyo logístico en la redacción y defensa del estudio.

A mis colegas, matronas y auxiliares, del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y en especial a Concha nuestra “súper”, por alentarme en todo momento a la investigación y hacerme ver que puedo contar con ella para lo que necesite.

A mis amigas M<sup>a</sup> Dolores Celdrán y Frank Molina por sus consejos, sus largas charlas de ánimo y orientación y por ayudarme a encontrar el camino del entusiasmo en los momentos de abatimiento.

Y finalmente a mis compañeras de fatigas, que nos encontramos en la realización del doctorado y nos hemos ayudado mutuamente en los momentos clave, Pilar Madroñal, Belén Conesa, Carmen Martínez Rojo, Natalia Rodríguez y M<sup>a</sup> Dolores Nicolás.

A todos ellos y a los que no he nombrado pero que tengo muy presentes por su apoyo en algún momento a lo largo de esta tesis, mi más sincero agradecimiento

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
INTRODUCCIÓN	3
<b>BLOQUE I MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1: Una Aproximación Histórica a los Movimientos Sociales de Mujeres que han Promovido un Cambio en la Asistencia Sanitaria al Parto</b>	<b>13</b>
1.1. Las Mujeres en España	15
1.2. Las Matronas Durante el Proceso de Cambio	21
<b>CAPÍTULO 2: Perspectiva Histórica del Procedimiento de la Episiotomía</b>	<b>27</b>
2.1. Orígenes de la Episiotomía	27
2.2. La Situación Actual del uso de la Episiotomía en España	38
<b>CAPÍTULO 3: Antecedentes del Procedimiento de la Episiotomía</b>	<b>45</b>
3.1. Indicaciones Clínicas	47
3.2. Indicaciones de contexto	49
3.2.1. Tipo de Hospital	49
3.2.2. Horario Laboral de los Profesionales	50
3.2.3. Profesionales Sanitarios que Asisten a la Mujer en su Proceso de Parto.	51
3.3. Descripción del Procedimiento de la Episiotomía	57
<b>CAPÍTULO 4: La Episiotomía como riesgo potencial para la mujer</b>	<b>67</b>
4.1 Posibles Complicaciones Físicas de la Episiotomía para la Mujer	68
4.2 Posibles Complicaciones Psicológicas y Sociales de la Episiotomía para la Mujer	72
<b>CAPÍTULO 5: Marco Legislativo del Procedimiento de la Episiotomía</b>	<b>77</b>
<b>CAPÍTULO 6: Contexto y Justificación</b>	<b>87</b>
6.1. Contexto	87
6.2. Justificación	90
<b>BLOQUE II MARCO EMPÍRICO</b>	<b>95</b>
<b>CAPÍTULO 1: Objetivos Generales y Específicos</b>	<b>97</b>
<b>CAPÍTULO 2: Hipótesis del Estudio</b>	<b>99</b>
<b>CAPÍTULO 3: Marco Metodológico</b>	<b>101</b>
3.1. Revisión Bibliográfica	101
3.1.1. Revistas Médicas Consultadas:	102
3.1.2. Revistas de Enfermería Consultadas	103



## ÍNDICE

3.1.3. Publicaciones procedentes de Organismos e Instituciones	104
3.1.4. Soporte Legislativo	104
3.1.5. Bases de Datos	104
3.1.6. Revisiones Sistemáticas	105
3.2. Diseño de la Investigación	105
3.3. Población de Referencia	106
3.3.1. Población Diana	106
3.3.2. Población de Estudio	106
3.3.3. Tasa de Participación	107
3.4. Variables de Investigación	107
3.4.1. Variables Sociodemográficas	107
3.4.2. Variables Clínicas Obstétricas	109
3.4.3. Variables de Contexto	110
3.5. Consideraciones Éticas	110
3.6. Limitaciones del Estudio	112
3.7. Instrumento de Recogida de Datos	112
3.8. Procedimiento de Aplicación del Cuestionario	113
3.9. Análisis Estadístico de los Datos	114
<b>CAPÍTULO 4: Resultados</b>	<b>117</b>
4.1. Abordaje de Prácticas Clínicas Basadas en el Mejor Conocimiento Disponible	119
4.1.1. Rasurado del Periné	119
4.1.2. Enema	119
4.1.3. Acompañamiento Durante el Proceso de Parto	119
4.1.4. Durante la Dilatación	120
4.1.5. Manejo del Dolor durante el Parto	120
4.1.6. Posición materna durante el período expulsivo	121
4.1.7. Partos Instrumentales	121
4.1.8. Cesáreas	122
4.2. Análisis de la Episiotomía y su Relación con Distintas Variables Clínicas y Contextuales	125
4.2.1. La Episiotomía y su Relación Bivariada con Distintas Variables Clínicas y Contextuales	125
4.2.1.1. Tipo de Episiotomía en Relación al Inicio de Parto	126
4.2.1.2. Acompañamiento al Parto en Relación a la Episiotomía	127
4.2.1.3. Turno de Día o de Noche en Relación a la Episiotomía	128

4.2.1.4. Episiotomía en Relación al Tipo de finalización del Parto Vaginal	129
4.2.1.5. Episiotomía y Desgarro Perineal.	131
4.2.1.6. El Uso de Oxitocina y la Episiotomía	132
4.2.1.7. El tipo de Analgesia y la Episiotomía	133
4.2.1.8. Edad Materna en Relación al Tipo de Episiotomía	134
4.2.1.9. Edad Gestacional en Relación al Uso de la Episiotomía	135
4.2.1.10. El Peso del Recién Nacido en Relación a la Episiotomía	136
4.2.1.11. Tipo de Postura en el Parto en Relación a la Episiotomía	137
4.2.2 La Episiotomía y su Relación Trivariada con Distintas Variables Clínicas y Contextuales	138
4.2.2.1. Tipo de Finalización del Parto en Relación a la Paridad y a la Episiotomía	138
4.2.2.2. Analgesia Epidural en Relación a la Paridad y a la Episiotomía	139
4.2.2.3. Grados de Desgarro Perineal en Relación a la Paridad y al Uso de Episiotomía	140
4.2.2.4. Tipo de Finalización del Parto en Relación a la Epidural y a la Episiotomía	141
4.2.2.5. Grados de Desgarro Perineal en Relación a la Epidural y al Uso de Episiotomía	142
4.2.2.6. Tipo de Finalización del Parto en Relación al Peso del Recién Nacido y a la Episiotomía	143
4.2.2.7. Uso de Epidural en Relación al Peso del Recién Nacido y al Uso de Episiotomía	144
4.2.2.8. Grados de Desgarro Perineal en Relación al Peso del Recién Nacido y al Uso de Episiotomía	145
4.3. Análisis Factorial de los Resultados de la Encuesta	146
4.4. Análisis de los Datos Sociodemográficos y de Práctica Clínica en Relación a la Percepción de los Profesionales sobre la Episiotomía.	148
4.4.1. Datos Sociodemográficos	148
4.4.1.1. Tipo de Profesional	148
4.4.1.2. Edad y Experiencia Profesional	150
4.4.1.3. Género	150
4.4.1.4. Año de Formación	150
4.4.2. Práctica del Procedimiento	151

4.4.2.1 Tamaño o Longitud de la Episiotomía	151
4.4.2.2. Ángulo de corte de la episiotomía	152
4.4.2.3. Técnica de Sutura	153
4.4.2.4. Tipo de Episiotomía	153
4.4.2.5. Músculos que se Seccionan con la Episiotomía	153
4.5. Análisis Descriptivo de los otros Ítems no Incluidos en el Análisis Factorial	154
4.5.1. Criterios de Uso de la Episiotomía	154
4.5.2. Conocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal	155
4.5.3. Búsqueda de Información	156
4.5.4. Comodidad del Profesional para Suturar	156
4.5.5. Opinión del Profesional Sanitario	157
<b>CAPÍTULO 5: Discusión</b>	<b>159</b>
5.1. Abordaje de Prácticas Clínicas Basadas en el Mejor Conocimiento Disponible	160
5.2. Análisis de la Episiotomía y su Relación con Distintas Variables Clínicas y Contextuales	165
5.3. Factores que Condicionan la Práctica de la Episiotomía según los Profesionales Sanitarios.	171
<b>CAPÍTULO 6: Conclusiones</b>	<b>177</b>
Aportaciones de la Tesis y Futuras Líneas de Investigación	181
<b>BLOQUE III REFERENCIAS</b>	<b>183</b>
REFERENCIAS	185
<b>BLOQUE IV ANEXOS</b>	<b>211</b>
<b>ANEXO 1.</b> Código Ético Internacional para Matronas	213
<b>ANEXO 2.</b> Informe del Comité de Ética e Investigaciones Clínicas del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	219
<b>ANEXO 3.</b> Documento de Confidencialidad para la Recogida de Datos Clínicos en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.	223
<b>ANEXO 4.</b> Carta de autorización al Sr. Dr. Gerente del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, para Iniciar el Estudio de Investigación.	227
<b>ANEXO 5.</b> Carta Permiso a los Autores (Tincello, Williams, Fowler, Adams, Richmond y Alfirovic, 2003; Cornet, Porta, Piñeiro, Ferriols, Gich y Calaf, 2012).	231
<b>ANEXO 6.</b> Cuestionario a Profesionales Sanitarios en la Atención al Parto.	235
<b>ANEXO 7.</b> Indicador de Calidad sobre la Base de los Hospitales de Maternidad (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).	241
<b>ANEXO 8.</b> Relación de las Recomendaciones de la EAPN y los Indicadores Utilizados en la Evaluación 2011. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011).	245

## Índice de Tablas.

Tabla 1.	Evolución científica de la episiotomía a lo largo de la historia. Fuente: Elaboración propia.	37
Tabla 2.	Filosofías o enfoques presentes en la asistencia al parto. Fuente: Elaboración propia basado en Way et al, 1998).	56
Tabla 3.	Planos anatómicos atravesados por las distintas episiotomías (no complicadas). Fuente: elaboración propia, adaptada de Woodman 2005.	64
Tabla 4.	Comparación de episiotomía media y mediolateral. Fuente: (Cabrero y Saldivar, 2009; Karimi y Khadivzadeh, 2011).	68
Tabla 5.	Distribución de los Recursos Humanos en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Fuente: CARM-Hospital Diciembre 2010.	90
Tabla 6.	Descripción de la muestra. Estudio a profesionales sanitarios en la atención al parto normal.	109
Tabla 7.	Total de partos, vaginales y cesáreas a lo largo de los años 2007-2012. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Servicio de admisión del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y Selene.	117
Tabla 8.	Tipo de episiotomía en el total de partos estudiados durante 2011-2012. Y relación de primíparas y múltiparas con el tipo de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	118
Tabla 9.	Variaciones en la paridad de 2011 respecto a 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	118
Tabla 10.	Partos vaginales realizados en Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante el periodo 2011/2012. Fuente: Elaboración propia a partir de registro de datos del hospital Selene.	121
Tabla 11.	Evolución del porcentaje de cesáreas a lo largo de los años 2007-2012, en relación al total de partos. Fuente:	122

	elaboración propia a partir de los datos de Selene.	
Tabla 12.	Indicadores de calidad (Eficiencia y calidad científico-técnica) en la atención al parto normal en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante el periodo de estudio 2011-2012.	124
Tabla 13.	Frecuencia y análisis bivariado entre los distintos inicios del parto y el uso de la episiotomía. Elaboración propia a partir de registro de datos informático del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Selene).	126
Tabla 14.	Tabla de contingencia y prueba de $\chi^2$ entre el acompañamiento al parto y el uso de la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de registro de datos informático del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Selene).	127
Tabla 15.	Tabla de contingencia y prueba de $\chi^2$ entre el acompañamiento al parto y el uso de la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de registro de datos informático del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Selene).	128
Tabla 16.	Tabla de contingencia que relaciona el tipo de episiotomía con la hora del parto. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Selene.	128
Tabla 17.	Frecuencia de tipo de episiotomía en relación al tipo de parto vaginal. Fuente: Elaboración propia a partir de registro de datos informático del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Selene).	129
Tabla 18.	Tabla de contingencia de episiotomía en relación al modo en que finaliza el parto. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Selene.	130
Tabla 19.	Tabla de contingencia tipo de episiotomía y el grado de desgarró perineal. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	131

Tabla 20.	Tabla de contingencia comparando el tipo de episiotomía y el uso de oxitocina durante el parto. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	132
Tabla 21.	Tipo de analgesia en relación con el tipo de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	133
Tabla 22.	Tabla de contingencia relacionando la edad materna con el uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	134
Tabla 23.	Análisis de edad gestacional en relación a la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	135
Tabla 24.	Análisis del peso del Recién Nacido y su relación con la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	136
Tabla 25.	Tabla de contingencia relacionando la postura adoptada por la madre durante la etapa de expulsión fetal y el uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	137
Tabla 26.	Análisis estadístico entre paridad, finalización del parto y uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	138
Tabla 27.	Análisis estadístico comparando las variables uso de analgesia epidural, paridad y tipo de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	139
Tabla 28.	Análisis por grados de desgarro perineal relacionando la paridad y tipo de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene	140
Tabla 29.	Análisis estadístico entre las variables tipo de finalización del parto en relación a la epidural y a la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	141
Tabla 30	Análisis estadístico entre las variables: grados de desgarro perineal en relación a la epidural y al uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	142

Tabla 31	Análisis estadístico de las variables: Tipo de finalización del parto en relación al peso del Recién Nacido y a la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	143
Tabla 32.	Análisis estadístico de las variables: uso de epidural en relación al peso del Recién Nacido y al uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	144
Tabla 33.	Análisis estadístico de las variables: Grado de desgarro perineal, uso de epidural en relación al peso del Recién Nacido y al uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.	145
Tabla 34.	Matriz de componentes rotados.	146
Tabla 35.	Opinión del profesional que asiste al parto respecto a la episiotomía selectiva. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta a profesionales.	158

## Índice de Figuras.

Figura 1.	Porcentaje de partos no instrumentados con o sin episiotomía por comunidades autónomas, año 2006 (Maceira, Salgado y Atienza, 2009).	39
Figura 2.	Evolución en el uso de episiotomías desde el año 2001 hasta el año 2006. (Informe de evaluación de tecnologías sanitarias, 2007).	40
Figura 3.	Distribución de los diferentes tipos de parto por Comunidades Autónomas, año 2006 (Salgado, Maceira, López y Atienza, 2010).	46
Figura 4.	Porcentaje de episiotomías en 2008 en países europeos, según cifras de European Perinatal Health Report, 2008.	47
Figura 5.	Diagrama utilizado para el estudio con las mediciones realizadas. Fuente: Tincello et al, 2004.	53
Figura 6.	Diagrama que muestra las mediciones realizadas. Fuente: Andrews et al, 2005.	54
Figura 7.	Tipos de episiotomía. Fuente Manual de Obstetricia González-Merlo Edic. 4ª (1999).	58
Figura 8.	Episiotomía lateral derecha. Fuente: López y Comino, 2004.	59
Figura 9.	Clasificación de la episiotomía. Fuente: Kalis, Laine, de Leeuw, Ismail y Tincello, 2012.	62
Figura 10.	Incisión de la episiotomía y músculos que se seccionan. Fuente: Thieme. Teaching Assistant Anatomy.	63
Figura 11.	Aumento de la apertura de la vulva tras una episiotomía medial o mediolateral. Fuente: Verspyck, 2006.	64
Figura 12.	Figura Mapa sanitario Región de Murcia, 2009.	88
Figura 13.	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.	89



- Figura 14. Evolución de los partos y cesáreas desde 2007 hasta 2012 93  
en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca .  
Fuente: Servicio de Administración del Hospital Clínico  
Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Figura 15. Músculos que se seccionan al realizar la episiotomía. 154  
Fuente elaboración propia a partir de los resultados de las  
encuestas.

# INTRODUCCIÓN

---



## INTRODUCCIÓN

En el año 2008, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, publicó la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (Estrategia), con la finalidad de mejorar la práctica asistencial al mismo, pues si bien los indicadores de seguridad en la atención sanitaria a las mujeres y sus recién nacidos son buenos en comparación con los países de nuestro entorno, es mejorable, especialmente respecto a indicadores de calidad y calidez en la atención. En definitiva, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se pretendía reducir el intervencionismo, mediante la eliminación de prácticas clínicas innecesarias y al mismo tiempo procurar un mayor protagonismo de la mujer durante su proceso de parto.

Esto mejoraría su salud integral, la relación entre profesionales y usuarias, la satisfacción en general, y disminuirían las acciones judiciales emprendidas con motivo o sospecha de mala práctica. El objetivo último era asegurar una atención de calidad al parto en todo el territorio español, de manera que todas las mujeres y sus parejas que acudiesen en esos momentos fundamentales de sus vidas al Sistema Nacional de

Salud, recibieran la mejor atención y participasen de forma activa e informada en el proceso (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p.7).

La Estrategia se justifica porque la creciente dotación de recursos de los servicios sanitarios ha sido una garantía para proporcionar una asistencia sanitaria adecuada al parto, particularmente en aquellos casos que puedan presentar riesgos o complicaciones, sin embargo, según Castaño (2009, p. 303), “esta misma tecnificación ha promovido que el concepto del parto como proceso natural haya cambiado y se trate como enfermedad y con cierto miedo”. Sin embargo, las organizaciones de mujeres reivindican el derecho a una atención en el parto respetuosa con la fisiología del mismo y con los deseos, necesidades y derechos de madres, padres y bebés. Reclaman el derecho a vivir esta experiencia como un acto íntimo y familiar que forma parte de la sexualidad femenina, y en las mejores condiciones para ellas y sus criaturas (objetivos de la asociación de mujeres “El parto es nuestro”).

Por otro lado, es cada vez mayor el número de profesionales sanitarios que abogan por una atención más humanizada, participativa y consensuada que aporte seguridad y bienestar tanto a la madre como al recién nacido (Generalitat de Catalunya, 2007). Ya que en los últimos años, se ha observado una tendencia creciente a utilizar en exceso las tecnologías y realizar intervenciones innecesarias, molestas e incluso desaconsejadas, en la atención al parto normal.

Los servicios de salud conocen la importancia del equilibrio resultante de una mayor participación y opinión de las mujeres. Del mismo modo, entienden la oportunidad de hacer una reflexión común, tomando como referencia los modelos de buena práctica existentes con la disposición a incorporar una mayor calidez a la calidad en la atención al parto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p. 8).

Como profesionales sanitarios dedicados a la atención a la mujer durante su proceso de parto, es nuestro deber reflexionar acerca de la realización de determinadas prácticas, que si bien pueden ser necesarias en determinados momentos, no deben realizarse de manera sistemática. Tal es el caso del procedimiento de la episiotomía. Que su uso rutinario ha sido cuestionado desde el estudio realizado por Thacker y Banta en 1983 hasta

nuestros días, demostrando ampliamente que los riesgos de su realización son múltiples y los beneficios aún están por demostrar (Woolley, 1995).

Uno de los puntos que trata la Estrategia, es el procedimiento de la Episiotomía, objeto de nuestro estudio, en ella, dentro del punto “Abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible”, se recomienda:

- Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática.
- No suturar los desgarros leves o cortes menores.
- De ser necesaria, se aconseja realizar episiotomía medio-lateral con sutura continua de material reabsorbible.
- Mejorar la formación sobre la protección del periné (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p. 58).

Es posible que en la actualidad no se esté produciendo una adecuación entre la evidencia científica y la práctica clínica (Ho, Pattanittum, Japaraj, Turner, Swadpanich y Crowther, 2010), tal vez debido a la existencia de barreras entre los profesionales responsables de su realización. Lomas, identificó tres barreras fundamentales para el cambio: una dificultad para conseguir la literatura científica, falta de recursos y carencias en la apreciación crítica de ésta (Lomas, 1991). Es cierto que desde 1991 hasta la actualidad, algunas prácticas han cambiado, o deberían haber cambiado, hoy en día con el acceso a Internet, los profesionales sanitarios disponemos de numerosos recursos a nuestro alcance para poder conocer la literatura científica. Aun así, Cabana, Rand, Powe, Wu, Wilson, Abboud y Rubin (1999) identificaron, otra serie de barreras tales como las que afectaban el conocimiento médico (falta de conocimiento y falta de familiaridad), aquéllas que afectaban a las actitudes (por desacuerdo, por ineficacia, por falta de expectativa en los resultados y por inercia de prácticas previas) y aquéllas que afectaban el comportamiento (barreras externas).

Desde la Estrategia, a nivel nacional, se han diseñado múltiples tácticas, con el fin de cambiar los comportamientos de los profesionales implicados, siendo las más importantes la difusión de la información científica disponible, la

capacitación del profesional que asiste al parto y hacer conocer las evidencias disponibles a las usuarias del sistema de salud. Así, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se puso en marcha una línea estratégica para asegurar que el documento se hiciera extensible a todo el personal relacionado con la atención perinatal en las diferentes comunidades de España. En el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, se impartieron cursos desde la Unidad de Formación Continuada del mismo a los profesionales implicados en el proceso del nacimiento. Sin embargo, estos cursos obtuvieron una baja asistencia por parte de los profesionales (Arnau, 2012).

Asimismo, en el mencionado hospital, durante el año 2011, se asistieron un total de 7.849 partos, de los cuales 6.597 fueron vaginales, la episiotomía se realizó en 3.308 mujeres lo que representa un porcentaje de 50,14% de episiotomías en partos vaginales. Esta cifra está por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de no sobrepasar un 10% de episiotomías (Organización Mundial de la Salud, 1996). Por lo que teniendo en cuenta estos datos objetivos de la práctica clínica, respecto al uso de la episiotomía en este hospital, nos planteamos este estudio, el cual se ha estructurado en cuatro bloques, con doce capítulos. El primer bloque conforma el marco teórico, donde se contextualiza todo lo referente a la investigación. Consta de seis capítulos, cuyos contenidos se describen a continuación.

El capítulo primero “Una aproximación histórica a los movimientos sociales de mujeres que han promovido un cambio en la asistencia sanitaria al parto” está dedicado a realizar un breve recorrido histórico, que nos permitirá comprender cómo las demandas de la mujer no son las mismas en la actualidad que hace cincuenta años, en términos generales, ésta ha pasado de ser un sujeto pasivo, a empoderarse de su proceso de parto y convertirse así en una parte activa del mismo.

El capítulo segundo “Perspectiva histórica de la episiotomía” explica el surgimiento de este procedimiento, cómo fueron sus primeros inicios y la controversia manifestada respecto a su uso ya desde sus orígenes.

El capítulo tercero “Antecedentes de la episiotomía”, expone la variabilidad que existe respecto a esta técnica, a nivel nacional y europeo, así como los factores que pueden influir en la decisión de practicarla, que incluyen factores de tipo clínico y contextual. Así mismo se revisa la filosofía y la formación del profesional que asiste a la mujer durante el parto y finalmente se explica el procedimiento de realización de la episiotomía.

El capítulo cuarto “La episiotomía como riesgo potencial para la mujer”, describe los principales riesgos físicos y psicológicos que puede ocasionar la episiotomía a la mujer, a corto y a largo plazo.

El capítulo quinto “Marco legislativo de la episiotomía”, incluye una revisión legislativa sobre el tema de estudio, a nivel internacional, nacional y regional.

El capítulo sexto “Contexto y justificación”, incluye el contexto en el que se enmarca el estudio y la justificación del mismo.

El segundo bloque constituye el estudio empírico, el cual se estructura en los restantes seis capítulos.

El capítulo primero y segundo, incluyen los “objetivos generales y específicos” así como las “hipótesis del estudio”.

En el capítulo tercero “Marco metodológico”, se describe la metodología utilizada, que incluye: la revisión bibliográfica previa, el diseño de la investigación, la población de referencia, las variables de investigación, las consideraciones éticas, las limitaciones del estudio, el instrumento de recogida de los datos, la fase de aplicación del cuestionario y el análisis estadístico.

El capítulo cuarto “Resultados”, está dedicado a la exposición de los principales resultados del estudio, el cual se ha estructurado sobre la base de los objetivos en cinco apartados. El primer apartado corresponde al primer objetivo del estudio y en él se abordan las prácticas clínicas que se realizan en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y se comparan con las



recomendaciones de la Estrategia. El segundo apartado se corresponde con el segundo objetivo del estudio y en él se analizan el procedimiento de la episiotomía y su relación con las variables clínicas y contextuales que son objeto de estudio. Los tres apartados restantes exponen los resultados de la encuesta realizada a los profesionales sanitarios que asisten a la mujer en su proceso de parto, como corresponde al tercer objetivo.

En el capítulo quinto, se realiza la “Discusión” de los principales resultados del estudio, destacando los aspectos relevantes y novedosos del trabajo. Éste también se ha estructurado en tres apartados que coinciden con los objetivos planteados.

Y en el capítulo seis, se exponen las principales “Conclusiones” del estudio, seguidas de las “Aportaciones de la tesis y futuras líneas de investigación”.

El tercer bloque está dedicado a las “Referencias” de la bibliografía utilizada y finalmente el cuarto bloque incluye la documentación anexa al estudio.

# BLOQUE I MARCO TEÓRICO

---



En este apartado del marco teórico hemos analizado, en primer lugar, el cambio que se ha producido en España en relación a la manera de concebir la asistencia al parto desde la perspectiva de la mujer y cómo las matronas han acompañado este proceso de cambio, gracias al cual surgió la Iniciativa de Atención al Parto Normal, con el propósito de defender la asistencia al parto basándola en la evidencia científica y desechando modos de actuar obsoletos, pero arraigados entre los profesionales sanitarios. Esta iniciativa fue recogida por el Ministerio y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que elaboró la Estrategia de Atención al Parto Normal, que es un documento donde establecía una serie de recomendaciones y cuestionaba algunas prácticas, entre las que se encontraban el uso sistemático de la episiotomía. En segundo lugar, hemos estudiado el origen de la episiotomía, mediante el análisis de su perspectiva histórica, así como la situación actual de este procedimiento en España y en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. También hemos querido conocer los antecedentes de la episiotomía, sus indicaciones clínicas y contextuales y la técnica de realización de la misma. Finalmente analizamos las consecuencias físicas y psicológicas que este procedimiento pueda tener para la mujer. Hemos tratado de enmarcarlo dentro de la normativa legal para comprobar que no existe un protocolo que justifique su uso desde las indicaciones clínicas.



# **CAPÍTULO 1: Una Aproximación Histórica a los Movimientos Sociales de Mujeres que han Promovido un Cambio en la Asistencia Sanitaria al Parto**

A nivel mundial, la Confederación Internacional de Matronas, inició una estrategia con el objetivo de favorecer la atención sanitaria al parto normal. En esta confederación participó la Federación de Asociaciones de Matronas de España como uno de sus miembros. Entre las distintas asociaciones que la integran, se encuentra la Asociación de Matronas de la Región de Murcia, que decidieron trabajar en una campaña denominada “Iniciativa de Atención al Parto Normal”, con los objetivos de: sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias para asistir partos normales;

crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre la asistencia al parto normal por las matronas; reflexionar con las sociedades científicas sobre la importancia del parto normal, así como ser un referente en el Ministerio de Sanidad y en las respectivas Consejerías de Salud (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007).

La Iniciativa de Atención al Parto Normal, surgió gracias a la petición de las mujeres que solicitaban una atención al parto más participativa, donde se tuviera en cuenta su opinión. Estas demandas fueron recogidas por las profesionales que atendían esos partos (matronas) y en las que también existía esa inquietud por ofrecer un parto con un menor intervencionismo y con una mayor satisfacción para la mujer y su pareja (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007). Todo este movimiento surge a partir de los importantes cambios que se produjeron en nuestro país en la década de los años sesenta, momento en el que el sistema público de salud desarrolló una importante infraestructura hospitalaria, y el parto pasó de ser domiciliario a formar parte del proceso hospitalario, este hecho produjo que la atención al mismo fuese asumida por el colectivo de médicos especialistas en Obstetricia junto con las matronas. Una mejora en el nivel socioeconómico junto con un aumento de la tecnología ha contribuido a mejorar los resultados perinatales, pero se han tratado de igual forma los partos normales o de bajo riesgo que los de alto riesgo obstétrico, con el consiguiente aumento en el intervencionismo y medicalización. Este hecho, ha contribuido a que los deseos de la mujer con frecuencia, se subordinen a las prioridades organizacionales del servicio hospitalario, creando insatisfacción personal para la usuaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Según Palmer (1989), si el objetivo es prestar una atención sanitaria de calidad, se deben tener en cuenta seis dimensiones, entre las que se encuentran la aceptabilidad, entendida como el grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención recibida, y la competencia profesional, entendida ésta como la capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los

usuarios. En el tema que nos ocupa, y en relación a la práctica de la episiotomía en la mujer, habríamos de tener en cuenta, por una parte, la satisfacción de la mujer respecto a la atención recibida durante su proceso de parto, y por otra, la competencia profesional. Para ello, realizaremos un breve recorrido histórico, que nos permitirá comprender como la asistencia al parto normal es concebida por las mujeres de forma diferente en la actualidad que hace cincuenta años, así como la evolución, durante este tiempo, del profesional sanitario dedicado a esta función, como son las matronas.

### **1.1. Las Mujeres en España**

El nuevo papel asumido por las mujeres es uno de los fenómenos más destacables de los profundos cambios sociales registrados en nuestra sociedad en la segunda mitad de este siglo (Alberdi, Escario y Matas, 2000).

Ser mujer hace unos años, implicaba ser una buena madre y una buena esposa, la mayoría eran amas de casa dedicadas únicamente a la familia. Se las educaba para realizar las tareas domésticas, saber comportarse en público y para la crianza de los hijos y el cuidado del esposo. Contraían matrimonio siendo muy jóvenes (sobre los 20 años) y dependían económicamente de su marido. Las identidades femeninas se han confundido históricamente con los diferentes papeles que las mujeres desempeñaban en la sociedad: la madre, la esposa, la amante. Frente a esta forma de identidad simple, la mujer actual presenta una identidad más personal, más subjetiva y menos estereotipadamente femenina, dando prioridad al “ser persona” sobre el ser mujer como resultado de su situación de independencia (Alberdi, Escario y Matas, 2000).

En las primeras décadas del siglo XX, el proceso de modernización de la sociedad española provocó un cambio sustancial en los modelos culturales de género y en los discursos ideológicos respecto a la mujer, adaptándose a las nuevas exigencias socioculturales, económicas y demográficas (Nash, 1988 citado en Duby y Perrot, 1993). Conviven en ese



momento dos modelos diferentes de tipología femenina, por un lado la figura tradicional de “Ángel del Hogar” o “Perfecta Casada” y por otro lado, la “Mujer nueva” o “Mujer moderna”, manteniendo intacto uno de los ejes constitutivos del discurso tradicional de la domesticidad al asentar la maternidad como base esencial de la identidad cultural de la mujer (Duby y Perrot, 1993).

En el siglo XX, el discurso de género pasó de basarse en una argumentación fundamentalmente religiosa a una legitimación médica. La clase médica se consolida como colectivo social con una proyección socio-política. La sociedad española había iniciado un proceso de modernización con una creciente laicización de los parámetros socioculturales dominantes, por parte de ciertos sectores sociales emergentes, entre ellos, la clase médica. En este contexto, la clase médica reconceptualiza la maternidad, como deber social femenino, produciéndose una medicalización y profesionalización de la misma, configurando las pautas culturales y la normativa que definen la identidad cultural de la mujer y su función social como madre. “Desde esta perspectiva se deja al cuerpo en manos de la ciencia donde psicológicamente se garantiza el éxito de todo el proceso, cualquier salida de protocolo le hace responsable de sus consecuencias” (Castaño, 2009, p. 299).

El interlocutor médico de mayor relevancia en el discurso de los modelos de género fue Gregorio Marañón, cuya teoría de la diferenciación y de la complementariedad entre los sexos alcanzó un consenso social notable. Su teoría partió de la premisa de que la mujer no es un ser inferior sino diferente del varón (Marañón, 1927). A partir de esta premisa de un estatus social igual desde la diferencia, Marañón establece el cometido social diferente y complementario de la mujer a partir de la maternidad como eje definitorio de la femineidad. Este discurso de género establece la maternidad como la “suprema misión” de la mujer. La trascendencia de este discurso médico-científico condicionó el cometido social de la mujer en España.

El interés por la maternidad biológica, por parte del colectivo médico, fue motivado, en gran medida por la preocupación por la degeneración de la raza y despoblación. En este contexto se desarrolló la maternología como iniciativa de promoción de la maternidad en óptimas condiciones de salud e higiene. Por aquel tiempo la maternidad constituía uno de los mayores problemas sociales del momento debido a los altos índices de mortalidad materna, fetal e infantil. Así, en 1919, en el discurso inaugural del Primer Congreso Nacional de Medicina, se presentó la eugénica y la maternología como ejes de desarrollo de la medicina. El creciente desarrollo de la nueva ciencia de la maternología impulsada por médicos, higienistas y reformadores sociales representó la profesionalización de la maternidad y la aplicación de criterios higiénicos y sanitarios a esta experiencia.

Como consecuencia, la mujer sufrió un desplazamiento progresivo a un plano pasivo secundario como mera receptora de estos conocimientos científicos maternales ya no procedentes de la tradicional sabiduría femenina, sino asignada a conocimientos científicos ajenos procedentes de profesionales de la medicina, en su vasta mayoría, varones (Nash, 2004). Se produce paralelo a una creciente desvalorización social de la figura de la madre presentada como incapaz por sí misma de cumplir con los requisitos de la maternidad biológica, precisando para ello, el asesoramiento de especialistas, en su mayoría hombres, para el correcto desempeño de su papel como madre. Produciéndose de este modo una gradual apropiación masculina de la maternidad biológica. La falta de colectivos médicos femeninos debido al tardío reconocimiento de las carreras universitarias femeninas en España en 1910, junto con la elevada hostilidad respecto a la expresión pública de la opinión de las mujeres y su intervención en el ámbito público dificultaban además el desarrollo de un movimiento más consolidado de mujeres en torno a la maternidad y a la definición sociocultural de los modelos de género vigente en la sociedad española (Castaño, 2009; Duby y Perrot, 1993).

El núcleo de mujeres comadronas representó uno de los primeros colectivos femeninos en generar una corriente de opinión femenina en torno

a la maternidad planteando la necesidad de proceder a la dignificación de la mujer. A finales de los años treinta, la maternidad pasaba de un mandato biológico ineludible, a la “maternidad consciente” como opción de comportamiento admisible para las mujeres (Nash, 1993).

Los planteamientos anarquistas de la época iban más allá de la defensa de la utilización de los métodos anticonceptivos y consideraban que la maternidad no deseada suponía una carga para las mujeres que las situaba en inferioridad de condiciones respecto a los hombres. Así pues, la defensa de la maternidad consciente supuso un instrumento en la lucha por la liberación de la mujer. Se aboga por un nuevo concepto de la maternidad en el nuevo sentido de concebir solamente el número de hijos que se puedan mantener, educar y formar como auténticos ciudadanos con todos sus derechos (Garrido, Folquera, Ortega y Segura, 1997).

La responsabilidad de las madres se incrementa, pues no solo deben tener mucho hijos, sino también criarlos sanos y, además, conscientes de sus deberes patrióticos. Aunque surja la mujer moderna, que empieza a incorporarse al trabajo y la institución, la maternidad sigue siendo el fundamento de la identidad femenina (Nash, 1993 y 2004). La divulgación de las teorías de Freud y su consideración de la mujer como un ser pasivo y masoquista sirvieron para fundamentar la relación entre maternidad y obediencia. Cobra gran relevancia el discurso médico que redefine la maternidad como deber social femenino y medicalizada.

La dictadura franquista romperá con este reajuste en el discurso de género para restablecer otra vez la maternidad prolífica como exclusiva misión sagrada de la mujer. Durante el franquismo, las políticas de género vinculadas a la maternidad estaban compuestas por medidas sancionadoras y protectoras, que obedecían a un objetivo de control social y se ligaban a la defensa de la familia cristiana (único espacio posible para la maternidad) (Nash, 1993). Entre las medidas protectoras se cuenta la asistencia médica al parto, que reforzó el proceso de medicalización de la maternidad que había empezado con anterioridad. La época contemporánea, concretamente la segunda mitad del siglo XX, parece haber incorporado las nuevas ideas

del feminismo en torno a la maternidad, pero en realidad se siguen enviando subliminalmente los mismos mensajes de sometimiento (Bengoechea, 1996, citado en Caporale, 2004). La relación entre feminismo y maternidad ha sido compleja y necesaria para generar cambios sociales y políticos hacia la igualdad de mujeres y hombres (Saletti, 2008). Adrienne Rich, distingue por vez primera entre la maternidad como institución y la maternidad como experiencia, siendo esta última entendida como fuente de placer y de conocimiento (Rich, 1976).

En la actualidad, la imagen de la madre es confusa, la civilización industrial, científica y cambiante y la sociedad de consumo están transformando continuamente los elementos que en otras épocas encuadraban la condición maternal. La historiadora Knibiehler retrata a las mujeres de finales del siglo XX y comienzos del XXI como la “generación del deseo” (Knibiehler, 1997, p. 260). La mujer se convierte en madre cuando lo desea, este hecho implica que el deseo se ha transformado en un derecho. Las nuevas pautas de comportamiento conllevan una pluralidad materna (madre biológica, adoptiva, infértil que precisa de nuevas técnicas de reproducción asistida, etc.). Pero a diferencia del pasado, las mujeres de hoy se muestran cada vez más conscientes ante la maternidad (Caporale, 2004).

El instrumento canalizador de energías y expectativas de cambio de las mujeres en los últimos años fue el primer Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres (en adelante, Plan de Igualdad), elaborado por el Consejo Rector del Instituto de la Mujer en 1987. El Plan de Igualdad (Instituto de la Mujer, 1987) nació como una utopía y se ha transformado en un elemento decisivo de cambio de la situación social de las mujeres españolas. Su desarrollo ha supuesto:

La adecuación de nuestra legislación al principio de no discriminación que recoge la Constitución Española, equiparación a la normativa Comunitaria Europea e incorporación de todo el desarrollo comunitario de igualdad de derechos en nuestro marco legislativo.

El desarrollo de acciones positivas en los ámbitos de la educación, la formación, el empleo y la sanidad y su aplicación en los programas institucionales, políticos y sociales, así como creación de servicios específicos dirigidos a las mujeres.

El desarrollo de recursos y servicios dirigidos a las mujeres que se encuentran en situaciones de dificultad social, a través de la creación de casas de acogida, centros de información y programas dirigidos a mujeres solas con cargas familiares, mujeres maltratadas y mujeres presas.

El apoyo a las organizaciones de mujeres y a las organizaciones no gubernamentales que trabajan para las mujeres, a través de un programa de subvenciones anual y la cesión de infraestructura para el desarrollo de sus actividades.

La creación y desarrollo de estructuras administrativas y políticas en las diferentes Administraciones Públicas. La mayoría de las Comunidades Autónomas dispone de su propio Plan de Igualdad, cuyos objetivos y actuaciones tienen una mayor proximidad con las necesidades de las mujeres que viven en esas Comunidades. La colaboración entre Departamentos Ministeriales a través de Convenios ha supuesto una vía eficaz, no solo en el cumplimiento de los objetivos del I Plan, sino como modelo de actuación para afrontar nuevos retos en el proceso de igualdad real entre hombres y mujeres (I Plan de Igualdad de oportunidades de las mujeres (1988-1990), 1988, p. 101)

El II Plan de Igualdad, contempla la educación como elemento inicial y determinante en la construcción de un modelo de sociedad en la que la pertenencia a uno u otro género no suponga relaciones de jerarquía. La mejora de la situación de las mujeres y de su calidad de vida, requiere abordar aspectos relacionados con la salud en todas las etapas de su existencia. Para ello, resalta la necesidad de continuar investigando, de realizar educación sanitaria y prestar una atención desde una perspectiva biopsicosocial que favorezca la participación de las mujeres.

El IV Plan de Igualdad incluye en su punto 4 la promoción de la calidad de vida de las mujeres, concretamente, en el apartado 4.1 hace referencia a la realización de estudios para conocer la valoración que hacen las mujeres de las prestaciones sanitarias que les ofrece el Sistema Nacional de Salud, con el fin de proponer mejoras en la atención sanitaria. En el apartado 4.3 propone “continuar impulsando el cumplimiento de las

medidas y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, sobre los derechos de la mujer embarazada” (IV Plan para la Igualdad de oportunidades de las Mujeres 2003-2006, pág. 31).

La Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres establece el fundamento jurídico para avanzar hacia la efectiva igualdad en todos los ámbitos de la vida social, económica, cultural y política. Para garantizar su aplicación, se establece en 2008-2011 el Plan Estratégico para la Igualdad de Oportunidades; este Plan, hace mayor hincapié en la calidad de vida de la mujer, tras haber logrado la consecución de un nivel de formación y cualificación profesional. El Plan Estratégico para la Igualdad de Oportunidades establece cuatro principios rectores: Ciudadanía, Empoderamiento, Transversalidad e Innovación, que están, además, relacionados entre sí. El concepto de empoderamiento posee una doble vertiente. Por una parte, se refiere a la capacidad de las mujeres para acceder a aquellos puestos de trabajo donde se toman decisiones. Por otra, a la revalorización de la aportación de las mujeres a la sociedad. Este concepto se vincula directamente con el de autonomía, es decir, con la capacidad de las mujeres para adoptar sus propias decisiones. La autonomía va más allá de la mera independencia (entendida como sentimiento subjetivo), ya que precisa de un pacto: no basta con que sea asumido por las propias mujeres, sino que tiene que ser reconocido por la sociedad en su conjunto. Uno de los objetivos que se plantea este Plan es el de impulsar la participación y el empoderamiento de las mujeres en los procesos de salud (Instituto de la Mujer, 2007).

## **1.2. Las Matronas Durante el Proceso de Cambio**

Así mismo, también las profesiones experimentan transformaciones constantes a lo largo de los siglos, resultado de la evolución de la sociedad misma y de la actitud de sus profesionales. La profesión de matrona participa plenamente de estas afirmaciones (Towler y Bramall, 1997).

En la década de los años sesenta, el sistema público de salud desarrolló una importante infraestructura hospitalaria. Hasta entonces la mayoría de los partos se realizaban a domicilio por matronas tituladas, médicos de cabecera y en algunos lugares por parteras tradicionales. La hospitalización del parto produjo importantes cambios en el tipo de atención prestada a las mujeres, siendo asumida en la mayoría de los hospitales, por médicos especialistas en Obstetricia. Las matronas pasaron a formar parte de un sistema tecnocrático de asistencia sanitaria, en el que la provisión de cuidados de maternidad estaba orientada al servicio en lugar de a la mujer, conduciendo inevitablemente a una medicalización del parto. Durante años, las matronas responsables de la asistencia al parto bajo estas premisas, recibieron una formación, bajo la dirección médica, enfocada a asistir los partos de forma intervencionista (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Las Escuelas de Matronas permanecieron cerradas desde 1986 por ser especialidad de Ayudantes Técnicos Sanitarios y no Diplomados Universitarios de Enfermería y por no ajustarse el contenido de su programa docente a la Normativa Comunitaria Europea, así pues, el número de matronas descendió considerablemente en nuestro país. No siendo hasta la publicación del Real Decreto de 992/1987 de 3 de julio, donde se regulaba la obtención del título de Enfermero Especialista.

A mediados de la década de los noventa, la formación de las matronas en España cambia, ya que serán las responsables de la formación de las nuevas profesionales, y en ella se incluye la perspectiva de la asistencia al parto normal sin intervención y las prácticas clínicas basadas en la evidencia científica. Así, la Orden Ministerial de 1 de junio de 1992 aprobó con carácter provisional el programa de formación y establecía los requisitos mínimos de la Unidades Docentes, así como el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) (BOE de 2 de junio). En la mencionada Orden se cita como objetivo:

Formar un especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) que, con una actitud científica y responsable, proporcione una atención integral a la mujer a

lo largo de su ciclo reproductivo en relación a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación en los procesos patológicos, y a la madre y al hijo en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, así como al Recién Nacido sano hasta los 28 días de vida, con el apoyo de los medios clínicos y tecnológicos adecuados (BOE N° 132, 1992).

En mayo de 2005 se hizo público el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (B.O.E. 6 de mayo de 2005) que regula en la actualidad el acceso a esta especialidad. El 8 de febrero de 2008 se publicó el Real Decreto 183/2008 por lo que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Actualmente, somos testigos de la evolución que conlleva el colectivo de matronas, ya que la historia hace referencia a sus inicios como “oficio”, a sus habilidades, a sus artes, poseedoras de una práctica sin teoría, hasta llegar a la consolidación de la profesión y a un proceso de formación universitaria en el Siglo XX. Culminando con el R.D. 99/2011 de 28 de enero que posibilita que los residentes que finalicen su formación con el Título de Matrona podrán acceder al Programa de Doctorado (Martínez-Roche, 2012).

En 2005, en la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en Brisbane, Australia, se desarrolló una definición de Matrona:

Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el



asesoramiento y la educación para la salud, no solo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud (International Confederation of Midwives, 2005).

Más recientemente en 2011, en la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en Durban, Sudáfrica, se desarrolló una nueva definición de Matrona:

Una matrona es una persona que ha completado con éxito un programa educativo en partería que está debidamente reconocido en el país donde se encuentra y que está basado en las "Competencias Esenciales de la Confederación Internacional de Matronas para la Práctica de la Partería Básica" y en el marco de las "Normas Globales de la Confederación Internacional de Matronas para la Educación de Matronas", que ha adquirido las calificaciones necesarias para ser legalmente registrada y / o autorizada para la práctica de la partería y utilizar el título de "matrona", y que demuestra competencia en la práctica de la partería.

Ámbito de la Práctica:

La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejo durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.

Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud". (International Confederation of Midwives, 2011).

El deseo de la Confederación Internacional de Matronas es mejorar el nivel de cuidados que se proporcionan a la mujer, recién nacidos y familias de todo el mundo, mediante el desarrollo, educación y adecuada utilización de la matrona profesional; teniendo como objetivo la salud de la mujer y enfocándola a través de la matrona, promueve un código para guiarla en la educación, práctica e investigación.

Este código reconoce a las mujeres como personas, busca justicia para todo el mundo y equidad a la hora de tener acceso a los cuidados de la salud, y está basado en las mutuas relaciones de respeto, confianza y dignidad de cada uno de los miembros de la sociedad. En él la matrona se vincula al respeto por el derecho a escoger que tiene la mujer ante una opción debidamente informada. Así como con el trabajo con las mujeres, apoyando su derecho a participar activamente en decisiones relativas a su cuidado. También, establece el progreso en los conocimientos y la práctica, asegurándose de que éste se desarrolle mediante revisiones meticulosas y estudios de investigación protegiendo siempre los derechos de las mujeres como personas (Código Ético Internacional para Matronas. Anexo 1).

En los últimos años, el aumento de la tecnología, ha contribuido a mejorar los resultados maternos y perinatales en la atención al parto, pero ello ha supuesto un incremento en el intervencionismo y la medicalización del mismo. Este hecho puede constituir un factor de vulnerabilidad e insatisfacción en la mujer y su familia con respecto a la experiencia del parto. Y la Organización Mundial de la Salud advierte que a pesar de que existe evidencia de que algunas intervenciones son perjudiciales, ineficaces o inadecuadas, se siguen practicando de forma rutinaria en muchos hospitales, por lo que es preciso revisar dichas prácticas, para modificar aquellas sobre las que no exista evidencia y mejorar así la calidad de la asistencia prestada a las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 1996).

En el año 2005, el Royal College of Midwives inició la Campaign for normal Birth, campaña dirigida a las matronas, en la cual la Federación de Asociaciones de Matronas de España, se inspiró para elaborar la Iniciativa

de Atención al Parto Normal (2007). Este hecho, junto con la demanda de las mujeres y el movimiento de ciertos profesionales que solicitan la defensa del parto natural o normal en el entorno hospitalario, ha contribuido al desarrollo de la humanización del parto. El propósito último de cualquier estrategia para la humanización debe ser el garantizar el derecho a la maternidad segura a todas las mujeres. Esto implica, garantizar la satisfacción de las usuarias y mejorar la calidad de la atención (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

## CAPÍTULO 2: Perspectiva Histórica del Procedimiento de la Episiotomía

### 2.1. Orígenes de la Episiotomía

La preocupación por los desgarros perineales y la protección del periné, se refleja en los textos de Sorano a comienzos del siglo II, en el libro *De morbis mulierum*, el primer texto escrito para comadronas, afirmaba que la comadrona debía tener no solo un entrenamiento teórico sino también práctico, y ser experta en las distintas ramas de la medicina para procurar prescripciones dietéticas, quirúrgicas y farmacológicas. Ya se hacía mención a la protección del periné, aconsejando a la comadrona que apoyara la mano sobre el perineo materno con una compresa de lino para evitar que se rasgara durante la expulsión del bebé.

En la época medieval, durante el siglo XI, se escribió en Salerno un tratado de enfermedades obstétricas y ginecológicas, que se conoce con varios títulos: *De passionibus mulierum curandarum*, *De aegritudinibus mulierum*, *De curis mulierum*, *Trotula major* o simplemente *Trótula*, en este tratado se cita la conveniencia de la sutura perineal.

Durante el siglo XVI, un famoso cirujano obstetra, Ambroise Paré, escribió dos tratados obstétricos, en uno de ellos, llamado *De la Generation de l'homme (1573)*, describe la realización de la sutura del periné desgarrado, siendo pionero en su enseñanza.

Asimismo, en el siglo XVII, y gracias a William Harvey, el padre de la asistencia al parto inglesa, la Obstetricia adoptó por primera vez una base científica. Escribió un trabajo sobre atención al parto en 1651, *de generatione animalium*, traducido del latín al inglés en 1653. Su precepto principal consistía en esperar a que actuara la naturaleza y en intervenir únicamente si era absolutamente necesario.

Hacia mediados del siglo XVIII, la modestia femenina, que hasta entonces había excluido a los hombres de la cámara de partos estaba desapareciendo entre las clases altas y medias, por lo que se hizo popular en Londres que auxiliares del género masculino dirigieran los partos. El término comadrón, que se había usado desde 1625, indicaba únicamente el sexo del profesional. Podía ser un boticario, cirujano, médico o profano que decidía dedicarse a la asistencia al parto.

Con la inclusión del género masculino a la asistencia al parto, nace también el intervencionismo sobre el mismo. Así, la primera vez que fue propuesto el uso de la episiotomía, un matrn irlandés, Sir Fielding Ould en 1742, (que fue, desde 1759 hasta 1766, Maestro de la Dublin Lying-in Hospital, ahora el hospital de la Rotonda, probablemente el más antiguo Hospital Europeo de Mujeres) en su *Treatise of midwifery in three parts* (tratado de Obstetricia en tres partes), describe la técnica para realizar un corte en la vagina, introduciendo un cuchillo entre la cabeza fetal y la vagina de la mujer en dirección al ano. Advierte que "este procedimiento debe

realizarse únicamente en caso de apuro, en el que la cabeza fetal permanezca mucho tiempo en constricción en el orificio externo de la vagina”. Asimismo, recomendaba la sutura de la herida cuando “ésta se aproximaba tanto al recto como para debilitar su función” (Ould, 1742, p. 145-146).



*Sir Fielding Ould, 1710–89.*

En un principio, esta técnica quirúrgica se indicaba en casos muy puntuales. Durante los siglos XVIII y XIX, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de la episiotomía eran en la asistencia de un parto dificultoso y para intentar salvar la vida del feto. Michaelis, Tarnier y Credé recomendaban la sección del periné en sus partos. Los proponentes de la episiotomía argumentaron que “su uso prevenía el daño perineal y la relajación del suelo pélvico y protegía al feto de injurias”, recomendando su utilización en aquellos “partos extremadamente dificultosos”. En 1799, Michaelis (médico de Hamburgo, Alemania) propone su realización para la prevención de grandes desgarros perineales. En un trabajo publicado por él en 1810, describe cómo “el 17 de abril 1799, utiliza un bisturí para agrandar para ampliar una de tres cuartos de un desgarró perineal de pulgada por una pulgada, con lo cual el nacimiento continúa espontáneamente sin más desgarró” (David, 1993, p.189).

En 1820, Ritgen en un libro de texto sobre el uso de ayudas mecánicas para el parto, sugirió “varias incisiones superficiales alrededor del orificio vaginal como un método eficaz de proteger el periné de su rotura”(David, 1993, p. 190).

En 1847, Dubois (Francia) sería el primero en sugerir la realización de una “incisión oblicua en el periné”, conocida como la episiotomía mediolateral (Nugent, 1835; Myers-Helfgott and Helfgott, 1999). En 1850 y 1852, Eichelberg y Scanzoni recomiendan la episiotomía lateral y bilateral (realización de “incisiones laterales perpendiculares al orificio vaginal”) (Graham, 1997, pág. 18).

En 1857, Carl Braun, fue el primero en dar el nombre de “episiotomía” a la incisión perineal, y el primero en condenarla por considerar que no era aconsejable ni necesaria (Nugent, 1935, p. 249).

Los primeros indicios de la episiotomía incluye la asistencia en los partos difíciles para salvar la vida del feto. Hasta finales de 1800 y principios de 1900, la episiotomía obtuvo poca aceptación, debido a que la analgesia no estaba disponible y a las elevadas tasas de infección que hacían de este procedimiento una tarea seria (Parvin, 1882; Nugent, 1935).

El primer uso documentado de la episiotomía en los Estados Unidos fue publicado en 1851 en *The Stethoscope and Virginia Medical Gazette* por un cirujano en Virginia, Taliaferro (Barter, Parks y Tyndal, 1960; Myers-Helfgott, 1999). Sin embargo, la episiotomía no se convirtió en algo común en esta época porque contradecía la teoría imperante de que el proceso del parto y el funcionamiento del perineo era un proceso fisiológico, por lo tanto no requería intervención quirúrgica. A finales de 1800, se empezó a considerar un uso más liberal de la episiotomía (Schoon, 2001). Así, en 1878, Broomall abogó por el aumento del uso de la episiotomía en los Estados Unidos, para controlar el desgarro perineal.

Ya en el siglo XX, hacia 1920, DeLee y Pomeroy aconsejaban tal proceder de forma sistemática durante el parto. Argumentando que esta práctica evitaba el dolor, prevenía desgarros, acortaba el parto, prevenía el prolapso uterino, preservaba la integridad del suelo pélvico y el introito. Así, en su libro *The prophylactic forceps operation* (la operación de fórceps profiláctico) DeLee también afirmó, que la episiotomía en combinación con el uso de fórceps evitaría lesiones del cerebro del feto mediante la prevención

de la anoxia, disminuyendo la tasa de epilepsia y retraso mental. DeLee recomendaba el uso de fórceps con una episiotomía mediolateral para todas las nulíparas. Recomendó un programa de control activo sobre el trabajo de parto, tratando de evitar problemas a través de intervenciones rutinarias. DeLee propuso una secuencia de intervenciones médicas destinadas a salvar a las mujeres de los “males” que son “naturales del parto”. También que los obstetras especializados deberían sedar a las mujeres en el inicio del trabajo de parto, permitieran que el cuello del útero se dilatase, dieran el éter durante la segunda etapa del trabajo de parto, realizaran la episiotomía, el parto con fórceps, extrajeran la placenta, dieran medicamentos para que el útero se contrajera y repararan la episiotomía. Su artículo fue publicado en el primer número de la revista *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Y, a partir de ahí, todas las intervenciones que DeLee prescribió se convirtieron en rutina (Myers-Helfgott, Helfgott, 1999, p. 306).

En la década de 1920 y 1930, las altas tasas de morbilidad y mortalidad en la madre y el recién nacido llevan a la creencia de que el nacimiento es una empresa potencialmente mortal y que las mujeres de parto necesitan toda la ayuda disponible para sobrevivir a la terrible experiencia. A pesar de la falta de evidencia científica que demuestre la seguridad o los beneficios del procedimiento, entre 1915 y 1935, la episiotomía profiláctica electiva se recomienda para disminuir la morbilidad materna e infantil y la mortalidad. La justificación para el uso liberal de episiotomía era que ésta evitaba laceraciones perineales y el periné regresaba a su estado previo al embarazo, que el procedimiento podría disminuir o prevenir la morbilidad y mortalidad infantil, y que podría prevenir futuros problemas ginecológicos, como la relajación pélvica. En ese momento, existía una evidencia científica limitada para apoyar estas afirmaciones (Myers-Helfgott, Helfgott, 1999). Entre 1900 y 1930, la mortalidad materna se situaba en torno a 600-800 muertes por cada 100.000 nacimientos. Sumado al hecho de que la episiotomía era promocionada por los obstetras más notables de la época, también se produjo un cambio en la asistencia de los partos, pasando del domicilio al ámbito hospitalario.



Durante los años 1930 y 1940, el parto hospitalario se convirtió en la norma en los Estados Unidos. Pasando de una asistencia del 5% al 70% en poco más de cuarenta años (Wertz y Wertz, 1989).

El parto hospitalario ofrecía condiciones asépticas y tecnología para realizar la episiotomía de una forma segura. Este cambio en la atención al parto, desencadenó una serie de intervenciones que no estaban basadas en la evidencia científica. Este hecho contribuyó a un cambio en la conceptualización de la naturaleza del parto. Hasta ahora, cuando la mujer daba a luz en el hogar, el parto había sido visto como algo natural y fisiológico. Al trasladar el parto al hospital, se llegó a considerar como un proceso patológico, que requiere intervención obstétrica para minimizar o prevenir las complicaciones. Al aumentar la demanda de mujeres que daban a luz en el hospital, también aumentó el trabajo de los médicos, por lo que adoptaron el uso rutinario de la episiotomía para acortar el tiempo del parto (Myers-Helfgott, Helfgott, 1999).

A medida que más mujeres dieron a luz en el hospital, un número creciente de ellas recibieron analgesia. Esto hizo que aumentase la incidencia de partos instrumentados, por ende, aumentó la incidencia de uso de fórceps, así como el uso de la episiotomía para ampliar el espacio vaginal y la posición de litotomía dorsal, para una mejor asistencia médica. En 1967, se autorizó a las comadronas inglesas a infiltrar el perineo con analgesia local antes de realizar la episiotomía, que por esa época ya se practicaba de forma rutinaria en mujeres primigestas. Y en 1970, se autorizó a estas comadronas a suturar el perineo (Towler y Bramall, 1997).

En la década de los setenta, en Estados Unidos, el concepto de *cuidado de la salud como una cuestión de derecho, no privilegio* plasmó el espíritu de la época mejor que cualquier otra idea. Las preocupaciones sobre los nuevos derechos en materia de salud hicieron surgir movimientos para defender el derecho al consentimiento informado, el derecho a rechazar un tratamiento, el derecho a acceder a la historia clínica del paciente y el derecho a participar en las decisiones terapéuticas. Este hecho, desarrolló un movimiento de *desinstitucionalización y desmedicalización* de los eventos

críticos de la vida, como el parto y la muerte. El interés derivaba de un deseo de una parte de la sociedad de escapar del dominio del profesional médico, así como de un entorno hospitalario desensibilizado o deshumanizado. Al mismo tiempo, surgió un movimiento naturista que comenzó a cuestionarse el uso rutinario de la episiotomía. En Europa, Leboyer (1970) fue el primer médico, jefe de servicio hospitalario, que se interrogó sobre el traumatismo del nacimiento y las condiciones en que éste se practicaba en los hospitales modernos del mundo llamado *desarrollado*. Por primera vez, se deja a un lado el punto de vista médico, para ver el nacimiento desde el punto de vista de la criatura. Comienza la humanización del parto, propiamente dicha.

La evidencia científica llegó con una publicación en 1983 de Thacker y Banta, titulada *Benefits and risks of episiotomy: An interpretative review of the English language literatura, 1860-1980*. (Beneficios y riesgos de la episiotomía: una revisión exhaustiva de la literatura en inglés desde 1860 hasta 1980), en la que se revelaba la falta de evidencia científica que sustentaba los beneficios atribuidos a la episiotomía; particularmente respecto a su uso rutinario. Por el contrario, encontraron evidencias sobre los riesgos asociados a la episiotomía, tales como dolor, edema, hemorragia, infección y dispareunia. Estos autores afirman, citando a Caldeyro-Barcia, que todo lo que realizan los profesionales en el parto, influye en el resultado obstétrico, de tal manera que si aceleramos la etapa de expulsión fetal por empuje activo, podría ser perjudicial para el feto y casi con toda seguridad conduciría a un aumento de episiotomías y desgarros, mientras que si el puje se realiza con lentitud, hay menor necesidad de realizar este procedimiento ya que se distienden más los tejidos y los huesos de la cabeza fetal se adaptan mejor al canal del parto. También advirtieron que “el uso de analgesia y anestesia así como la posición de litotomía aumentan el riesgo de laceraciones” (Thacker y Banta, 1983, p. 330).

Estos autores llegaron a la conclusión de que la episiotomía debía limitar su uso únicamente cuando existieran ciertas indicaciones estrictas. Ya que es un procedimiento que presenta numerosos riesgos tales como extensión de la incisión, resultados anatómicos insatisfactorios, aumento de

la pérdida de sangre, dispareunia, dolor posparto e infección. Y desafiaron a la comunidad obstétrica a practicar Medicina Basada en Evidencia y probar los beneficios de la episiotomía en estudios clínicos adecuadamente diseñados. Aportaron una cifra razonable de episiotomía sobre la base de las tasas encontradas en centros de parto poco intervencionistas realizados por parteras, considerando que una de cada cinco mujeres (20%) sería una tasa aceptable de episiotomía. En cualquier caso, creían que el camino ético era informar a las mujeres y darles la oportunidad de tomar la decisión (Thacker y Banta, 1983). Por desgracia, este provocativo artículo hizo poco para estimular la discusión sobre el uso de la episiotomía y no obtuvo el impacto deseado en la comunidad obstétrica en general.

En 1984, se realizó el primer estudio aleatorizado que concluyó lo contradictorio del procedimiento y demostró que se puede reducir la tasa de episiotomía de un 50% a un 20%, tan solo haciendo que el personal que asiste el parto se plantee la necesidad o no de realizarla, sin alterar los resultados materno-fetales (Sleep, Grant, García, Elbourne, Spencer y Chalmers, 1984). Desde entonces han surgido en la bibliografía científica numerosos estudios con la finalidad de analizar la utilidad y los beneficios de la episiotomía.

La Organización Mundial de la Salud organiza en 1985 la primera conferencia en Fortaleza (Brasil) sobre la tecnología apropiada a utilizar en el momento del parto. En ella, recoge que:

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada (Declaración de Fortaleza Organización Mundial de la Salud, Tecnología apropiada para el parto, 1985, p.1).

Establece una serie de recomendaciones específicas, entre las que se incluye una mención a la episiotomía: “Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía” (Organización Mundial de la Salud, 1985, p.3).

Una de las revisiones con más peso científico, fue la realizada por Belizan y Carroli en 1998, en la que se realizó una búsqueda en el registro de estudios clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto, analizando los resultados de seis estudios clínicos controlados aleatorizados, concluyendo que la episiotomía selectiva, parece tener mayor beneficio que la rutinaria respecto al trauma perineal posterior, una menor necesidad de sutura y menos complicaciones. Aunque describe un mayor riesgo de trauma perineal anterior, probablemente debido a un déficit en la formación de los profesionales sobre la protección del periné durante la expulsión de la cabeza fetal en el parto (Belizán y Carroli, 1998).

En 2004, Mozo, Solís y Gómez publicaron una revisión sistemática de la episiotomía realizando una búsqueda en lengua inglesa, concluyendo que toda la bibliografía aconseja un uso restrictivo de la episiotomía, recomendando su uso en situaciones muy concretas, como sufrimiento fetal agudo o la sospecha de distocia de hombros (Mozo et al, 2004).

En 2005, Hartmann, Viswanathan, Palmieri, Gartlehner, Thorp y Lohr, se cuestionaron en su estudio “si la episiotomía no sería una mutilación ritual”, ya que concluyen, tras una revisión sistemática de la evidencia científica, que no hay evidencias que apoyen los beneficios tradicionalmente atribuidos a la misma. De hecho, el resultado de la episiotomía podría considerarse peor, dado que una proporción de mujeres que habrían tenido lesiones menores sufrieron a cambio una incisión quirúrgica (Hartmann et al, 2005, p. 2147).

Definir la práctica abusiva de episiotomía que hemos descrito como una forma moderna de Mutilación Genital Femenina es desmedido, sin embargo sí que podemos considerarla como una técnica mutilante que afecta a la sexualidad de la mujer, a su bienestar, a su recuperación en el puerperio y a veces a la propia imagen corporal (Gálvez, 2000).

En resumen, la episiotomía es una técnica que desde su origen, descrito por Ould, en 1742, nace por una necesidad, indicándose

únicamente en aquellos casos en que la cabeza fetal permanezca mucho tiempo en la vagina, así permaneció su uso durante los siglos XVIII y XIX, solo para partos dificultosos y para intentar salvar la vida de la criatura. Hasta principios de 1900 tuvo poca aceptación, debido a la falta de analgesia y al riesgo de infección. En 1920 DeLee y Pomeroy abogaron por un uso sistemático en todas las nulíparas, la alta mortalidad materna y fetal, unido a la falta de evidencia científica, convierten en rutina todas sus indicaciones. Posteriormente el parto pasa a institucionalizarse, en los hospitales, aparece la analgesia, la posición de litotomía, el uso de fórceps, se produce una fuerte medicalización del proceso del nacimiento. En la década de los setenta, hay un cambio en la concepción de la salud, como un derecho, por lo que se revisan los derechos del paciente (consentimiento informado, derecho a decidir, etc...). La evidencia científica comienza a partir de los estudios de Taker y Banta en 1983, demostrando que su uso rutinario no está justificado y es contraproducente. A partir de este trabajo, numerosos estudios concluirían que es recomendable un uso restrictivo del procedimiento recomendándolo en situaciones concretas como sufrimiento fetal agudo (Tabla 1).

Tabla 1. Evolución científica de la episiotomía a lo largo de la historia.  
Fuente: Elaboración propia.

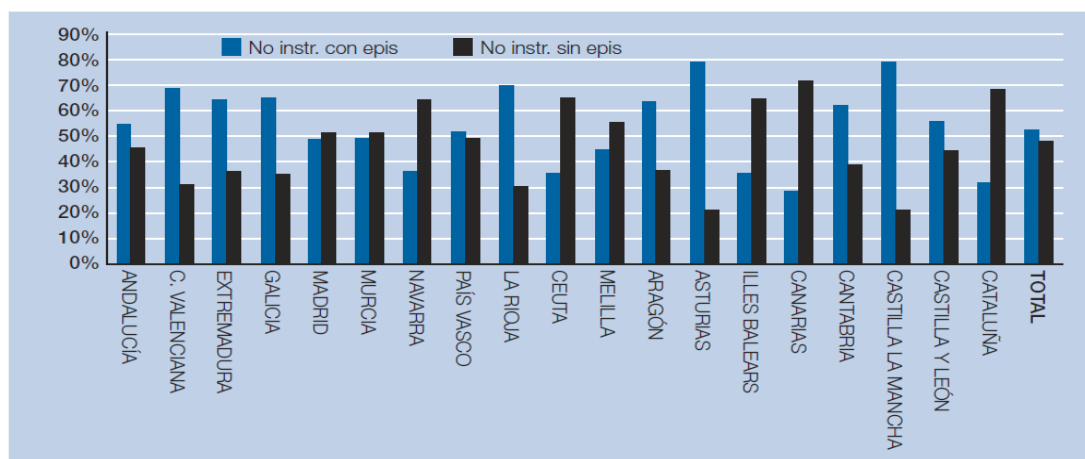
Año	Autor	Síntesis
1742	Ould	Primera episiotomía Uso en caso necesidad: Cabeza fetal permanezca mucho tiempo en la vagina
1799	Michaelis, Tarnier y Credé	Uso previene daño perineal Previene relajación suelo pélvico y protege al feto. Recomiendan su uso en partos extremadamente dificultosos.
1857	Carl Braun	Le da nombre y la condena. No es aconsejable ni necesaria
1920	DeLee	Uso sistemático pues prevenía desgarros, acortaba el parto, previene prolapso uterino y preserva la integridad del suelo pélvico.
1970	Leboyer	Parto sin violencia
1983	Thacker y Banta	Evidencian científicamente los riesgos asociados a su uso indiscriminado. Limitaciones estrictas
1984	Sleep y cols	Realiza un estudio en el que demuestra lo contradictorio del procedimiento. Es capaz de reducir la tasa de episiotomía, haciendo que el personal se plantee la necesidad de realizarla.
1985	OMS	No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
1999	Carroli y Belizan Grupo Cochrane de Embarazo y parto	Revisión sistemática: La episiotomía selectiva parece tener: Mayor beneficio, respecto al trauma perineal posterior. Menor necesidad de sutura. Menos complicaciones.
2004	Mozo et al.	Uso restrictivo. Recomiendan su uso en: Sufrimiento fetal agudo. Sospecha de distocia de hombros.
2005	Hartmann et al.	Compara con mutilación ritual. No evidencias que apoyen su uso.
	Fernández (2006) Goer (2008) OSM–MSC (2008) Cochrane (varias fechas)	Numerosos problemas que causa en el periné de las mujeres como incontinencias, pérdida de sensibilidad, recuperación más tardía No necesaria para la salida del feto

## 2.2. La Situación Actual del uso de la Episiotomía en España

Mientras que en Europa, se observaba una importante tendencia a disminuir el uso de la episiotomía, en 1995, España es criticada por no seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, situándose entre los países europeos con una mayor tasa de episiotomías (87,6%) a diferencia de países como Inglaterra (16%), Dinamarca (12%) y Suecia (9,7%) (Graham, Carroli, Davies y Medves, 2005). Llevando a cabo este procedimiento al 90% de las madres primerizas y al 60% de las que presentaban un parto anterior (Bosch, 1998).

En España, según datos hasta el 2005, existe una amplia variabilidad sobre su uso (desde un 33% hasta un 73%), según Comunidades Autónomas. Este hecho hace pensar que se sigue aplicando, sin un criterio común. En el período 2001-2006, el número de partos aumentó a un ritmo de entre 10 000 y 15 000 al año. La media de partos no instrumentados fue del 62,7%, la de partos instrumentados del 15,1% y la de cesáreas del 22,2%. En el análisis se observó una gran variabilidad en los procedimientos realizados en los diferentes niveles: hospitales, provincias y comunidades autónomas, incluso entre algunas muy próximas geográficamente. (Figura 1). El porcentaje total de episiotomías en general ha ido descendiendo progresivamente, así, el número de partos no instrumentados con episiotomía ha pasado de casi triplicar en 2001 al de partos sin episiotomía a ser prácticamente igual en 2006 (Maceira, Salgado y Atienza, 2009; 2010).

Figura 1. Porcentaje de partos no instrumentados con o sin episiotomía por comunidades autónomas, año 2006. Fuente: (Maceira, Salgado y Atienza, 2009)



CCAA	Andalucía	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	P. Vasco	La Rioja	Ceuta
No instr con epis (%)	54,3	68,7	64,2	64,9	48,7	48,9	36,2	51,3	69,5	35,2
No instr sin epis (%)	45,7	31,3	35,8	35,1	51,3	51,1	63,8	48,7	30,5	64,8
CCAA	Melilla	Aragón	Asturias	Illes Balears	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla-León	Cataluña	Total
No instr con epis (%)	44,6	63,5	79,1	35,5	28,5	61,3	78,5	55,8	32,1	52,2
No instr sin epis (%)	55,4	36,5	20,9	64,5	71,5	38,7	21,5	44,2	67,9	47,8

Un estudio realizado por Melchor, Barth, Bellart, Galindo, Miño y Perales (2008), revela los datos acerca del porcentaje de episiotomías en España durante el año 2006. Refiere que la tasa de estas intervenciones en los partos eutócicos fue del 54% y en los partos instrumentales del 92%. Siendo la tasa global 61%. Indicando que España se encuentra por encima de la media europea o de EE.UU (Figura 2).

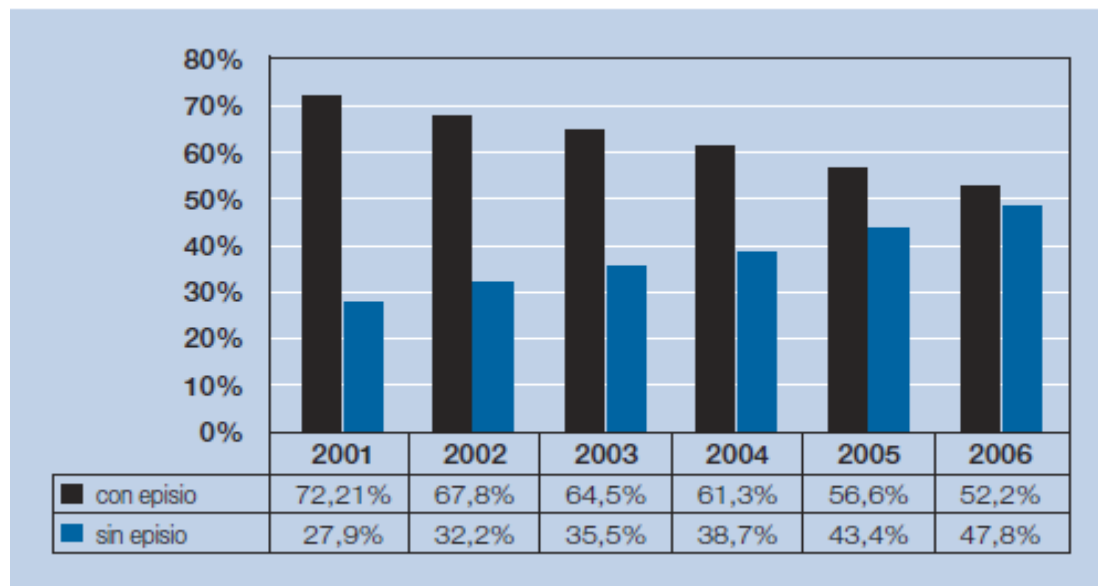
Esta variabilidad, llevó al Sistema Nacional de Salud a plantearse reconfigurar los roles paterno y materno, y a exigir a los profesionales de salud encontrar más y mejores respuestas para la atención de la mujer durante el momento del parto. Así, en 2008, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de España, elaboró la propuesta de Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Este documento se elaboró con el propósito, entre otros, de adecuar la asistencia al parto a una práctica basada en la evidencia científica, para “desechar modos de actuar obsoletos, pero arraigados, con el objetivo de beneficiar a



la usuaria, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales”. En esta propuesta, se cuestionó entre otros, el uso rutinario o práctica sistemática de la episiotomía, estableciendo una serie de recomendaciones: “Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática, no suturar los desgarros leves o cortes menores, de ser necesaria, se aconseja realizar episiotomía medio-lateral con sutura continua de material reabsorbible y mejorar la formación sobre la protección del periné” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p. 58).

La atención sanitaria del parto en España se puede situar, según el informe del Ministerio de Sanidad a propósito de los estándares y recomendaciones de la atención hospitalaria al parto (2009), en un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de Enfermería y de Medicina especializados (matronas y obstetras).

Figura 2. Evolución en el uso de episiotomías desde el año 2001 hasta el año 2006. (Informe de evaluación de tecnologías sanitarias, 2007).



En la propuesta de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud en 2008, se advierte que:

... a pesar de la amplia evidencia disponible acerca de los beneficios de la práctica restrictiva de la episiotomía, parece que se sigue aplicando en una proporción importante de los partos y sin un criterio común lo que constituye una amplia

variabilidad. Es necesaria una información de más calidad para monitorizar esta práctica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p. 56).

Así pues, esta enorme variabilidad entre países, Comunidades Autónomas y hospitales, lleva a preguntarse cuál debería ser la tasa de episiotomías. Según El Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, estaría situada alrededor del 30% (2005). La Organización Mundial de la Salud establece entre un 10-20% la tasa ideal. Aunque, probablemente sea la más baja posible, sin que por ello se incremente la morbilidad materna o fetal derivada de su realización inoportuna o inadecuada (Melchor, Bartha, Bellart, Galindo, Miño y Perales, 2008). Así mismo cabe cuestionarse cuáles son las indicaciones para realizarla y por qué existe esa amplia variabilidad que advierte el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en España. Se acepta de forma unánime que no está indicado su uso rutinario, pero las indicaciones quedan limitadas a la decisión del profesional que realiza el parto.

Independientemente de la evidencia científica que aboga por un uso restrictivo, la decisión de practicarla, el tipo de episiotomía y el momento justo para realizarla forman parte de ese arte que es la tococirugía y siempre dependerá del buen criterio, basado en una sólida formación obstétrica que deberá tener el profesional que asista al parto (Melchor et al, 2008, p. 562).

Actualmente, la tococirugía tiene muchísimo más de ciencia que de arte, si es que tiene algo de arte. Nuestra asistencia obstétrica se debe basar en la integración del mejor conocimiento científico disponible en cada momento y la experiencia clínica del profesional (Aceituno, 2009, p. 69).

Existen una serie de indicaciones en que el prudente juicio clínico justifica su realización: pérdida del bienestar fetal, distocia de hombros, parto de nalgas, parto instrumental, periné muy corto, presentación posterior persistente o el agotamiento materno (Melchor et al., 2008). Si hay que realizarla se recomienda que sea mediolateral (Aceituno et al, 2009). Todos coinciden en su uso restrictivo (Aceituno, Segura, Ruiz, Sánchez-Barroso, Acosta, Delgado y Barqueros, 2011).

En la actualidad, se debe reconocer que no hay evidencia para definir las indicaciones en que se debe realizar una episiotomía. No obstante, está claro que “el beneficio materno no sería una de ellas” (Hartmann, Viswanathan, Palmieri, Gartlehner, Thorp y Lohr, 2005, p. 2147).

Posteriormente organizaciones y sociedades científicas elaboraron una serie de recomendaciones que sirvieron como marco de referencia y que impregnan con un halo de humanización los cuidados que los profesionales sanitarios prestan a las mujeres en su proceso de parto.

Así pues, la Organización Mundial de la Salud elaboró el primer documento, fruto del consenso internacional, en 1987, en Brasil: La Declaración de Fortaleza, donde se contemplaba las recomendaciones para la atención al nacimiento desde una perspectiva desmedicalizadora. Así como la mayoría de asociaciones y colegios de obstetras, ginecólogos y matronas recomiendan la realización de episiotomías restrictivas, es decir, únicamente en determinadas situaciones clínicas y no de forma protocolaria (Organización Mundial de la Salud, 1985; 1996; 2001; Ministerio de Sanidad, 2008).

También la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, en 2006, publicó su postura oficial en la asistencia al parto incidiendo en cuestiones como la utilización selectiva de la episiotomía o evitar el rasurado del periné. Esta organización considera que la episiotomía mantiene hoy día unas indicaciones muy concretas, aceptándose que su realización por rutina no es necesaria (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2006).

Asimismo, la Federación de Asociaciones de Matronas de España se hace eco de lo que dictamina la Organización Mundial de la Salud, recomendando en el documento de consenso titulado Iniciativa al Parto Normal (2007), que un porcentaje del 10% de episiotomías sin que se produzcan lesiones en la madre o el bebé sería un buen objetivo a alcanzar. Las indicaciones para realizarla, se limitarían a aquellas situaciones en las que se produzca un riesgo de pérdida del bienestar fetal, un parto vaginal complicado y en aquellos casos en que existan cicatrices de mutilación de

los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores o mal curados. Por tanto abogan por un uso restrictivo de la episiotomía, utilizando la técnica más conocida por el profesional que asiste el parto (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007).

También las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence en relación a la atención intraparto recomiendan la no realización de una episiotomía de forma rutinaria durante el parto vaginal espontáneo, considerando que solo debería realizarse en caso de necesidad clínica, como ante un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal (National Institute for Health and Care Excellence, 2007).



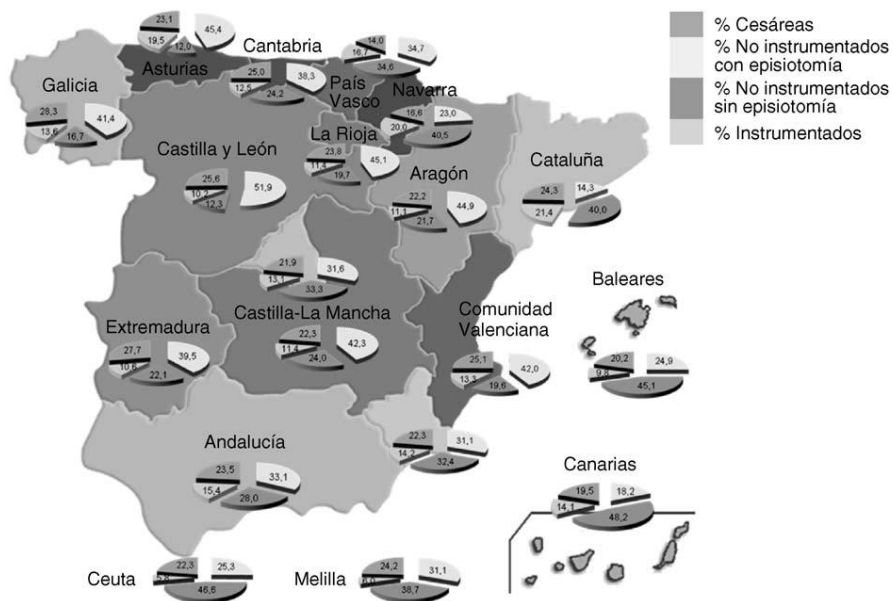
## **CAPÍTULO 3: Antecedentes del Procedimiento de la Episiotomía**

En este capítulo, trataremos de enumerar los diferentes factores que pueden influir en la decisión de practicar una episiotomía. Comenzando por las indicaciones clínicas, que como veremos no están claramente definidas, siguiendo con las indicaciones de contexto que incluirán el tipo de hospital, el horario y el tipo de profesional que atiende el parto y concluiremos con una revisión de la técnica de realización del procedimiento.

La episiotomía es una de las operaciones más comunes que se realizan en las mujeres (Weber y Meyn, 2002); y aunque existe una gran variabilidad en la práctica de esta técnica (Figura 3), su uso está influenciado por diversos factores tales como el profesional que asiste el parto (obstetra o matrona), factores maternos (edad, paridad, etc.), fetales (peso, edad

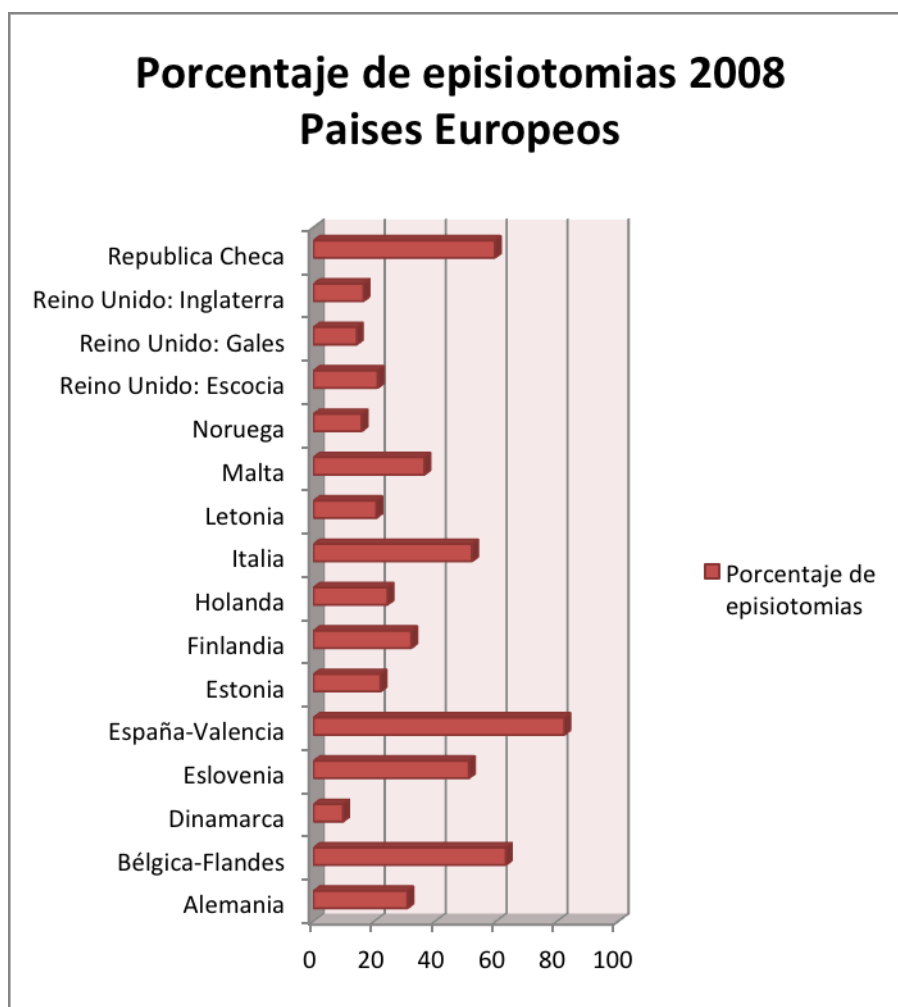
gestacional, etc.), prácticas clínicas (posición en expulsivo, uso de analgesia epidural, etc.) y de contexto (tipo de hospital, horario laboral, etc.).

Figura 3. Distribución de los diferentes tipos de parto por Comunidades Autónomas, año 2006 (Salgado, Maceira, López y Atienza, 2010).



Todos estos factores pueden explicar la enorme variabilidad que hay respecto al uso de esta técnica entre los diferentes países. Así, según un informe elaborado por European Perinatal Health, en 2008, las tasas de episiotomía fueron de un 9,7% de los partos vaginales en Dinamarca, el 14,2% en el País de Gales (Reino Unido), y 16,2% en Inglaterra (Reino Unido) a 82% en Valencia (España), el 63% en Flandes (Bélgica), y el 52% en Italia (Figura 4).

Figura 4. Porcentaje de episiotomías en 2008 en países europeos, según cifras de European Perinatal Health Report, 2008.



### 3.1. Indicaciones Clínicas

Las indicaciones clínicas son los signos o circunstancias que señalan el tratamiento que debe realizarse (Dorland, 1999). Previo a la decisión de practicar una episiotomía, clínicamente aparecen unos criterios que justifican la necesidad de realizarla. Un estudio reciente enumera aquellos más utilizados por los profesionales (Funai y Norwitz, 2012), como son:

- Periné poco distensible.

El periné también llamado periné obstétrico, es la zona del periné anatómico comprendida entre la horquilla vulvar y el ano. Este se distiende y dilata de forma considerable, y la porción central del periné se adelgaza,



transformándose de una masa de tejido en forma de cuña con un espesor de 5cm en una membrana delgada que es casi transparente en ausencia de episiotomía, con un espesor de 0.5-1 cm. La rigidez de este tejido al paso de la cabeza fetal, pueden producir la apertura del mismo con desgarros (Acién, 2001, pág. 255).

- Esto suele suceder cuando existen cicatrices perineales de episiotomías anteriores, gran edema y con operación plástica perineal anterior. La episiotomía debe realizarse cuando el periné haya agotado su capacidad de distensión y veamos que no es posible la salida de la cabeza sin un desgarro del mismo. Se puede considerar que “el periné está agotado cuando se queda blanco, exangüe, porque la gran distensión a la que está sometido dificulta su irrigación. Pero esto es solo un índice que indica el momento de la episiotomía, pero no su necesidad absoluta” (Acién, 2001, pág. 305).

- Desproporción pélvica fetal.

En condiciones eutócicas, debe existir una perfecta armonía entre los diámetros de la presentación fetal y los de la pelvis materna que aquellos deben atravesar. La pérdida de esa armonía constituye la desproporción pélvica fetal. Esta puede tener su causa en la madre (diámetros pélvicos reducidos) o en el feto (diámetros de la presentación fetal aumentados) o en ambos (mixta) (González-Merlo, 1999, pág. 560).

- Feto macrosómico. Se define la macrosomía como un peso en el nacimiento superior al percentil 90, o un peso mayor a 4000 gr. (Cloherty, Eichenwald y Stark, 2009).
- Utilización de fórceps o instrumentado. El fórceps es un instrumento para traccionar o girar la cabeza fetal o ambos cuando las fuerzas expulsivas de la parturienta no sean suficientes para terminar de una forma segura el parto. Con su aplicación pueden producirse lesiones en los tejidos blandos de la madre, (las ramas del fórceps ocupan un 10% más de espacio en la pelvis materna), que comprenden desde abrasiones hasta laceraciones graves de la vagina, el cuello y el útero.

Al iniciar la extracción fetal mediante fórceps, es conveniente practicar una episiotomía, pues, de no hacerlo, es frecuente que al descender las cucharas al nivel de la vulva se produzcan importantes desgarros de perineo. Algunos

prefieren esperar que el perineo se encuentre distendido para realizar la episiotomía” (González-Merlo, 1999, pág. 760).

- Necesidad de acelerar el parto por trastornos fetales y/o agotamiento materno.

### **3.2. Indicaciones de contexto**

Además de los criterios clínicos, Barber, Eisenberg y Grobman creen que la realización de esta práctica puede obedecer a otros factores no clínicos, tales como número de horas de trabajo del profesional que asiste los partos, horario nocturno, etc. Concluyendo, en su estudio, que sería necesario profundizar sobre cómo se estructuran los servicios de Obstetricia para optimizar los resultados obstétricos y que las intervenciones se apliquen de una forma óptima (Barber et al, 2011).

Aunque no disponemos de datos que relacionen el aumento del número de episiotomías respecto del tipo de hospital, (nivel tecnológico, número de camas, número de profesionales, etc.) puede servirnos de ejemplo cómo las variaciones en la práctica médica de la cesárea dependen del tipo de hospital o del número de profesionales, así por ejemplo, en el caso de la cesárea, se ha observado que el nivel tecnológico neonatal (existencia de Unidades de Cuidados Intensivos de neonatos) siempre actuó en sentido de incrementar el riesgo, al igual que el hecho de que el hospital tuviese plantillas amplias de médicos especialistas en Obstetricia. Mientras que el hecho de ser un hospital docente, actuó en todos los indicadores como un claro factor protector disminuyendo el riesgo relativo de sufrir una cesárea (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009).

#### **3.2.1. Tipo de Hospital**

Analizando la variable hospital, que los clasifica en función del número de camas. Nivel 1: menos de 200 camas; nivel 2: entre 200 y 500 camas; nivel 3: entre 501 y 1000, y nivel 4: más de 1000 camas. Cuanto mayor es el nivel del hospital (mayor número de camas), más aumenta el

número de partos instrumentados y disminuye el número de partos eutócicos sin episiotomía.

Según el Informe de Evaluación de Tecnología Sanitaria realizado en 2007, el tipo de hospital en el que se lleva a cabo el parto no parece ser un determinante del tipo de parto, salvo en los hospitales de nivel 1, en los que el porcentaje de episiotomías es bastante menor que en el resto de hospitales. El informe concluye que el número de episiotomías y de partos instrumentados aumenta conforme es mayor la complejidad del hospital. Al igual que para otras especialidades, esto es debido a la derivación de los procedimientos complejos a los centros con mayor dotación tecnológica y humana. Sin embargo, los porcentajes de partos no instrumentados que se realizan sin episiotomía son ligeramente superiores en los hospitales de nivel 1 que en el resto, debido probablemente a un cambio de actitud de los profesionales más jóvenes hacia la realización de episiotomías de forma rutinaria (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009). En la Comunidad Foral de Navarra, se produjo una reducción del 60%, en el uso de la episiotomía, debido a la introducción de guías clínicas y programas específicos que favorecieron esta disminución (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009).

En un estudio llevado a cabo en el País Vasco en 2010, se estableció el nivel del hospital sobre la base del número de partos atendidos al año, observándose que a mayor número de partos atendidos, mayores tasas de episiotomías y partos instrumentales (Blas y Cediell, 2010). Esto indicaría que una mayor presión asistencial, obliga a los profesionales a agilizar el proceso del parto, utilizando la episiotomía como un procedimiento que acorta la etapa de expulsión fetal.

### **3.2.2. Horario Laboral de los Profesionales**

La influencia del horario nocturno en la actividad profesional, ha sido demostrada ampliamente, así, desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en una guía de buenas prácticas, advierte sobre la posibilidad de acumular fatiga por falta de sueño y de la repercusión negativa sobre la

realización del trabajo que puede ocasionar acumulación de errores, dificultad de mantener la atención, de percibir correctamente la información o de actuar con rapidez. Generalmente en el turno de noche se obtiene un menor rendimiento y una menor calidad del trabajo realizado, especialmente entre las 3 y las 6 de la madrugada, ya que en estas horas la capacidad de atención y toma de decisiones, así como la rapidez y precisión de los movimientos es más reducida (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997).

Algunos autores se han cuestionado el horario como un factor relevante a la hora de tomar la decisión de realizar una episiotomía, así Carvalho, Souza y Moraes Filho, (2010), realizaron una investigación bajo la hipótesis de que el turno de noche de parto sería un factor de riesgo para la realización de la episiotomía. Sin embargo, esta hipótesis no fue confirmada y no se encontraron en la literatura estudios que vinculan el uso de la episiotomía con el horario de realización de la misma, y tampoco con el turno de los profesionales que la realizan (24 horas frente a 12 horas, turno de día frente a turno de noche, etc.).

### **3.2.3. Profesionales Sanitarios que Asisten a la Mujer en su Proceso de Parto.**

Los profesionales sanitarios que se ocupan del cuidado de la mujer durante el proceso del parto, son principalmente matronas y obstetras. Estos profesionales sanitarios, han sido formados en diferentes universidades, siguiendo planes de estudios diversos e impregnándose de distintas filosofías en cuanto a los cuidados a la mujer. Todas estas diferencias, implican que en la práctica, se refleje también de forma diferente su manera de actuar.

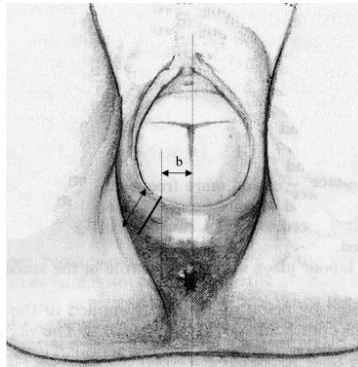
La decisión de practicar una episiotomía parece estar influenciada por el profesional que realiza el parto. En concreto, las matronas realizan un número menor de episiotomías que los obstetras. Según un estudio, en Boston, los obstetras privados presentan las tasas más altas de episiotomías

(55,6%), seguido por los obstetras públicos (33,3%) y, por último, las comadronas la tasa más baja (21,4%), (Robinson, Norwitz, Cohen y Lieberman, 2000).

Hay evidencia de que los partos atendidos por ginecólogos tienen una mayor prevalencia de lesiones perineales que los asistidos por parteras. En un estudio retrospectivo, Bodner-Adler, Bodner, Kimberger, Lozanov, Husslein y Mayerhofer informaron de una tasa significativamente menor de episiotomías y laceraciones perineales de todos los grados en las mujeres con embarazos de bajo riesgo atendidos por parteras, en comparación con los atendidos por médicos ( $p < 0,001$ ), (Bodner-Adler et al, 2004). Este hecho puede deberse a que las matronas habitualmente asisten la mayoría de los partos eutócicos, mientras que los obstetras realizan los partos instrumentales.

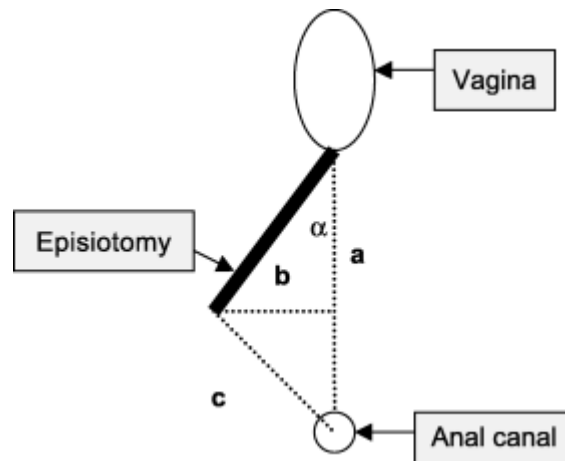
También existen variaciones en cuanto a la realización de la técnica de la episiotomía, respecto al profesional que la realiza. Así, la práctica de la incisión perineal, no es realizada por todos los obstetras y matronas de la misma forma. Tincello, Williams, Fowler, Adams, Richmond y Alfirevic (2004), consultaron cuatro manuales de Obstetricia y en todos ellos, se describía la técnica de realización con un ángulo de corte entre 40-60 grados, partiendo de la horquilla inferior vulvar. Estos autores han demostrado diferencias en la presentación de la episiotomía practicada por médicos y matronas. Mediante un pictograma, les pidió que identificasen el ángulo de corte que solían realizar (Figura 5). Los cuestionarios cumplimentados se analizaron al trazar una línea en el plano sagital desde el clítoris hasta el ano y la medición de las distancias siguientes: la distancia perpendicular desde el plano sagital en el origen de la marca de la episiotomía en el introito, la longitud de la marca, y el ángulo subtendido por la marca en el plano sagital. Llegaron a la conclusión de que no todos los profesionales realizan la episiotomía de la misma forma y que esta diferencia puede suponer un aumento de morbilidad para la mujer.

Figura 5. Diagrama utilizado para el estudio con las mediciones realizadas como se indica: a = longitud de la línea, b = distancia de la línea media (de positivo a la madre el derecho, negativo a la izquierda la madre), c = ángulo subtendido desde el plano sagital o parasagital. Fuente: Tincello et al, 2004.



Posteriormente, Andrews, Thakar, Sultan y Jones (2005), demostraron mediante un estudio descriptivo que las episiotomías realizadas por obstetras son más largas (45 mm vs 40 mm), más profundas (50 mm vs 45 mm) y más oblicuas (27° vs 20°) comparadas con las realizadas por matronas. Esta variabilidad en el proceder de distintos profesionales puede ser explicable por las diferentes prácticas que realiza cada grupo profesional: las matronas habitualmente asisten la mayoría de los partos eutócicos, mientras que los obstetras realizan los partos instrumentales. Los autores, realizaron un estudio a 241 mujeres examinándolas inmediatamente después del parto. Midieron la profundidad, longitud, distancia de la línea media y la distancia más corta entre el punto medio del canal anal en posición de litotomía inmediatamente después de la reparación de la episiotomía. El ángulo de traumatismo perineal subtendido desde el plano sagital o parasagital se calculó utilizando una cinta métrica (Figura 6).

Figura 6. Diagrama que muestra las mediciones realizadas. Una línea  $a$  = extrae de la parte posterior horquilla directamente el canal anal,  $b$  = una línea desde el extremo caudal de la episiotomía y se extendió a la línea bisectriz "a" perpendicular,  $c$  = la distancia más corta desde el extremo caudal de la episiotomía en el punto medio del canal anal. El ángulo ( $\alpha$ ) se calcula a partir de la ecuación  $\text{sen } \alpha = b / \text{episiotomía}$ . Fuente: Andrews et al, 2005.



Este estudio recomienda una formación más intensiva de los médicos y las matronas para mejorar el conocimiento de la anatomía, la técnica de la episiotomía y su reparación (Andrews et al, 2005). También, otros autores coinciden en la importancia de incidir en la formación de residentes de Matrona y Obstetricia para mejorar el conocimiento respecto a la anatomía, la técnica y la reparación de la episiotomía (Karimi y Khadivzadeh, 2011). La formación académica que se recibe es importante hasta el punto de aumentar o reducir el número de episiotomías en la práctica habitual (Herrera y Galvez 2004). Según un estudio realizado por Junqueira, de Oliveira y Miquilini (2005), en el que fueron entrevistados 24 profesionales especialistas en Obstetricia acerca de los criterios adoptados a la hora de decidir realizar una episiotomía en un parto normal, se percibe la influencia de la formación académica de los profesionales sobre el uso rutinario de la episiotomía. Culturalmente no realizarla es sinónimo de mala asistencia obstétrica en el hospital. Por lo que destaca, este estudio, la importancia de incorporar programas de implementación de calidad y educación continuada entre los profesionales sanitarios que atienden partos.

En 2008, Hatem, Sandall, Devane, Soltani y Gates, llevaron a cabo una revisión Cochrane de 11 de ensayos clínicos aleatorizados en los que 12.276 mujeres con riesgo bajo para las complicaciones obstétricas fueron asignados al azar a los modelos dirigidas por parteras o de otro tipo de atención. Encontraron que las mujeres asignadas al modelo de partera tenían un menor riesgo de tener una episiotomía en comparación con las mujeres de los otros modelos de atención (RR = 0,82) (Hatem et al., 2008).

También las características personales del profesional que asiste el parto, parece influir en las tasas de episiotomía, según un estudio realizado en 1990 por Arroll, Gilers y Sheps, el género, los años de experiencia, la especialidad o estatus y concluye que podría haber otras características que no estudiaron.

Orme y Maggs, identificaron que existe un factor importante que contribuye en la toma de decisiones por el profesional que asiste a la mujer en el parto. Este factor es la filosofía que defina la atención dentro de la cual se lleva a cabo la práctica. El estudio encontró que la toma de decisiones es un atributo esencial del profesional experto, debe basarse en un conocimiento sólido, puede implicar la asunción de riesgos y solo puede florecer en un ambiente de apoyo. También se asocian valores éticos, morales, legales y los recursos disponibles (Orme y Maggs, 1993). En la tabla siguiente se resumen las dos filosofías o enfoques presentes en la asistencia al parto: la fisiológica y la patológica.



Tabla 2. Filosofías o enfoques presentes en la asistencia al parto. Fuente: Elaboración propia basado en Way, 1998).

<b>Filosofía o Enfoque</b>	<b>Concepción del Parto</b>	<b>Indicadores de Éxito:</b>	<b>Factores Condicionantes de la Episiotomía</b>
<b>Fisiológico</b>	Normal hasta que se demuestre lo contrario.	Experiencia del nacimiento. Experiencia relación madre-hijo. Integración maternidad en el estilo de vida. Indicadores a largo plazo.	Deseos de la mujer. Elección informada. Consentimiento. Evidencias científicas.
<b>Patológico</b>	Cada trabajo de parto es potencialmente peligroso hasta que se termine.	Tasas de mortalidad materna y fetal. Indicadores a corto plazo.	Política del hospital. Decisión profesional/ Ansiedad. Formación Profesional. Riesgo potencial.

Sin embargo, nosotros entendemos que la verdadera protagonista del parto es la propia mujer, y es a ella a quien corresponde o debería corresponder en última instancia la decisión de cómo se va a llevar a cabo la práctica obstétrica sobre su persona.

El Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad dentro del marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal promovida por el Observatorio de Salud de la Mujer publicó el primer Plan de Parto y Nacimiento nacional (2011), este documento contribuye a recoger por escrito los deseos, las necesidades y expectativas de la mujer sobre el proceso del parto y el nacimiento de su hijo. En él, se hace referencia a la episiotomía informando a la mujer que no se aconseja su uso rutinario y que se realizará en algunas situaciones en las que se precisa facilitar la salida del bebe. No se deja a elección de la mujer la decisión de practicarla o no, ni tampoco se recoge su preferencia, ya que advierte el documento al principio que no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas

actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal. Sin embargo, este documento remarca la necesidad de consentimiento informado, establecida en el artículo 4.1 de la 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 clínica. Que implica el derecho de los pacientes a conocer “con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma”, información que “comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias” (p. 40127).

Existe precedente del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9ª, Sentencia de 20 de Octubre de 2009, rec. 151/2006, en la que se condena a la Administración Sanitaria por realizarle a la mujer una episiotomía sin su consentimiento.

En los centros en los que la episiotomía no se practica de forma rutinaria, la decisión de practicarla no se toma a priori, basándose en factores de riesgo o preocupaciones sobre la prevención de efectos postparto, se realiza *ad hoc*, de acuerdo con el juicio del profesional que atiende el parto, basándose en indicaciones fetales o cuando se presiente que hay un riesgo inminente de trauma perineal significativo a no ser que se realice una episiotomía, con las mejores intenciones de prevenir desgarros (Jakobi, 2003).

La implicación de la mujer respecto a la realización de esta práctica lleva consigo la información previa de la misma, con los beneficios y los riesgos de su práctica y la prestación de su consentimiento.

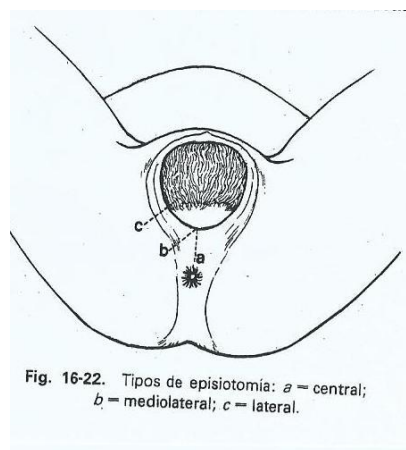
### **3.3. Descripción del Procedimiento de la Episiotomía**

Algunos de los tratados de Obstetricia españoles, dedican poco espacio a la episiotomía, con información anticuada y de tipo técnico (González Merlo, 1999; Ación, 2001; López y Comino, 2004). Tras consultar algunos de estos manuales que han servido en la formación de matronas y

obstetras de nuestro entorno, entendemos que la teoría existente sobre la realización de la técnica de la episiotomía, es muy general y se aprecian variaciones según el libro de texto consultado.

Así, según González-Merlo (1999), “la episiotomía mediolateral es la que parte de la horquilla vulvar y se dirige de una forma oblicua a la derecha o a la izquierda del perineo”, sin embargo no señala el ángulo de corte, aunque presenta una imagen en la que se puede apreciar un ángulo aproximadamente de unos 45° (modelo b de la figura 7) aunque no se especifica (p. 245-246).

Figura 7. Tipos de episiotomía. Fuente: Manual de Obstetricia González-Merlo Edic. 4a (1999, p. 245).



Ación, en su tratado de Obstetricia, describe la episiotomía como una técnica “fácil en la que con los dedos índice y medio de la mano izquierda se levanta el periné para no lesionar al feto y entre ambos dedos se hace una incisión con tijera, de 5 a 7 cm de longitud”. También define tres tipos de episiotomía, “central, lateral y medio-lateral, estas dos últimas a su vez pueden ser izquierdas o derechas”. Señala que:

...para realizar la episiotomía lateral el corte se realiza desde 2-3 cm del rafe, se dirige hacia fuera e interesa más ampliamente las estructuras del labio mayor; pudiendo alcanzar la glándula de Bartholino. La episiotomía medio-lateral, parte del mismo sitio que la central es decir en medio del periné verticalmente, y se dirige oblicuamente hacia fuera y abajo (Ación, 2001, p. 305).

La define como “la más aconsejable, por su capacidad de ampliación y por no tener los inconvenientes de las otras” (Acién, 2001, p. 305).

El tratado de Obstetricia y Ginecología de López y Comino (2004), explica el procedimiento de la episiotomía con la finalidad de evitar desgarros:

Con el fin de evitar los desgarros se procede a la ampliación quirúrgica de la abertura vulvo-perineal mediante la episiotomía, que es la sección con tijera del periné (Figura 8); puede ser central o lateral. En la primera se dirige la incisión desde la horquilla posterior de la vulva hacia el ano; tiene la ventaja de no lesionar los músculos perineales, pero el inconveniente de que puede extenderse hacia el recto y lesionarlo. En la episiotomía lateral, la incisión se realiza en dirección oblicua posterior (derecha o izquierda). En la mayoría de las primíparas y en aquellas multíparas en que se sospecha la existencia de un feto grande se realiza la episiotomía lateral, reservándose la práctica de la episiotomía central para las multíparas o con feto de menos volumen. (p. 178-179).

Figura 8. Episiotomía lateral derecha. Fuente: López y Comino, 2004.

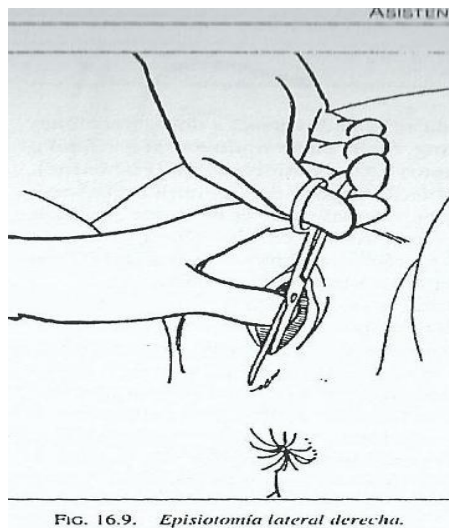


FIG. 16.9. Episiotomía lateral derecha.

A continuación describiremos la técnica de realización del procedimiento de la episiotomía, comenzando con la definición que realiza Sánchez (2012) “la episiotomía es un procedimiento quirúrgico para ampliar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal durante la fase de expulsión fetal en el parto” (p. 27).

Se define como un procedimiento quirúrgico menor que supone la ampliación del orificio vaginal durante el parto (Tacker y Banta, 1983; Cabero y Saldivar, 2009). Consiste en una incisión en el periné (el área comprendida entre la vulva y el ano) en el momento de la etapa de expulsión fetal del parto vaginal. El objetivo principal, es ensanchar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné, acortando el periodo expulsivo. Esta incisión comprende la piel, el plano muscular más superficial y parte de la vagina (Ación, 2001; Carroli y Belizan, 2008; Cabero y Saldivar, 2009).

En la literatura hay descritas siete incisiones diferentes (Figura 9). Así, Kalis, Laine, de Leeuw, Ismail y Tincello (2012, p. 522-523), en una revisión bibliográfica, establecen:

1. Episiotomía Media: También denominada en la línea media o medial. Comienza en la parte posterior de la vagina (horquilla) y se realiza a lo largo de la línea media, a través del tendón central del cuerpo perineal. La extensión de la incisión debe ser aproximadamente la mitad de la longitud de la perineo. Este tipo de la episiotomía se utiliza comúnmente en los EE.UU. y Canadá.
2. Episiotomía Mediana modificada: Se trata de una modificación de la episiotomía mediana se realiza añadiendo dos incisiones transversales en direcciones opuestas solo por encima de la ubicación esperada del esfínter anal. La incisión transversal se realiza en cada lado, perpendicular a la línea media, de modo que mida 2.5 cm en total. El uso de esta modificación se demanda para aumentar el diámetro de la salida vaginal en un 83% en comparación con una episiotomía estándar mediana, posibilitando la separación de la membrana perineal con el esfínter y permitiendo el desplazamiento posterior del ano, sin riesgo de cualquier lesión por tracción resultante.
3. Episiotomía en forma de "J": Esta episiotomía comienza con una incisión en la línea media y es entonces curvada lateralmente para evitar el ano. En esta técnica se utilizan tijeras curvas a partir de la línea media de la vagina hasta que la incisión está a 2.5 cm del ano. Entonces se hace una "J" por la dirección de la incisión hacia la tuberosidad isquiática lejos del esfínter anal.
4. Episiotomía medio-lateral: Es el tipo más frecuente de episiotomía en Europa. Se define como una incisión en el principio línea media y dirigida lateralmente y hacia abajo lejos del recto.

5. Episiotomía lateral: Este tipo de episiotomía fue descrita por primera vez en 1850. Comienza en el introito vaginal 1 ó 2 cm lateral a la línea media y se dirige hacia abajo hacia la tuberosidad isquiática.

6. Episiotomía radical lateral (incisión Schuchardt): A menudo está considerada como una incisión no obstétrica. Se trata de una episiotomía de extensión completa, que implica un surco profundo en la vagina y se curva hacia abajo y lateralmente alrededor del recto. Puede realizarse al comienzo de la histerectomía vaginal radical o traquelectomía para permitir un fácil acceso al parametrio, o para permitir la extracción de un pesario vaginal olvidado o, muy de vez en cuando, para facilitar el parto en partos complicados (cabeza grande, nalgas difíciles o para corrección de la distocia de hombros).

7. Episiotomía anterior: La episiotomía anterior o desinfibulación es el procedimiento de apertura de la cicatriz asociado con algunos grados de mutilación genital femenina. Se realiza generalmente previo al parto en mujeres que presentan infibulación. El dedo del practicante es insertado a través del introito y dirigido hacia el pubis. Para liberar la cicatriz que fusiona los labios menores. Se practicará una incisión en la línea media hasta visionar el meato uretral externo y el colgajo anterior este completamente abierto. El resto del clítoris no debe cortarse. Puede ser necesaria otro tipo de episiotomía (preferiblemente mediolateral) durante el parto.

Figura 9. Clasificación de la episiotomía 1. Media, 2. Media modificada, 3. En forma de "J", 4. Medio-lateral, 5. Lateral, 6. Radical lateral (incisión Schuchardt) y la flecha blanca indica la dirección de la episiotomía anterior. (Foto tomada de Kalis, Laine, de Leeuw, Ismail y Tincello, 2012, p. 523)



En la práctica habitual, se reducen a dos tipos, la episiotomía media o mediana y la mediolateral. Entre los beneficios de practicar una u otra se encuentran: que la episiotomía media resulta una técnica más sencilla de reparar y más fácil de aprender, se asocia a una pérdida de sangre menor, resulta menos dolorosa para la mujer y produce resultados estéticos mejores con menos tasa de dispareunia posterior (Scott, 2005). Sin embargo presenta un mayor riesgo de ampliación o desgarro hacia el ano, con el consiguiente aumento de morbilidad materna. La episiotomía mediolateral disminuye el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado comparado con la episiotomía media (Eason, Labrecque, Wells y Feldman, 2000). La Estrategia de Atención al Parto Normal (2008), recomienda que la episiotomía sea de tipo mediolateral.

El corte en la episiotomía mediolateral se realiza con tijeras rectas, colocando una de las ramas entre la presentación fetal y la parte posterior de la vulva, y la otra rama por fuera, en el periné materno. La incisión se

inicia en la parte media de la horquilla vulvar y se dirige lateralmente y hacia la región isquiática ipsilateral (Figura 10), (Verspyck, 2006 citado por Ontañón, 2009).

Figura 10. Incisión de la episiotomía y músculos que se seccionan. Fuente: Thieme. Teaching Assistant Anatomy.



La episiotomía se debe realizar cuando el periné haya agotado su capacidad de distensión y veamos que no es posible la salida de la cabeza fetal sin un desgarramiento del mismo. Se debe realizar cuando la cabeza del bebé está expuesta a un diámetro de 3-4 cm. Si la episiotomía se realiza antes, el sangrado de la herida puede ser considerable y además puede seccionar de forma incompleta el músculo puborrectal, que no estará lo suficientemente distendido ni quedará desplazado por delante de la presentación. La incisión se realizará durante un esfuerzo expulsivo materno o en el acmé de una contracción (Acién, 2001; Cabero y Saldivar, 2009).

Los planos musculares que se seccionan durante el procedimiento son: la piel y la mucosa de la vagina, los músculos bulbocavernoso y el transversal superficial del periné, la fascia del diafragma urogenital y la porción del músculo elevador del ano en su totalidad, dependiendo de la profundidad del corte (Tabla 3). Para que la sección del músculo puborrectal sea completa es preciso que la episiotomía sea suficientemente grande (al menos 6 cm) y oblicua con respecto a la vertical (al menos 45°).

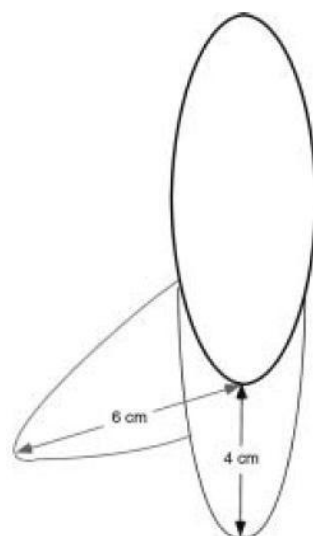


Tabla 3. Planos anatómicos atravesados por las distintas episiotomías (no complicadas). Fuente: elaboración propia, adaptada de Woodman 2002.

Episiotomía Media	Episiotomía Mediolateral
Mucosa vaginal y piel	Mucosa vaginal y piel
Músculo bulbocavernoso	Bulbo del vestíbulo
Membrana perineal	Glándula de Bartholino (ocasional)
Septo rectovaginal	Músculo bulbocavernoso
	Músculo transverso superficial del periné
	Músculo transverso vaginal y fascia del diafragma urogenital
	Porción puborrectal del elevador del ano

La longitud habitual de corte oscila entre 3-5 cm. Si se quiere obtener una ampliación lo suficientemente grande de la apertura vaginal es necesario matemáticamente aumentar la longitud de la incisión; se estima que para obtener en una episiotomía mediolateral una apertura vulvar idéntica a la de una episiotomía media de una longitud de 4 cm, se debe realizar una sección de al menos 6 cm de longitud (Figura 11), (Verspyck, 2006 citado por Ontañón, 2009).

Figura 11. Aumento de la apertura de la vulva tras una episiotomía medial o mediolateral. Fuente: Verspyck, 2006.



El ángulo de corte respecto del eje vertical deberá estar entre 45 ° y 60 ° con respecto a la vertical (Eogan, Daly, O'Connell y O'Herlihy, 2006;

National Institute for Health and Care Excellence, 2007; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2010).

Hay que tener en cuenta que, después de la expulsión fetal, este ángulo se hace más pequeño, debido a que el periné ya no está estirado y deformado por la parte de presentación del feto. El ángulo final de la cicatriz debe ser de 30° a 60° de la línea media para minimizar la aparición de lesiones del esfínter (Eogan et al., 2006; Stedenfeldt, Pirhonen, Blix, Wilsgaard, Vonen y Øian, 2012). Existe evidencia de que el ángulo influye en el riesgo de desgarro del esfínter anal (Kalis, Laine, de Leeuw, Ismail y Tincello, 2012). Eogan et al concluyen que cuanto mayor es el ángulo de la episiotomía menor es el riesgo de desgarro de tercer grado. El análisis de los resultados de su estudio cuantifica una disminución del riesgo relativo del 50% por cada 6 ° que se aleja la incisión de la línea media (Eogan et al., 2006).



## **CAPÍTULO 4: La Episiotomía como riesgo potencial para la mujer**

Numerosos estudios han señalado la existencia de problemas derivados del uso de la episiotomía para la mujer. Se han señalado desde alteraciones físicas que incluyen: dispareunia (Ejegard, 2008), disfunción sexual (Robinson, 2010), incontinencia urinaria (Baydock, Flood, Schulz, MacDonald, Esau y Jones, 2009), incontinencia fecal (Eason, Labrecque, Wells et al, 2000), etc.; hasta consecuencias psicológicas como depresión (Browne et al, 2010), síndrome de estrés postraumático (Olza, 2010), ansiedad, etc. (Horowitz y Damato, 1999).

Según el tipo de episiotomía que se realice cuando existe indicación, hay diferencias en cuanto a las consecuencias para la mujer. Por esta razón, la evidencia científica recomienda el uso de la episiotomía medio-lateral, por

presentar un riesgo menor de lesión de esfínter rectal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de episiotomía media y mediolateral. Fuente: (Cabero y Saldivar, 2009; Karimi y Khadivzadeh, 2011).

Características	Episiotomía Media	Episiotomía Medio-lateral
Reparación quirúrgica	Fácil	Más difícil
Cicatrización defectuosa	Rara	Más común
Dolor postoperatorio	Mínimo	Común
Resultados anatómicos	Excelentes	Fallo ocasional
Pérdida de sangre	Menor	Mayor
Dispareunia	Rara	Ocasional
Extensión	Común	Poco común

Según Cabero y Saldivar, algunas de las consecuencias del uso del procedimiento de la episiotomía para la mujer, tienen que ver con las complicaciones de la misma, entre las que se encuentran:

- Ampliación incontrolada de la episiotomía.
- Desgarros perineales del esfínter anal (3º grado) o mucosa rectal (4º grado).
- Hemorragia y hematomas.
- Dolor y edema.
- Infección y dehiscencia.
- Fascitis necrotizante.
- Dispareunia.
- Disfunción sexual.
- Resultados anatómicos insatisfactorios.
- Disfunción del suelo pélvico.
- Endometriomas, fistulas y quistes (Cabero y Saldivar, 2009, p. 106).

#### 4.1 Posibles Complicaciones Físicas de la Episiotomía para la Mujer

Las complicaciones físicas más frecuentes incluyen la lesión perineal, que se asocia a corto y largo plazo con un aumento de la morbilidad materna. Se incluyen: Ampliación de la episiotomía por extensión de la incisión, mayor pérdida de sangre y hematomas, dolor y edema en la región de la episiotomía, dispareunia, infección y dehiscencia de la herida (Ghosh,

Mercier, Couaillet y Benhamou, 2004; Homsí, Daikoku, Littlejohn y Wheeless, 1994). Resultados anatómicos insatisfactorios, como acrocordones, asimetrías o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fistulas rectovaginales y anales y disfunción sexual (Homsí et al., 1994). Además, la episiotomía media aumenta el riesgo de desgarro de tercer y cuarto grado (Landy, Laughon, Bailit, Kominiarek, Gonzalez-Quintero, Ramírez et al, 2011). Según un estudio de cohorte realizado por Macleod, Strachan, Bahl, Howarth, Goyder, Van de Venne y Murphy en Irlanda, el mayor riesgo del uso de la episiotomía para la mujer incluye en primer lugar el desgarro del esfínter anal, (desgarro de tercer y cuarto grado), seguido de la hemorragia posparto, traumatismo del suelo pélvico y síntomas de malestar hasta 10 días después del parto. Para el neonato incluye traumatismo neonatal (Macleod et al., 2008).

El riesgo de infección de la episiotomía puede tener su máxima expresión en una complicación, afortunadamente infrecuente en Obstetricia, como es la fascitis necrotizante, pero que es preciso conocer dada la alta morbilidad y mortalidad materna que presenta y puesto que el diagnóstico precoz mejora la supervivencia. La fascitis necrosante o gangrena de Fournier es una infección poco frecuente y rápidamente progresiva que afecta al tejido subcutáneo y fascia de la zona perineal. Es una infección típicamente polimicrobiana que normalmente afecta a pacientes con factores de riesgo que predisponen a la inoculación y extensión de estas bacterias. El diagnóstico de la gangrena de Fournier puede ser difícil, frecuentemente hay una discordancia entre la clínica de la paciente, quien referirá un dolor intenso de la zona afectada y los signos físicos, donde se apreciará un leve eritema e induración que no difiere de una celulitis banal. Sin embargo, la rápida progresión de la inflamación hacia las zonas adyacente en horas, junto a un deterioro clínico importante de la paciente, con fiebre, taquicardia, hipotensión, leucocitosis, alteraciones hidroeléctricas y coagulopatía, nos harán pensar en este proceso. En fases más avanzadas, la piel se encontrará dura, tensa e incluso pueden aparecer puntos negros y zonas de crepitación, que son signos ominosos de necrosis subcutánea. El

tratamiento debe ser quirúrgico, asociado a una cobertura antibiótica amplia y a un soporte metabólico y nutricional adecuado (Lure, Barinagarrementeria, Belar, Marí y Ugalde, 2004).

Asimismo, se asocia el dolor como una consecuencia de la episiotomía. Este es mayor durante las primeras 24 horas, a las 48 después del parto la episiotomía causa dolor al 85-95% de las mujeres y comienza a mejorar al tercer día. Este dolor puede afectar a la defecación, causando estreñimiento, y a la micción, causando dificultad para la misma. También puede afectar a la movilidad, reduciéndola, ya que se observa una exacerbación del mismo al caminar, cambiar de posición y sentarse, dificultando la lactancia materna. Este porcentaje desciende al 32% después de una semana, y al 23% después de 10 días. Aunque no hay estudios aleatorizados, el dolor es peor experimentado por aquellas mujeres que han recibido la epidural durante el parto, tal vez debido a un efecto de no adaptación al mismo por el organismo (Ghosh et al., 2004; Juste-Pina, Luque-Carro, Sabater-Adán, Sanz-de Miguel, Viñerta-Serrano y Cruz-Guerrreiol, 2007). Un estudio retrospectivo realizado por Williams et al. encontró que el 33% de las mujeres que tenían un desgarro perineal o una episiotomía siguen experimentando un cierto grado del dolor perineal un año después del parto (Williams et al., 2007, citado por Browne, Jacobs, Lahiff y Miller, 2010).

Las mujeres a las que no se les practicó episiotomía manifiestan un mayor bienestar general, el dolor a la deambulación es prácticamente inexistente, se sientan con mayor comodidad, la aparición de hematoma es menor y necesitan menos analgésicos (con el consiguiente ahorro económico) (Juste-Pina et al., 2007).

También se establece disfunción sexual tras la episiotomía:

La herida es con frecuencia dolorosa y si es grande, hará del sexo algo tan incómodo que la mujer evitará incluso un abrazo por temor a que este simple acto le pueda conducir a otras actividades sexuales. La penetración se hace imposible a menudo hasta unos meses después del parto (Sánchez Raja, Honrubia y Chacón, 2005, p. 120).

Leeman (2003), relacionó la disfunción sexual femenina con la existencia de episiotomía en el parto eutócico. En un estudio que comparaba partos con y sin episiotomía, resultó que las mujeres que habían tenido un parto eutócico con la menor lesión del periné son las que gozaban de mejor vida sexual al año del parto (Blas, López, Marcos y Valtierra, 2011). La dispareunia o dolor en las relaciones sexuales, es otra complicación experimentada por mujeres tras el parto, en ellas, la historia obstétrica de desgarros, episiotomía o trauma perineal, se considera un factor clave en su diagnóstico (Heim, 2001). La episiotomía puede incrementar la dispareunia (Ejegard, 2008). Hay menos dispareunia en las mujeres a las que no se les practica la episiotomía (Juste-Pina et al., 2007; Andrews et al., 2008). También esta va a estar relacionada con el tamaño de la misma, así, en episiotomías superiores a 4 cm, es más frecuente y la duración del dolor, es mayor (Cots, Mimó, Grau, Vives y Rué, 2001).

La posibilidad de disfunción sexual parece ser mayor cuando se realiza una episiotomía que cuando no se hace, sin embargo, este efecto parece tener una duración limitada y estudios con seguimiento a largo plazo no han encontrado una mayor incidencia de dispareunia en las mujeres que se sometieron a la episiotomía frente a las que sufrieron un desgarro espontáneo (Robinson, 2010).

Algunos hombres se muestran reticentes a reanudar las relaciones sexuales con coito para evitar molestar a su pareja, especialmente si han presenciado la realización de la episiotomía durante el parto (Sánchez Raja et al., 2005).

También, la episiotomía es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria, junto con el uso de fórceps o un expulsivo prolongado (Baydock et al., 2009). Sin embargo, la episiotomía no influye en los distintos tipos de incontinencia urinaria (Juste-Pina et al., 2007).

Igualmente, existe el riesgo potencial de producirse una lesión del esfínter anal e incontinencia fecal tras la episiotomía (Andrews et al., 2006).



Ya en el año 2000, al revisar la prevención del traumatismo perineal, Eason et al., demostraron que la episiotomía no prevenía los desgarros del esfínter anal. Doce años después, la afirmación va más allá y se sabe que las lesiones obstétricas del esfínter anal están relacionadas con la realización de la episiotomía, así, dependiendo del ángulo de corte, de la longitud, profundidad y puntos de incisión de ésta, aumentará el riesgo de las mismas. Las cicatrices con una profundidad mayor de 16 mm, longitud mayor de 17 mm, punto de incisión mayor de 9 mm del punto medio y el rango del ángulo 30-60 ° se asocian significativamente con un menor riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal (Stedenfeldt et al., 2012). La incontinencia fecal es inferior si el trauma perineal es escaso y aumenta si hay episiotomía, partos instrumentales o lesión del esfínter anal.

Luque-Carro, Subirón-Valera, Sabater-Adán, Sanz-de Miguel, Juste-Pina y Cruz-Guerreiro (2011), realizaron un seguimiento no encontrando diferencias con significación estadística en un estudio experimental entre mujeres con episiotomía selectiva frente a rutinaria, respecto a dolor perineal residual, dolor con la micción, deposición o coito, incontinencia urinaria, satisfacción con las relaciones sexuales y cambios producidos en éstas a los tres años del parto.

#### **4.2 Posibles Complicaciones Psicológicas y Sociales de la Episiotomía para la Mujer**

Este procedimiento también puede ocasionar consecuencias psicológicas. Horowitz y Damato (1999) identificaron como factores estresantes, después del parto, el cuidado del niño, el descanso, el reajuste de las propias necesidades, la imagen corporal y el trabajo doméstico, mientras que son percibidas como áreas de satisfacción la participación en las relaciones sociales, el orgullo de ser madre y disfrutar de un niño sano. La episiotomía puede interferir en todas ellas. Emmanuel, Creedy y Fraser (2001) identificaron cinco aspectos que preocupan a las mujeres durante este periodo: información específica sobre la crianza, ambiente cómodo, alivio del dolor, asistencia práctica, educación y programación de sus visitas.

El estrés de las mujeres no solo puede revelar problemas de adaptación y salud personal, sino que pone de manifiesto la necesidad de cambiar las formas de distribuir el trabajo, planificar y gestionar los servicios y asumir la responsabilidad de la maternidad y la vida doméstica (Maroto-Navarro, García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 2004). Una de las mayores quejas emitidas por las mujeres en el posparto tiene relación con las molestias de la episiotomía (García Caravantes, 2006). El dolor perineal y los problemas sexuales también se asocian con la depresión posparto (Browne et al., 2010). La episiotomía se asocia con una menor satisfacción con el proceso del parto (Gungor y Beji, 2012).

Excepcionalmente, se ha descrito una forma extrema de ansiedad relacionada con el parto, denominada *síndrome de estrés postraumático*, según la clasificación DSM IV (Clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana), este trastorno se asocia a la episiotomía, uso de fórceps y cesáreas como factores desencadenantes.

... debido no tanto a la intervención en sí, sino como al hecho de que durante el parto la madre haya pensado que ella o su criatura corrían grave peligro y haya reaccionado sintiendo miedo, indefensión u horror. El parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer. Y este síndrome conlleva un sufrimiento importante para las madres que lo padecen afectando a la relación de la mujer con su bebe y con su pareja, pudiendo persistir meses e incluso años (Olza, 2010, p. 36).

Entre los profesionales, el debate respecto a la episiotomía se centra en las indicaciones clínicas para realizarla, la técnica más adecuada y el tipo de sutura. Todos estos factores reflejan el plano físico, desde el punto de vista médico, tal vez porque la episiotomía en sus orígenes fue un procedimiento realizado exclusivamente por obstetras.

Actualmente otras disciplinas, además de la medicina y la enfermería obstétricas, se han interesado en la episiotomía. Así, la antropología y la sociología han puesto de relieve la participación de dimensiones tales como los factores psicológicos y emocionales relacionados con la episiotomía (Sleep y Grant, 1987; Kitzinger, 2005), la morbilidad a largo plazo que

puede desarrollar problemas psicosexuales (Kitzinger, 2005 y 2006) y desde un punto de vista sociológico Oakley (1990) advertía una lucha de poder entre mujeres y obstetras sobre el uso cada vez mayor de la intervención médica en el parto.

El parto es una vivencia única e íntima de la mujer en donde los aspectos emocionales ejercen una poderosa influencia. La forma en que perciba esta vivencia permanecerá en su recuerdo durante toda su vida, y tendrá una marcada influencia en el establecimiento del vínculo materno filial. Así, según Mercer (1986), “la experiencia del nacimiento es la percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento” (citada por Marriner y Raile, 2007, p. 612).

“La adopción del rol maternal es un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa placer y gratificación con el mismo. La identidad materna se consigue cuando la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol” (Mercer, 1990, citada por Marriner y Raile, 2007, p. 612).

Así mismo, la autora afirma que el rol maternal puede verse afectado por un gran número de factores que pueden tener una influencia directa o indirecta sobre el mismo. Destaca que es necesario investigar más las fuentes de estrés y ansiedad que puedan interferir en la unión materno filial y la competencia en el rol (Ferketich y Mercer, 1995, citado por Marriner y Raile, 2007, p. 621).

La episiotomía se puede considerar como una intervención que perjudica la buena marcha del puerperio inmediato, así como una agresión a la fisiología del parto y de la integridad perineal femenina. El procedimiento puede interferir con el vínculo entre la madre y el bebé inmediatamente después del parto (Medeiros, Santos, Gama, Santana y Marques, 2012). El dolor que produce la intervención tras el parto, puede repercutir negativamente en la movilidad de la madre, ocasionándole una limitación durante el periodo posparto, lo que puede reflejar dificultades en el

autocuidado y en el cuidado del recién nacido (Beleza, Ferreira, Sousa y Nakano, 2012).

Según Previatti y Souza (2007), en un estudio cualitativo realizado a 20 mujeres durante el periodo posparto, para valorar la percepción sobre la episiotomía por las usuarias, las mujeres la justifican como una forma de aliviar el dolor durante el expulsivo, así como, una posibilidad de disminuir el tiempo de expulsión del feto. Además perciben una falta de información respecto a la técnica en sí, consecuencias e indicaciones; perciben su cuerpo como defectuoso, incapaz de completar por sí mismas un proceso natural o fisiológico; refieren sentimientos o ideas de culpabilidad ante su estrechez vaginal que imposibilita la salida fetal; así como, una pérdida de autonomía ante el proceso del parto y durante el nacimiento del bebé. Estas autoras defienden que, “el respeto a los derechos humanos de las mujeres y la promoción de su salud sexual y reproductiva, pasa por mejorar la información que éstas tienen acerca de la episiotomía”, que dispongan de conocimiento acerca del procedimiento, sus indicaciones y consecuencias. Con la finalidad de que el profesional evalúe la necesidad de realizarla, que se haga un uso selectivo y se proteja la integridad corporal de la mujer. Añaden que “el conocimiento permite a la mujer liberarse de las creencias que inferiorizan su cuerpo” (p. 201).

La episiotomía, en este contexto, se presenta como uno de los procedimientos que no contempla el derecho de la mujer a elegir, limita su capacidad de expresar su opinión acerca del procedimiento y discutir su necesidad o no con el profesional que le asiste durante el parto. Es el profesional el que tiene el poder de decidir sobre lo que se debe hacer, reafirmando la posición de subordinación experimentada por la mujer, es la denominada medicalización del cuerpo femenino. Tradicionalmente existe o ha existido una confianza en el “buen hacer” del profesional sanitario. La mayoría de las mujeres que dan a luz en los centros hospitalarios desconocen las indicaciones, riesgos y alternativas de las intervenciones que se les practicaron (Fernández Guillén, 2006).

Las mujeres, en su mayoría, desconocen su cuerpo, no disponen de la autonomía necesaria para poder decidir acerca de su proceso de parto, esta tarea debe ser recogida por los profesionales que la asisten durante todo el proceso de embarazo, mediante la educación maternal, con la finalidad de informarla y prepararla para que pueda tomar sus propias decisiones. De lo contrario, en este escenario, donde no se tiene en cuenta el derecho a la información y a la elección, no tendría cabida una maternidad segura y agradable (Fernández Guillén, 2006).

## **CAPÍTULO 5: Marco Legislativo del Procedimiento de la Episiotomía**

La necesidad de informar y respetar la voluntad del paciente, viene reflejada en diferentes textos legislativos. Así, podemos encontrar textos a nivel internacional, nacional y regional que avalan este derecho.

En el ámbito internacional, desde el año 1948, se estableció el derecho de todo individuo a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona en la Declaración Universal de derecho humanos, en el artículo 3. Posteriormente, en 1994, la Organización Mundial de la Salud, realizó una declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, donde, en el apartado 2.2, hacía referencia a que “los pacientes tienen derecho a ser informados en detalle sobre su estado de salud, incluyendo los datos médicos sobre su estado; sobre los procedimientos médicos propuestos, junto a los riesgos potenciales y beneficios de cada

procedimiento; sobre alternativas a los procedimientos propuestos, incluyendo el efecto de no aplicar un tratamiento; y sobre el diagnóstico, pronóstico y progreso del tratamiento”. Asimismo, en el punto siguiente, apartados 3.1 y 3.2, se refiere al consentimiento como un derecho: “El consentimiento informado del paciente es el requisito previo a toda intervención médica. El paciente tiene el derecho a negarse o a detener una intervención médica. Las implicaciones de negarse a recibir o detener tal intervención deben ser cuidadosamente explicadas al paciente.”

En España, se establece por ley la voluntad de humanización de los servicios sanitarios mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, en esta ley, se articula la necesidad de advertir al paciente y pedir su consentimiento, así en su artículo 10 establece que “Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: (...)

4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.”

5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. (Derogado por la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre), (Boletín Oficial del Estado-A-1986-10499, p. 7)

España, junto con otros países de la Unión Europea, suscribió un convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina. Este convenio, que entró en vigor en el año 2000, trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas. Así, en el capítulo 2, artículo 5, se refiere al consentimiento:

... una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento (Boletín Oficial del Estado 251, 1999, p. 36286).

En 2001, es publicada en el Boletín Oficial del Estado, la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. En esta Ley, se entiende por consentimiento informado “la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables”. La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención es un deber del médico. Este consentimiento debe recabarse por el médico o por el que practique la intervención diagnóstica o terapéutica del propio paciente, (Boletín Oficial del Estado 158, 2001, p. 23538).

En la mencionada ley también se contempla el contenido del documento del consentimiento informado, en términos de datos mínimos. Así la información debería incluir:

- Identificación y descripción del procedimiento.
- Objetivo del mismo.
- Beneficios que se esperan alcanzar.
- Alternativas razonables a dicho procedimiento.
- Consecuencias previsibles de su realización.
- Consecuencias de la no realización del procedimiento.
- Riesgos frecuentes.
- Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento de acuerdo con el estado de la ciencia.
- Riesgos personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente (Boletín Oficial del Estado 158, 2001, p. 23539).

Esta misma ley exime de la obtención del consentimiento en su artículo 11 en varios supuestos, y concretamente en el apartado c, “cuando



la urgencia no permita demoras por poder ocasionar lesiones irreversibles o existir riesgo de fallecimiento” (p. 23539).

La decisión de realizar una episiotomía, si se realiza de manera selectiva, se toma en el momento de la expulsión de la cabeza fetal, por tanto es una decisión que se toma ad hoc, siendo el profesional que atiende el parto el que, tras evaluar la situación, decide realizarla o no. Esto no exime de que la mujer pueda prestar su consentimiento informado.

La 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 clínica, vino a consagrar el ejercicio de unos derechos de los usuarios y pacientes, que aunque ya fueron apuntados por la Ley General de Sanidad, adquieren en ese momento un protagonismo renovado y que encuentran su fundamento último en garantizar la libertad de elección y decisión del paciente en el marco de su proceso asistencial, previo conocimiento veraz y comprensible de toda aquella información asistencial que sea necesaria para el ejercicio de su autonomía. La mencionada ley, refiere en su artículo 2 que:

Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada”; y que “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles (Boletín Oficial del Estado 274, 2002, p. 40127).

El artículo 4 de la ley, titulado “Derecho a la información asistencial”, refiere que:

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica (por ejemplo la episiotomía o los fórceps) o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle (p. 40127 - 40128).

En el artículo 10, hace referencia a las “Condiciones de la información y consentimiento por escrito” (p. 40129).

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:
  - a. Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
  - b. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
  - c. Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
  - d. Las contraindicaciones.

La Ley 3/2005, de 7 de Marzo, modificó la Ley 3/2001 de 28 de Mayo, en varios apartados, cambió la definición de consentimiento informado en términos de prestación libre y voluntaria, tras conocer la información del procedimiento, también especifica que “será verbal, por regla general, y se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente” (Boletín Oficial del Estado 93, 2005, p. 13364).

Tal es el caso de la episiotomía, por ser una intervención quirúrgica, invasora y que puede suponer un riesgo con previsible repercusión negativa sobre la salud de la mujer. Por tanto, sería adecuado y conforme a la ley,

obtener el consentimiento previo, por escrito, para la realización de la misma.

Algunas Comunidades Autónomas, han tomado iniciativas para fomentar una asistencia al parto normal y garantizar los derechos de las madres y los hijos/hijas. En la actualidad los gobiernos de Andalucía, Cataluña y Cantabria disponen de legislación y documentos sobre este tema.

Así, en Andalucía, diferencian el nacimiento del resto de procesos atendidos habitualmente en los servicios sanitarios, como un proceso fisiológico, con características muy especiales. Remarcando que es un proceso natural y que influyen factores fisiológicos junto con factores psicológicos, afectivos y sociales. Dicho proceso forma parte de un continuo y en el que los padres son los protagonistas fundamentales. Mediante la ley, regulan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. Así, en el artículo 2 del decreto 101/1995, establece los derechos de la madre, que serán de aplicación tanto en el ámbito de la asistencia sanitaria pública como en la privada:

- a) A ser tratada con el máximo respeto, corrección, comprensión y de forma individual y personalizada, garantizándole la intimidad durante todo el proceso asistencial.
- b) A la confidencialidad y sigilo respecto de sus datos personales y sanitarios, por parte de todo el personal del centro sanitario donde se la atiende.
- c) A ser considerada en su situación respecto del proceso del nacimiento como persona sana, facilitando su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, es decir, no acelerar ni retrasar éste, a menos que sea necesario por el estado de salud de la parturienta o del feto, y a la reducción del dolor por medios anestésicos, si así es consentido por la misma.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, estado de su hijo o hija y en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales, de conformidad con lo dispuesto por los apartados 5 y 6 del artículo diez de la Ley General de Sanidad.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docente, salvo que consienta expresamente y por escrito. (...) (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 72, 1995, p. 4553).

En Cataluña, en 2007, la atención al parto era muy buena respecto a los indicadores habituales de morbimortalidad, pero el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, creía que era posible mejorar en calidad, disminuyendo las prácticas no necesarias y favoreciendo la participación de las mujeres. Existía una demanda creciente de las mujeres y de sus parejas para disponer de una opción de parto más fisiológico y menos medicalizado e intervencionista posible y que les permitiera participar activamente en todo el proceso de parto. Así, se elaboró el Protocol per a l'assistència natural al part normal. En el que se citaba entre otras medidas, evitar la episiotomía sistemática y como medida de evaluación de calidad, se controlaría el porcentaje de episiotomías realizado (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2007).

En Cantabria, dos meses antes, en Marzo de 2007, se estableció el Decreto 23/2007, sobre los derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario.

En el artículo 2. Derechos de la madre, en el apartado b) derechos relacionados con el principio de autonomía, se reconoce el derecho de ésta a expresar su consentimiento a la aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de forma previa e inequívoca. En el apartado d) Derechos relacionados con la información, se reconoce el derecho a recibir información continuada, completa y comprensible sobre la evolución del parto, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueran necesarios, con sus ventajas e inconvenientes (Boletín Oficial de Cantabria 54, 2007, p. 3556)

En la Región de Murcia, la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, garantiza a los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia diversos ámbitos de protección, que se concretan en el reconocimiento de

los siguientes derechos, entre los que se citan: Derechos en materia de información y participación sanitaria y derechos relativos a la autonomía de la decisión. Se integra la normativa estatal básica, respetando el contenido esencial acerca del derecho de autonomía del paciente.

Ha habido una demanda social por parte de asociaciones de mujeres, tales como, la Asociación de mujeres “El Parto es Nuestro”. Ésta, en su página informativa respecto a la episiotomía, defiende una serie de razones por las que el respeto a estos derechos ha de ser especialmente escrupuloso en el caso de las mujeres embarazadas:

1º Porque la mujer embarazada no es una paciente. El parto no es una enfermedad, es un acto fisiológico en el que la necesidad de intervenir ha de ser valorada cuidadosamente. Cualquier intervención en un proceso de salud requiere más justificación que cuando se realiza ante una patología.

2º Porque las parturientas se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad física y psíquica y puede tener dificultades para expresar sus deseos y necesidades. Por tanto, el equipo médico debería facilitar la expresión de estas necesidades, lo que exige mayor honradez a la hora de informar y recabar el consentimiento.

3º Porque están en juego dos vidas, y por ello han de respetarse también los derechos y obligaciones inherentes a la patria potestad. Los padres tienen el derecho y la obligación de velar por la salud de sus hijos. Por ello, es su derecho y su deber estar informados en todo momento de las consecuencias que determinadas prácticas pueden tener en la salud del feto o del neonato. La toma de decisiones no debe ser usurpada por los asistentes al parto, ya que la responsabilidad es de los padres, y son ellos quienes van a afrontar la eventualidad de un resultado adverso.

4º Porque el parto es un acontecimiento de la vida sexual. Las intervenciones practicadas a una mujer que está de parto tienen lugar principalmente sobre sus órganos genitales y son muy intrusivas, por lo que su intimidad y su dignidad están más expuestas que en otros ámbitos de la medicina (Asociación el Parto es Nuestro, 2005).

Por otro lado, en la práctica jurídica podemos observar que existe una cierta incongruencia, descrita por autores como Cid-Luna y Montalvo (2013)

ya que algunos juristas, han planteado que “el parto constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos” (Sentencia del Tribunal Supremo, 2010). Actualmente, los tribunales españoles consideran de forma unánime que la paciente no puede elegir la vía de finalización del parto, ya que esta decisión corresponde única y exclusivamente al profesional médico. Esto no implica que el facultativo no deba informar a la parturienta del proceso al que va a ser sometida, así como de la posibilidad de tener que realizar algunos procedimientos que pueden surgir de manera imprevista y urgente, tales como la episiotomía, administración de oxitocina, utilización de instrumentación para facilitar el expulsivo, etc.

Por todo lo anteriormente expuesto, cabe cuestionarse la necesidad de la existencia de un consentimiento informado exclusivo para el procedimiento de la episiotomía. Ya que en la actualidad todo procedimiento quirúrgico debería de ir acompañado de un consentimiento informado, por el cual la paciente, en nuestro caso la parturienta, reciba la información necesaria sobre el procedimiento de la episiotomía en caso de ser necesaria, para que consienta o rechace su realización, haciéndola participe en la toma de decisiones acerca de su salud y respetando su autonomía (entendiendo esta como uno de los cuatro principios de la bioética, y definido como el deber de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen). Actualmente en la mayoría de los partos en los que se practica la episiotomía no se pide el consentimiento a la parturienta.

La mayoría de las mujeres manifiestan la sensación de no poder decidir sobre cómo quieren dar a luz aunque la legislación sí contemple dicho derecho, de tener poca o nada información sobre la episiotomía, o la escasa información que tienen la han recibido de un familiar o minutos antes de entrar en el paritorio (Perviatti y de Souza, 2007; Santos y Shimo, 2008). Sobre esta falta de información en el procedimiento de la episiotomía el Tribunal Superior de Justicia de Madrid se ha pronunciado en varias

sentencias. En concreto, la Sentencia de dicho Tribunal, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9ª, de 20 octubre 2009, en la que se aprecia responsabilidad de la Administración Pública por falta de información en la realización de una episiotomía, aun cuando existe consentimiento informado genérico (elaborado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) sobre la asistencia al parto y se afirma que la episiotomía resultaba necesaria y fue correctamente realizada:

Según esta doctrina, la omisión del consentimiento informado priva a los interesados de la posibilidad de medir la conveniencia de negarse al tratamiento evitando sus riesgos y de asegurarse y reafirmarse en la necesidad de la medida terapéutica, imposibilitando para tener el debido conocimiento de los riesgos en el momento de someterse a la intervención.

En resumen, la episiotomía es un procedimiento quirúrgico menor que se puede producir dentro de un proceso natural como el parto vaginal, que conlleva “riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa” para la madre, por lo que debe de existir un consentimiento informado y estar recogido por escrito (según la ley 3/2005 de 7 de marzo). Algunas comunidades autónomas como Andalucía, Cataluña y Cantabria ya han legislado sobre el proceso natural del parto garantizando así los derechos de los padres y de sus hijos. Sin embargo, analizando el marco legislativo actual, parece que el uso legal de la episiotomía no cuenta con un protocolo que justifique su uso desde las indicaciones clínicas. Y posiblemente, esa laxitud legal explica en parte la variabilidad de la incidencia por distintos hospitales, incluso de la misma Comunidad Autónoma.

## **CAPÍTULO 6: Contexto y Justificación**

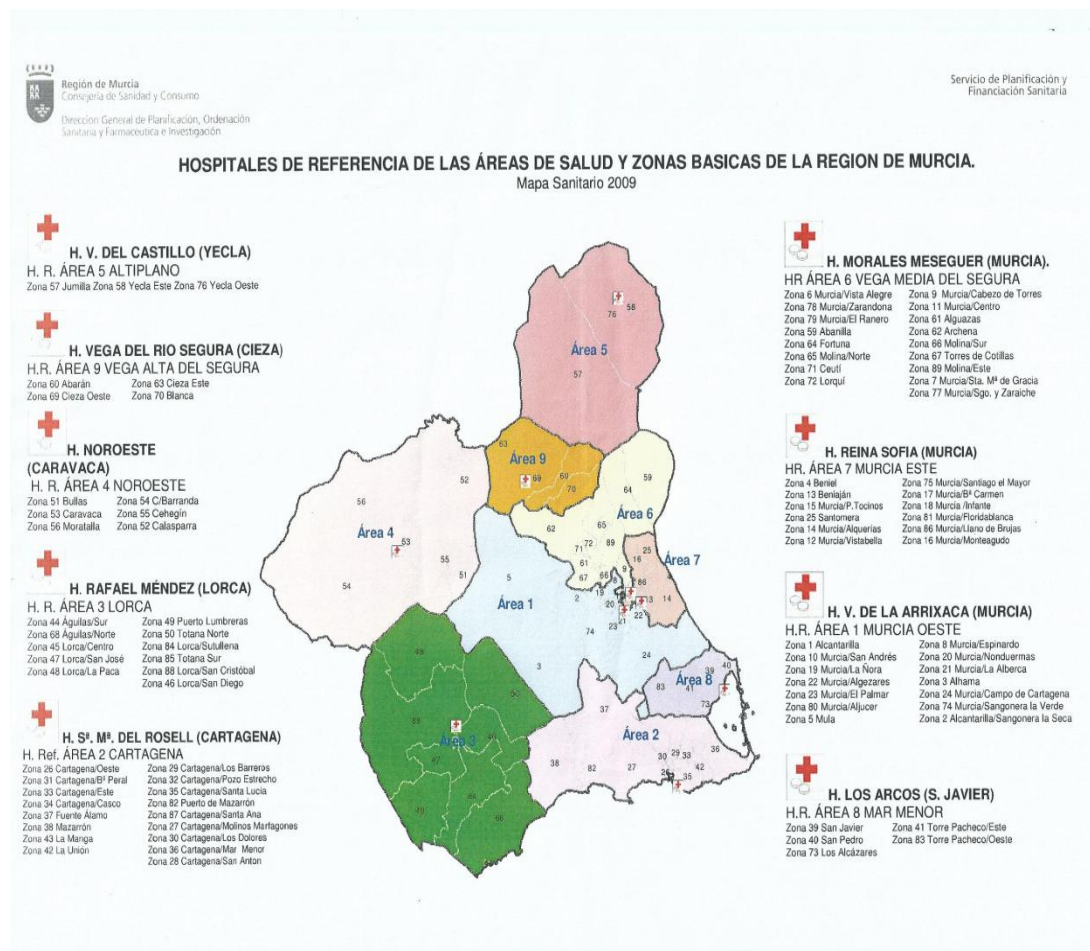
Seguidamente pasamos a exponer tanto el contexto donde hemos realizado nuestra investigación así como la justificación del mismo.

### **6.1. Contexto**

La Región de Murcia dispone de 26 hospitales, con 4.647 camas instaladas, 86 centros de salud y 186 consultorios locales (Figura 12).



Figura 12. Mapa sanitario Región de Murcia, 2009. Fuente: Murcia Salud.



El "Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca" fue inaugurado en el año 1975 y se encuentra ubicado en la pedanía de El Palmar, a unos 10 Km. de la ciudad de Murcia en la Ctra. Madrid-Cartagena, s/n, 30120 (Murcia).

Se define como un hospital público universitario, docente e investigador perteneciente al Servicio Murciano de Salud integrado en el Área I de Murcia, cuya misión es prestar servicios sanitarios especializados, accesibles, resolutivos y de máxima calidad a los ciudadanos, manteniendo su carácter de referencia para diversas prestaciones y servicios de alta complejidad.

El Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca da cobertura asistencial al Área I de Salud de la Región de Murcia, la población que tiene asignada la Gerencia de Área 1 Murcia-Oeste es de 252.861 habitantes. Esta Gerencia es de referencia para las áreas VI y VII en las especialidades de Ginecología y Pediatría dando cobertura a una población de 557.330 habitantes, también es referencia regional para otras especialidades, con lo que la población atendida alcanza a 1.463.016 personas (Según datos de la Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Regional BD-Civitas (Tarjeta Sanitaria). Ciudadanos BD-Civitas (Tarjeta Sanitaria) Comunidad Autónoma de la Región de Murcia-Hospital Diciembre 2010).

El Área de salud I (Murcia/Oeste) comprende las Zonas de salud de referencia: Alcantarilla, Alcantarilla-Sangonera, Alhama, Mula, Murcia-La Alberca, Murcia-Algezares, Murcia-Barrio del Carmen (C.S. Barriomar y C.S. Aljucer), Campo de Cartagena, Espinardo, Murcia-Nonduermas, Murcia-San Andrés, Murcia-La Ñora, Murcia-El Palmar.

Estructuralmente, es un Centro formado por diez edificios: Hospitalización de Adultos y Urgencias, Hospitalización Materno-Infantil, Policlínico para Consultas Externas, Pabellón de Hospital de Día, Pabellón de Docencia y Dirección, Almacén General de Suministros, Lavandería, Mantenimiento y Servicios Generales, Edificio de Anatomía Patológica y Unidad de Investigación y Pabellón Docente (Figura 13).

Figura 13. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Fuente: Murcia Salud.



Presta cobertura de asistencia especializada a la población adscrita a su área y es referencia regional para las especialidades de: Cirugía Cardiovascular y Torácica, Cirugía Cardíaca Infantil, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía y Pediatría y Neonatológica, Neurocirugía, Oncología Médica y Oncología Radioterápica, Hemodinámica, Medicina Nuclear y Coordinación y Actividad de Trasplantes.

Dispone de 863 camas de las cuales 100 pertenecen al área de Obstetricia. El servicio de Partos, está dotado de 3 paritorios y de 5 salas de dilatación compartidas para dos personas. En plantilla hay 5.045 trabajadores, entre los que se encuentran 52 Obstetras y 53 Matronas, (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los Recursos Humanos en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Fuente: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia - Hospital Diciembre 2010.

<b>Categoría</b>	<b>Número de Personal</b>
<b>Personal Directivo</b>	19
<b>Personal Facultativo</b>	941
<b>Médico Interno Residente</b>	295
<b>Personal Enfermería</b>	2.672
<b>Personal no sanitario</b>	1.118
<b>Total</b>	<b>5.045</b>

## 6.2. Justificación

En los últimos años se ha abierto un debate sobre el parto vaginal sin complicaciones y se ha empezado a cuestionar la utilización rutinaria de procedimientos o tecnologías que, además de ser incómodas para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido. Tal es el caso de la monitorización fetal, la inducción y analgesia del parto, el rasurado perineal, la posición de litotomía, la aplicación de enemas, la realización de episiotomía y la utilización de fórceps y ventosa. A pesar de que en la actualidad se han desarrollado modelos alternativos en los que el parto es

considerado un evento natural y es atendido con la tecnología médica imprescindible en hospitales o incluso en el propio domicilio de la mujer, la efectividad y seguridad de las técnicas utilizadas siguen sin haber sido evaluadas correctamente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Además, hoy en día se reconoce la importancia de la participación y opinión de las mujeres y la necesidad de tener en cuenta sus apreciaciones, valoraciones y perspectivas en cuanto al significado del parto, por lo que es preciso realizar una reflexión sobre los modelos de buena práctica y reunir una mayor garantía en la calidad de la atención al parto (Maceira, Salgado y Atienza, 2009).

Desde hace más de 250 años, que se introdujo la práctica en Obstetricia, la episiotomía carece de fundamento científico, y a pesar de ello, se sigue situando en uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en la atención al parto. Se justifica en la prevención de desgarros perineales severos, mejor preservación de la función sexual posterior, una reducción de la incidencia de incontinencia urinaria y fecal, y la protección del recién nacido. Sin embargo, la opinión de las mujeres debe ser considerada, refieren molestias, dolor, experiencia negativa influyente en su recuperación posparto, etc. Además, esta técnica no está exenta de riesgos para la mujer, extensión de la lesión, hemorragia significativa, edema, infección, hematomas, dehiscencia, fistula rectovaginal, dispareunia, etc. (Taker y Banta, 1983).

Existe una asociación significativa entre la lesión perineal y la morbilidad postparto, que incluye dolor perineal, disfunción sexual, depresión, etc. Esto repercute negativamente en la recuperación de la madre y a su vez se asocia en la interacción con su bebé recién nacido, pudiendo afectar significativamente al retraso cognitivo, conductual y al desarrollo emocional durante el primer año después del nacimiento. Es fundamental realizar prácticas basadas en la evidencia para disminuir las lesiones perineales (Browne et al, 2011).

La Organización Mundial de la Salud, en 1996, publicó la "Guía Práctica para la Atención al Parto Normal", basada en 218 estudios, que aportan las mejores evidencias científicas, clasificaron las prácticas relacionadas con el parto normal en cuatro categorías:

Categoría A: Prácticas demostradamente útiles y que deben ser estimuladas.

Categoría B: Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces y que deben ser eliminadas.

Categoría C: Prácticas para la cual no hay pruebas suficientes para apoyar una recomendación clara y que deben ser utilizadas con cautela, hasta que nuevos estudios aclaren el tema.

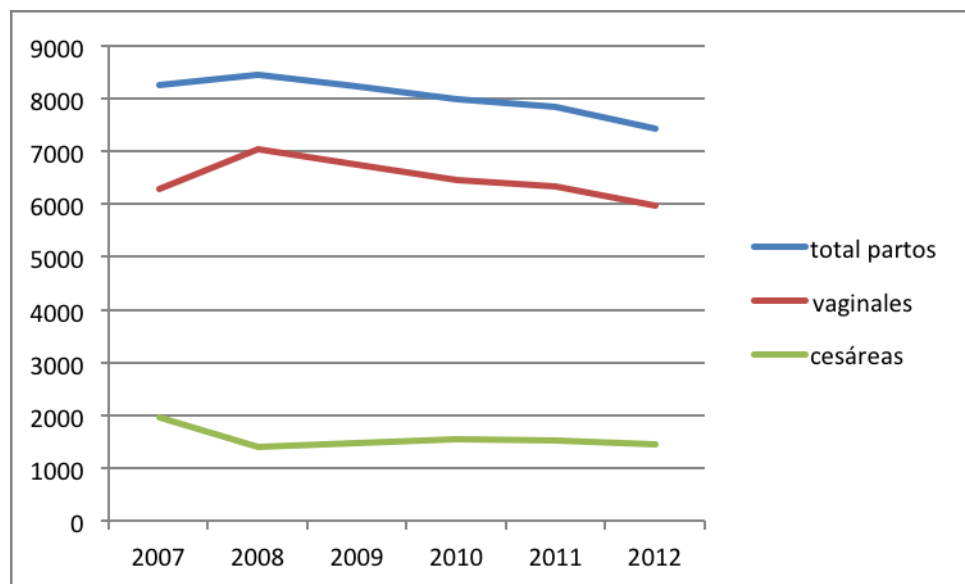
Categoría D: Prácticas frecuentemente utilizadas de modo inadecuado.

El uso liberal o rutinario de la episiotomía se clasifica como Categoría D. Esta publicación también afirma que no hay evidencia fiable de que el uso liberal o rutinario de la episiotomía tenga un efecto beneficioso, pero hay evidencia clara de que puede causar daños. En el parto normal, ocasionalmente puede haber una indicación válida para una episiotomía, pero se recomienda el uso limitado de esta intervención (Organización Mundial de la Salud, 1996).

La tasa de episiotomías en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, objeto de nuestro estudio, es un dato que comenzó a registrarse a partir de la implantación de programas informáticos de recogida de datos (Selene), Arnau (2011), observó un incremento a lo largo de los tres años que estudió en su tesis doctoral, encontrando que en 2008 el porcentaje de episiotomías en partos eutócicos registrado fue de 18,66%, en 2009 29,23% y en 2010 del 40,57%, este hecho lo justificó por la reciente implantación del Selene y las irregularidades inherentes al manejo del mismo por parte del personal, por lo que podría producirse un infrarregistro de los datos. En 2011, el porcentaje de episiotomías en partos vaginales fue del 50,14% y del 49,4% en 2012.

El número de partos totales ha ido descendiendo progresivamente desde el año 2010 hasta la actualidad, sin embargo, este descenso se ha producido a expensas del número de partos vaginales, manteniéndose constante el número de cesáreas (Figura 14).

Figura 14. Evolución de los partos y cesáreas desde 2007 hasta 2012 en Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Fuente: Servicio de Administración del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.



Así pues, la episiotomía es una de las técnicas más comunes que se realizan en las mujeres, para la que aún no se le pide consentimiento informado, en la que la indicación para realizarla parece estar influenciada por el tipo de profesional que atiende el parto y por su formación, y para la que, al parecer, existe una falta de evidencia científica de calidad sobre la cual basar las recomendaciones para su uso. Por todo ello, consideramos que es necesario revisar los factores que condicionan esta práctica desde la perspectiva de los profesionales.

Es por lo que cabe preguntarse ¿Se están llevando a cabo las recomendaciones de la Estrategia que publicó el Ministerio de Sanidad en 2008? ¿Estamos cambiando nuestra praxis? ¿Se está haciendo participe a la mujer en la decisión de practicarle una episiotomía? ¿Han descendido las

episiotomías respecto a años anteriores? ¿Estamos los profesionales sanitarios que atendemos a las mujeres en su proceso de parto, concienciados de este cambio? ¿Está todo el equipo multidisciplinar motivado para el cambio? ¿Las Instituciones apoyan la Estrategia de Atención al Parto Normal mediante una política de cambio? ¿La indicación de hacer una episiotomía, obedece siempre a criterios terapéuticos?

Para tratar de dar respuesta a estas cuestiones, es por lo que nos planteamos los siguientes objetivos.

## BLOQUE II MARCO EMPÍRICO

---





# **CAPÍTULO 1: Objetivos Generales y Específicos**

La reflexión que está en el germen de esta investigación es estudiar la episiotomía en el marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal, su adecuación a la práctica clínica y la relación con distintos factores de tipo clínico y contextual que puedan influir en su práctica, así como estudiar la variabilidad existente entre los profesionales atendiendo a criterios de conocimiento y formación.

Sobre la base de esta idea y con el propósito de mejorar la calidad de vida de la mujer en su vivencia del parto y posparto y por ende también la de su criatura, así como su entorno más próximo, nos planteamos los siguientes objetivos generales de los que derivan una serie de objetivos específicos:

1. Contrastar la adecuación de la práctica clínica en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca con las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal.
  - 1.1. Describir la práctica clínica en la atención al parto normal, realizada en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
  - 1.2. Comparar las actividades asistenciales en la atención al parto normal con los indicadores establecidos en la Estrategia de Atención al Parto Normal por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. Conocer la relación entre el uso de la episiotomía con distintas variables clínicas y contextuales.
3. Determinar los factores que condicionan la práctica de la episiotomía según los profesionales sanitarios que asisten a la mujer en el parto.
  - 3.1. Describir las indicaciones y principales criterios de uso de la episiotomía.
  - 3.2. Valorar los conocimientos que poseen los profesionales sanitarios en relación al procedimiento de la episiotomía.
  - 3.3. Analizar la formación recibida por los profesionales sanitarios que cuidan a las mujeres en la atención perinatal referente al procedimiento de la episiotomía.
  - 3.4. Determinar las posibles diferencias de la práctica clínica de los profesionales sanitarios relacionados con el tamaño y lugar de ubicación de la episiotomía.

## CAPÍTULO 2: Hipótesis del Estudio

De acuerdo con los datos que hemos corroborado sobre el porcentaje de episiotomías en España y en la Región de Murcia, planteamos las siguientes hipótesis:

1. La tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca será mayor que la recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

Atendiendo a las cifras de la tasa de episiotomías, las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal, posiblemente no se sigan con rigor.

2. Habrá diferencias significativas entre las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal y la práctica clínica.

Numerosos estudios han señalado la presencia de variables antecedentes de tipo clínico y contextual en relación a la episiotomía.

3. Las variables clínicas van a influir en el uso de la episiotomía.

4. Las variables de contexto van a influir en el uso de la episiotomía.

Según estudios previos, la variabilidad en la realización de la episiotomía obedece a criterios de formación, conocimiento y competencia profesional.

5. La variabilidad entre profesionales está influenciada por la formación de los mismos.

## CAPÍTULO 3: Marco Metodológico

### 3.1. Revisión Bibliográfica

El paso previo para elaborar este estudio, ha sido la realización de una búsqueda bibliográfica, con la episiotomía como temática principal.

La estrategia de búsqueda utilizada incluyó las palabras clave o descriptores siguientes:

- En términos DeCS: episiotomía.
- En términos MeSH: episiotomy, episiotomies.
- En lenguaje libre: episiotomía, episiotomía y matrona, consecuencias de episiotomía, antecedentes de episiotomía, episiotomía rutinaria o de rutina, episiotomía selectiva, episiotomía repercusión social, episiotomía repercusión física, episiotomía repercusión psicológica.

Estas mismas palabras fueron traducidas al inglés, francés y portugués con el fin de revisar la literatura existente en estos idiomas.

La mayoría de los artículos fueron solicitados a la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia (disponible en la web [murciasalud.es](http://murciasalud.es)). Algunos fueron solicitados a la Biblioteca de la Universidad de Murcia.

### 3.1.1. Revistas Médicas Consultadas:

- American Journal of Obstetrics and Gynecology [issn: 0002-9378]
- Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa [issn: 0871-4592]
- BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [issn: 1470-0328|e-issn: 1471-0528]
- BMC Pregnancy and Childbirth [e-issn: 1471-2393]
- BMC Women's Health [e-issn: 1472-6874]
- Case Reports in Obstetrics and Gynecology [issn: 2090-6684 |e-issn: 2090-6692 ]
- Clinical Obstetrics & Gynecology [issn: 0009-9201]
- Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia [issn: 0210-573X]
- e-Archivos de Ginecología y Obstetricia [issn: 1697-1914]
- Ginecología y Obstetricia [issn: 1015-3047|e-issn: 1609-7246]
- Gynecologic and Obstetric Investigation [issn: 0378-7346]
- The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics [issn: 1528-8439]
- ISRN Obstetrics and Gynecology [issn: 2090-4436 |e-issn: 2090-4444]
- Journal of Obstetrics and Gynaecology of India [issn: 0971-9202|e-issn: 0975-6434]
- Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology [issn: 1307-699X |e-issn: 1307-7007 ]
- Maternal and Child Health Journal [issn: 1092-7875|e-issn: 1573-6628]
- Obstetrical & Gynecological Survey [issn: 0029-7828]
- OB/GYN Clinical Alert [issn: 0743-8354]
- The Obstetrician & Gynaecologist [issn: 1467-2561 |e-issn: 1744-4667]

- Obstetrics & Gynecology [issn: 0029-7844|e-issn: 1873-233X]
- Obstetrics and Gynecology Clinics of North America [issn: 0889-8545]
- Obstetrics and Gynecology International [issn: 1687-9589|e-issn: 1687-9597]
- Progresos de Obstetricia y Ginecología [issn: 0304-5013|e-issn: 1578-1453]
- Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [issn: 0100-7203]
- Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología [issn: 0048-766X|e-issn: 0717-7526]
- Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [issn: 0034-7434]
- Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [issn: 0138-600X|e-issn: 1561-3062]
- Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela [issn: 0048-7732]
- Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology [issn: 1391-7536]

### **3.1.2. Revistas de Enfermería Consultadas**

- Avances en Enfermería [issn: 0121-4500]
- BMC Nursing [e-issn: 1472-6955]
- Ciencia y Enfermería - Revista Iberoamericana de Investigación [issn: 0717-2079|e-issn: 0717-9553]
- Enfermería. Revista del Colegio Oficial de Enfermería de Murcia. [issn: 1138-6878]
- Enfermería Clínica [issn: 1130-8621]
- Enfermería Global [issn: 1695-6141]
- Evidence - Based Nursing [issn: 1367-6539|e-issn: 1468-9618]
- Evidentia. Revista de Enfermería Basada en la Evidencia [issn: 1697-638X]
- Holistic Nursing Practice [issn: 0887-9311]
- Index de Enfermería [issn: 1132-1296|e-issn: 1699-5988]
- Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research [issn: 1735-9066|e-issn: 2228-5504]
- NURE Investigación [issn: 1697-218X]
- Women's Health Activist [issn: 1547-8823]



- The Lancet [issn: 0140-6736]
- Nursing [issn: 1365-2648]
- The Australian Journal of Midwifery [issn: 1448-8272]
- Birth [issn: 1523-536X]
- Midwifery [issn: 0969-4900]
- Journal of Midwifery Women´s Health [issn: 1526-9523]
- Journal of Nurse-Midwifery [issn: 1682-5055 ]
- Journal of Obstetric Gynaecology & Neonatal Nurse [issn: 1552-6909 ]
- International Journal Gynaecology Obstetrical [issn: 1471-0528 ]
- International Journal of Obstetric Anaesthesia [issn: 0959-289X ]

### **3.1.3. Publicaciones procedentes de Organismos e Instituciones**

- Servicio Murciano de Salud: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Biblioteca Virtual Consejería de Sanidad.
- Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Murcia.
- Asociación de Matronas de la Región de Murcia.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Observatorio de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad.
- Instituto de la Mujer.
- Organización Mundial de la Salud.
- Asociación el Parto es Nuestro.

### **3.1.4. Soporte Legislativo**

- Boletín Oficial del Estado.
- Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- Boletín Oficial de Cantabria.
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

### **3.1.5. Bases de Datos**

- Pubmed / Medline

- CINAHL
- Índice Médico Español (IME)
- Lilacs
- CUIDENplus
- Dialnet

### **3.1.6. Revisiones Sistemáticas**

- Biblioteca Cochrane Plus
- Centro Colaborador Instituto Joanna Briggs
- Revisiones sistemáticas en Pubmed
- DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects)

### **3.2. Diseño de la Investigación**

El tipo de estudio elegido para el desarrollo de esta investigación, se enmarca como metodológicamente descriptivo, transversal y analítico, con un enfoque de investigación cuantitativa.

Es descriptivo ya que este tipo de estudios tienen como objetivo describir un hecho, en nuestro caso el procedimiento de la episiotomía, investigando su frecuencia en una población, en un lugar y en un momento determinado.

Es transversal, pues supone la recogida de información de una sola vez, en una población determinada y en período de tiempo, con el objetivo de estudiar los fenómenos presentes en el momento en el que se realizan la aplicación de los instrumentos de medida.

También, para dar respuesta al segundo objetivo planteado, era preciso realizar un análisis de las distintas variables que intervienen en el proceso del parto que pueden estar relacionadas con la incidencia de episiotomías, con la finalidad de conocer la posible asociación entre éstas, por lo que se planteó un estudio analítico.

Para todo ello se han utilizado técnicas de investigación cuantitativa.

### **3.3. Población de Referencia**

#### **3.3.1. Población Diana**

La población diana está constituida por todas aquellas mujeres durante el proceso de parto asistidas en un medio hospitalario.

Así mismo todos los profesionales sanitarios del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca pertenecientes al área de maternidad: Facultativos Especialistas de Área, Médicos Residentes, Matronas y Matronas Residentes, constituyen la población diana del tercer objetivo.

#### **3.3.2. Población de Estudio**

Para los objetivos 1 y 2 la población de estudio incluye todas aquellas mujeres que presentaron un episodio de parto durante el periodo comprendido desde 1 de enero de 2011 hasta 31 de diciembre de 2012 y que fueron atendidas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Los criterios de inclusión comprendían partos producidos en el ámbito hospitalario y que hubiesen sido recogidos los datos de estudio. Excluyendo episodios incompletos, partos extrahospitalarios y datos erróneos durante el registro de los mismos. La muestra incluye una N= 12.093

Para el tercer objetivo, la población de estudio la forman 136 profesionales, médicos/as, enfermeros/as y residentes en formación en medicina y Enfermería, que tienen en común trabajar en el campo de la Obstetricia y Ginecología, y que realizan su labor en el mencionado hospital. Así pues, los criterios de inclusión para esta población comprenden:

- Profesionales pertenecientes a las categorías de Facultativo/a Especialista de Área, Médico/a Interno Residente (MIR), Diplomado/a en Enfermería y Enfermero/a Interno Residente (EIR) especialistas en Obstetricia y Ginecología.
- Trabajadores en activo pertenecientes a la plantilla del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Profesionales que acepten participar en el estudio.

Los criterios de exclusión incluyen: la voluntariedad de no participar, la no cumplimentación del cuestionario autorrellenable (o la cumplimentación incompleta) y profesionales en situación de baja laboral o de maternidad en el momento del estudio. La población de estudio queda constituida por N=97.

### **3.3.3. Tasa de Participación**

La población total de especialistas en Ginecología y Obstetricia que trabajan en el hospital objeto de estudio está formada por 136 profesionales, entre los que se encuentran 50 médicos, 50 matronas y 36 residentes en formación de ambos grupos. Se han repartido 130 cuestionarios (6 profesionales se han negado a participar), y han sido devueltos 98 de los cuales 1 se ha desestimado por no estar debidamente cumplimentado, por lo que la muestra la forman un total de 97 profesionales. Por tanto el porcentaje de participación fue del 75%.

## **3.4. Variables de Investigación**

### **3.4.1. Variables Sociodemográficas**

Los datos sociodemográficos incluidos en el cuestionario para profesionales son: edad, género, años de experiencia profesional, experiencia en el puesto actual, categoría profesional y año de finalización de estudios.

En cuanto a la edad, la media de los participantes fue de 36 años (DT. 10,331; rango de 22 a 67 años). La muestra estaba constituida por 85 mujeres (87,6%) y 12 hombres (12,37%).

Según los años de experiencia profesional, comprenden una media de 10 (DT. 9,4; rango de 0 a 45 años). La experiencia en el puesto que actualmente ocupan los profesionales presenta una media de 7,14 años (DT. 7,75; rango de 0 a 45 años).

En cuanto a la categoría profesional, la muestra estaba formada por 35 Enfermero/a Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona), 22 Médico/a Especialista en Obstetricia y Ginecología, 12 residentes de Matrona de primer

año, 19 de segundo año, 4 médicos residentes de Obstetricia de primer año, 1 de segundo, 2 de tercero y 1 de cuarto año.

Atendiendo al año de finalización de sus estudios, lo hemos agrupado teniendo en cuenta los cambios en el plan de estudios de la formación de Matrona, por ser el colectivo que más veces ha cambiado, por tanto, los grupos se establecen de la siguiente forma:

- Hasta 1986, ya que en 1987 se produce el cese en la formación por no adaptarse a las exigencias de las Directrices de la Comunidad Económica Europea. Real Decreto 3 de Julio de 1987.
- Desde 1987 hasta 1994, año a partir del cual se inicia la primera promoción de especialistas Matrona. Orden 1 de junio de 1992 (Boletín Oficial del Estado 2/6/92). Programa de formación Unidad Docente de Enfermería Ginecológica y Obstétrica (Matrona).
- Desde el año 1995 hasta 2005, donde el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril, regula el acceso a la especialidad de Matrona.
- Desde el 2006 hasta el 2008, donde aparece el Real Decreto 183/2008 que regula la creación de las unidades docentes multiprofesionales.
- Desde el 2009 hasta la actualidad.

Así pues, los resultados son: 44 de los profesionales (45,3%) han sido formados después del año 2009, 9 desde 2006 hasta 2008 (9,27%), 30 desde el año 1995 hasta 2005 (30,9%), 9 desde 1987 hasta 1994 (9,27%) y 5 anterior a 1986 (5,15%).

En resumen, la muestra podría describirse como mayoritariamente femenina, de mediana edad, con experiencia laboral en el puesto que ocupan, con categorías profesionales representativas de cada grupo y con variabilidad en cuanto al año de formación (Tabla 6).

Por todo ello reproduce con bastante acierto a la población de profesionales que habitualmente se ocupan de la asistencia a la mujer en el parto en el medio hospitalario.

Tabla 6. Descripción de la muestra. Estudio a profesionales sanitarios en la atención al parto.

Muestra	Datos				
	Media	DT	Rango		
Edad	36	10,331	22-67		
Años de experiencia	10	9,4	0-45		
Experiencia puesto actual	7,14	7,75	0-45		
Género	12(12,37%) ♂	85(87,6%) ♀			
Categoría profesional	Matrona	Obstetra	Residente Matrona	Residente Obstetra	
	35	22	31	8	
Año de finalización estudios	Anterior 1986	1987-1994	1995-2005	2006-2008	Posterior a 2009
	5 (5,15%)	9(9,27%)	30 (30,9%)	9 (9,27%)	44 (45,3%)

### 3.4.2. Variables Clínicas Obstétricas

Las variables obstétricas recogidas de los datos clínicos son:

- Paridad: Determinada por el número de partos, considerando a la mujer primípara cuando presenta un parto y múltipara cuando presenta dos o más.
- Tipo de episiotomía: Esta variable recoge tres modalidades: Sin episiotomía cuando no presenta la realización de este procedimiento, mediolateral y central, dependiendo del ángulo de corte elegido por el profesional que lo realiza.
- Inicio del parto: Espontáneo, inducido y estimulado.
- Tipo de parto: Se ha considerado parto vaginal diferenciando entre eutócico e instrumentado (cuando precisa la ayuda de ventosa, fórceps o espátulas para la extracción fetal) y cesárea.
- Desgarro del canal del parto: Se han recogido los ítems: no desgarro, desgarro perineal de I, II, III y IV grado.

- Uso de Oxitocina: Se ha considerado la administración de este fármaco durante el desarrollo del parto.
- Tipo de analgesia: Los ítems valorados son: sin analgesia, local, epidural, raquídea y general.
- Edad gestacional: Para un mejor tratamiento estadístico, ha sido agrupada por semanas de gestación en: inmaduro (hasta las 24 sem.), prematuro (desde la 24+1 hasta la 36+6), a término (desde la 37 a la 41) y posttérmino (>41 sem.).
- Peso del Recién Nacido: Agrupado en < 2500 gr., entre 2500-4000 gr y > 4000 gr.
- Posición en el parto: Durante la etapa de expulsión fetal, se pueden adoptar las siguientes posturas: cuadrupedia, cuclillas, de pie, decúbito lateral, decúbito supino, litotomía y sentada.
- Otras prácticas clínicas: rasurado perineal, uso de enema preparto, tipo de monitorización de la gestante, ingesta de líquidos y alimentos intraparto, hidratación intravenosa, uso del partograma y amniotomía (rotura artificial de la bolsa de las aguas).

### **3.4.3. Variables de Contexto**

- Acompañamiento al parto. Entendido como la presencia del algún familiar, que la mujer elija, para acompañarla durante todo el proceso del parto.
- Turno de día o de noche: Considerando la hora del parto en relación al turno de los profesionales de 12 horas. El día comprende desde las 8.00 hasta las 20.00 horas. Y el turno de noche las doce horas restantes, desde las 20.00 hasta las 8.00.

### **3.5. Consideraciones Éticas**

Para llevar a cabo el estudio, se ha tenido en cuenta el “Código de Buenas Prácticas Científicas”, adoptado por la Universidad de Murcia desde el Vicerrectorado de Investigación, elaborado por el Instituto Municipal de Investigación Médica, el Departamento de Ciencias Experimentales y de la

Salud de la Universidad Pompeu Fabra y el Centro de Regulación Genómica, en su segunda edición en junio de 2002.

Así pues, el estudio ha sido supervisado por dos mentores, doctores pertenecientes a la Universidad de Murcia. Previo al estudio se diseñó un protocolo de investigación que fue revisado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Anexo 2). Se firmó un documento de confidencialidad previo a la recogida de datos clínicos en el hospital, garantizando su custodia y la finalidad para la que fueron recogidos (Anexo 3). También cuenta con la autorización por parte del Director Gerente del Área I Murcia Oeste, a la que pertenece el mencionado hospital para llevar a cabo la investigación (Anexo 4).

Los autores nos comprometemos a la publicación de los datos ya que consideramos que es el único medio estandarizado para que los resultados puedan someterse al escrutinio de otros profesionales.

De igual forma se ha respetado en todo momento la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

De manera particular se ha llevado especial atención en el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos:

- Voluntariedad a la hora de participar en la investigación.
- Anonimato de las personas encuestadas.
- Confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio.
- Almacenaje y mantenimiento de los datos recogidos en lugar seguro impidiendo que ninguna persona que no pertenezca al equipo investigador pueda hacer uso de los mismos.
- Inocuidad de los resultados del estudio para ninguno de los participantes en la investigación.



### **3.6. Limitaciones del Estudio**

Las principales limitaciones que el estudio presenta se enumeran a continuación:

- Los datos clínicos obtenidos a través de la aplicación informática Selene, están sujetos al registro que los profesionales realicen de los mismos. Asimismo, hemos encontrado que la edad de la gestante corresponde a la edad actual, ya que el sistema informático lo actualiza. Esta deficiencia ha sido corregida en los datos recogidos.
- A pesar de la buena acogida que tuvo en cuanto a la cumplimentación del instrumento entre los profesionales sanitarios, es de destacar la escasa participación (75%) debida a la presión asistencial, problemas de horario, olvidos, etc. Así como el porcentaje de profesionales que presumiblemente no tendrían claro las respuestas.
- El tamaño de la muestra de profesionales sanitarios es reducido, lo que plantea un problema para establecer diferencias estadísticamente significativas. Teniendo en cuenta que el universo de la muestra estaba formado por la totalidad de profesionales de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, tal vez sería interesante extrapolar el estudio ampliándolo a nivel regional o nacional.

### **3.7. Instrumento de Recogida de Datos**

Los datos clínicos, de los 12.093 partos, fueron recogidos a través de la base de datos informática Selene y mediante el Servicio de Codificación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y de forma directa por el investigador, mediante cuestionarios autoadministrados entre los diferentes profesionales sanitarios.

El mencionado cuestionario fue realizado tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva, encontrándose dos cuestionarios validados que se ajustaban al propósito del estudio (Tincello, Williams, Fowler, Adams, Richmond y Alfirevic, 2003; Cornet, Porta, Piñeiro, Ferriols, Gich y Calaf, 2011),

por lo que se decidió basarse en ellos, tras pedir permiso a los autores para su utilización (Anexo 5), se elaboró un cuestionario propio que recogía 27 ítems, agrupados en cinco bloques que incluyen: datos sociodemográficos, como edad, género, años de experiencia y especialidad, así como el año en que finalizó sus estudios, con el fin de valorar la formación académica. Seguidamente se preguntaba acerca de los conocimientos que poseen los profesionales sanitarios acerca del procedimiento de la episiotomía, anatomía y técnica de realización. Se interrogaba también acerca del conocimiento de la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud y si se siguen sus recomendaciones. Otro bloque trataba los desgarros perineales y otro la formación en la materia. Finalmente se elaboró un pictograma que representa la coronación de la cabeza fetal (foto tomada de Kalis et al, 2012), en el cual se señalaron los posibles tipos de episiotomía, según los diferentes manuales de obstetricia consultados. Así el modelo A señalaba la episiotomía de tipo central o medial, el modelo B, C y D señalaban el tipo mediolateral con ángulos de 45°, 60° y 80° respectivamente, partiendo del rafe perineal, el modelo E señalaba la tipo lateral según Ación (2001) y la F otro tipo de lateral según González Merlo (1999). A los profesionales sanitarios se les pidió que señalaran el lugar y tamaño de realización de la misma con el fin de valorar la variabilidad en la práctica de dicho procedimiento. Antes de las citadas preguntas, el cuestionario va precedido de unas indicaciones para su cumplimentación que garantizan la participación voluntaria y la confidencialidad de sus respuestas (Anexo 6).

### **3.8. Procedimiento de Aplicación del Cuestionario**

Previo a pasar el cuestionario y cumpliendo de manera rigurosa con las cuestiones éticas, se pidió autorización por escrito al Sr. Dr. Gerente del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, para distribuir el cuestionario entre los distintos profesionales sanitarios.

Posteriormente, se informó al Director de Enfermería; para seguidamente informar a los Jefes de Servicio y Supervisora de Paritorio.

Anterior al reparto del cuestionario, se realizó un pequeño pilotaje del mismo, pasando las encuestas a profesionales de distinta Área Sanitaria, con el fin de no interferir en el estudio, y al mismo tiempo valorar la pertinencia de las preguntas para los objetivos del mismo. Posteriormente se realizó un análisis factorial del mismo.

Los cuestionarios fueron entregados personalmente a cada uno de los encuestados y para su posterior recogida se dejó una carpeta en despacho de la supervisora para depositarlos o bien se recogieron en mano por el investigador, entre aquellos profesionales que así lo decidieron, una vez cumplimentados.

Sobre la base del rotatorio de los turnos profesionales se estableció un régimen de visitas para la entrega de los cuestionarios en los diferentes servicios. Este proceso fue realizado durante los meses de febrero a abril de 2013.

### **3.9. Análisis Estadístico de los Datos**

Para el tratamiento de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0 y el programa Excel. Para analizar la información recogida se realizó previamente la transformación y la codificación de los datos proporcionados por la base de datos del Hospital (Selene) en hoja de cálculo del programa Excel, posteriormente se volcaron los datos al paquete SPSS, para realizar un análisis descriptivo de las variables obstétricas (inicio del parto, episiotomía, finalización del parto, desgarros perineales, uso de oxitocina, posición en el parto, peso del recién nacido, edad gestacional y tipo de analgesia) y de contexto (turnicidad del profesional y acompañamiento al parto). Seguidamente se analizaron asociaciones bivariadas entre la episiotomía y las variables clínicas y de contexto anteriormente mencionadas. En un tercer nivel, se procedió al análisis trivariado de aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) con las variables que puedan constituir un factor de confusión, como son la primiparidad, el uso de epidural y el peso del recién nacido.

Para corregir el efecto del tamaño muestral ( $n = 12.093$ ), se añade la estimación del Tamaño del Efecto, adoptándose los valores de interpretación siguientes: (a) el valor de “0,10” refleja la existencia de Efecto Bajo, pero con peso relevante para ser considerado; (b) “0,30” un Efecto Medio y (c) “0,50” un Efecto Alto.

Para estimar el Tamaño del Efecto se utiliza, para variables cualitativas, la V de Cramer. Este estadístico mide el grado de asociación entre pares de variables y sus valores pueden oscilar entre - 1 y + 1, de manera que cuanto más se aproxime a cero, menor correlación habrá entre ambas variables. También se ha realizado el cálculo del riesgo relativo (RR) para cada par de variables cualitativas como medida relativa del efecto, para determinar la magnitud o fuerza de la asociación entre las variables.



## CAPÍTULO 4: Resultados

La tasa de episiotomías en partos vaginales en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante el año 2011 fue de un 50,4% y del 49,4% en 2012. Esta disminución coincide también con una reducción del número de partos vaginales, que se viene produciendo desde 2010 (Tabla 7).

Tabla 7 Total de partos, vaginales y cesáreas a lo largo de los años 2007-2012. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Servicio de admisión del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y Selene.

Año	Cesáreas	Partos Vaginales	Partos Totales
2007	1964	6285	8249
2008	1395	7062	8457
2009	1470	6285	7755
2010	1533	6459	7992
2011	1491	6075	7566
2012	1490	6018	7508

Para evitar el sesgo de la paridad de la mujer, se dividieron los datos según este ítem, calculando que el porcentaje de episiotomías en mujeres primíparas, en 2011 fue del 68,3% y en 2012 del 70,3%; y entre las mujeres que presentaban uno o más partos anteriores (en adelante, múltiparas), el porcentaje fue del 27,1% en 2011 y del 31% en 2012. En ellos, el tipo de episiotomía mayoritariamente realizado fue la mediolateral (98%), (Tabla 8).

Tabla 8. Tipo de episiotomía en el total de partos estudiados durante 2011-2012. Y relación de primíparas y múltiparas con el tipo de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Selene.

Tipo Episiotomía	Año 2011		Año 2012	
	Primíparas	Múltiparas	Primíparas	Múltiparas
Episiotomía Mediolateral	2430	754	2373	643
Episiotomía Central	20	29	15	10
No Episiotomía	1135	2060	1005	2105
Total Partos	3585	2843	3393	2758
	$\chi^2 = 1080,416$ (p < 0,00005)		$\chi^2 = 1331$ (p < 0,00005)	
	RR = 2,48		RR = 2,97	

La tendencia en mujeres primíparas es a realizar episiotomía y en mujeres múltiparas es a no realizar episiotomía.

En 2012 se observó una disminución del número de gestantes primíparas, por lo que se realizó el análisis de esta variable para determinar si una disminución en el porcentaje de episiotomías obedecía a un descenso de la misma. El análisis demuestra que no existe una relación significativa ( $\chi^2=0,47$ , p=0,5) como podemos ver en la tabla 9.

Tabla 9. Variaciones en la paridad de 2011 respecto a 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Año	Primíparas	Múltiparas
2011	3585	2843
2012	3393	2758
$\chi^2 = 0,47$ (NS)*		

\* NS= No significativo

Siguiendo con los objetivos planteados en el estudio, se muestran los resultados coincidiendo con el orden de los mismos.

#### **4.1. Abordaje de Prácticas Clínicas Basadas en el Mejor Conocimiento Disponible**

En concordancia con el primer objetivo planteado, (contrastar la adecuación de la práctica clínica, en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal), se realizó un estudio descriptivo del proceso del parto durante los años 2011 y 2012, observando cómo se desarrolló el mismo con respecto a los puntos que trata la Estrategia, en un total de 12.093 partos vaginales, de los cuales 6.075 fueron asistidos durante el 2011 y 6.018 durante el 2012. Y posteriormente fueron comparados con los indicadores de calidad establecidos en la Estrategia y elaborados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Así pues, mostramos los resultados sobre la base de los puntos que trata la Estrategia de Atención al Parto Normal.

##### **4.1.1. Rasurado del Periné**

El rasurado perineal no fue realizado en el 86,7% de los partos en 2011 y en el 87,8% en 2012.

##### **4.1.2. Enema**

El enema no fue administrado en el 91,4% de las mujeres en 2011 y en el 93,4% en 2012.

##### **4.1.3. Acompañamiento Durante el Proceso de Parto**

Los datos se han recogido separando el proceso de dilatación del proceso del expulsivo fetal o parto propiamente dicho. Así pues, durante la dilatación en 2011 fueron acompañadas el 83,5% de las mujeres y en 2012 el 88,7%. Durante el parto, en 2011 fueron acompañadas el 68,8% de las mujeres y en 2012, el 74,8%.



#### **4.1.4. Durante la Dilatación**

El 97,6% de las gestantes mantuvieron un tipo de monitorización continua, (que las obliga a permanecer junto al monitor e impide la deambulaci3n libre) en 2011 y el 99,3% en 2012.

Las mujeres que eligen la posici3n que desean adoptar durante la dilataci3n y el parto, en 2011 son el 44,5% y en 2012 el 51,1%.

La ingesta de l3quidos y alimentos se permiti3 en el 27,2% de las mujeres en 2011 y en el 34,8% en 2012.

La hidrataci3n intravenosa no es un campo obligatorio a recoger en los datos Selene para el registro de partos, (presenta un infrarregistro) por lo que exponemos los datos referentes a 508 partos en 2011 y 306 en 2012. Presentando un 96% de perfusi3n endovenosa continua en 2011 y un 97,3% en 2012.

El partograma se utiliza en el 100% de las gestantes en trabajo de parto, como registro principal de la evoluci3n de todo el proceso.

La amniotom3a o rotura artificial de la bolsa amni3tica, se realiz3 en 2011 en el 55,7% de las mujeres en periodo de parto, de estas, el 61% eran partos de origen espont3neo (gestantes que ingresan en periodo activo de parto, esto es, que presentan c3rvix borrado m3s del 50%, contracciones regulares y dilataci3n cervical mayor o igual a 2 cm) y en 2012 se realiz3 en el 55,3% de las mujeres, siendo el 58,5% partos de origen espont3neo.

#### **4.1.5. Manejo del Dolor durante el Parto**

El tipo de analgesia utilizado por las gestantes, fue mayoritariamente la epidural (74,8%), seguido por la analgesia local (12,4%), sin analgesia (10,4%), raqu3idea (2%) y por 3ltimo, general (0,3%).

Hay un infrarregistro respecto a los m3todos alternativos para el manejo del dolor, al no ser un dato de obligado cumplimiento, no se registra en todos los casos.

#### 4.1.6. Posición materna durante el período expulsivo

Las posiciones que las mujeres adoptan para el periodo expulsivo son: 90% litotomía, 8,7% en decúbito supino, 2% en decúbito lateral, 0,9% en posición sentada y el 0,5% restante en posición de pie, cuclillas y en cuadrupedia.

#### 4.1.7. Partos Instrumentales

El 75,9 % de los partos estudiados fueron eutócicos, el resto fueron instrumentados (siendo la ventosa el instrumento más utilizado). (Tabla 10).

Tabla 10. Partos vaginales realizados en Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante el periodo 2011/2012. Fuente: Elaboración propia a partir de registro de datos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Selene.

Partos Vaginales	2011	2012
Eutócico	4649	4531
Espátulas	96	67
Fórceps	205	156
Ventosa	1125	1264
Total	6075	6018

#### 4.1.8. Cesáreas

En 2011 y 2012, el porcentaje de cesáreas se ha mantenido estable en torno al 19,5%. En la tabla 11 se muestran la evolución en las tasas de cesárea a través de los años 2007-2012, donde se puede observar un aumento progresivo del número de cesáreas desde 2008 hasta la actualidad que coincide con una disminución del número de partos totales (Tabla 11).

Tabla 11. Evolución del porcentaje de cesáreas a lo largo de los años 2007-2012, en relación al total de partos. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Selene.

<b>Año</b>	<b>Número de Cesáreas</b>	<b>% Cesáreas</b>	<b>Total Partos</b>
<b>2007</b>	1964	23.8	8249
<b>2008</b>	1395	16.4	8457
<b>2009</b>	1470	17.8	7755
<b>2010</b>	1533	19.1	7992
<b>2011</b>	1491	19.7	7566
<b>2012</b>	1490	19.8	7508

El porcentaje de partos vaginales tras cesárea previa, es otro indicador aconsejado en la Estrategia, así pues del total de partos estudiados, 742 mujeres gestantes presentaban una o más cesáreas anteriores, de las cuales, el 62,2% finalizó su proceso de parto de una forma eutócica y con un 48,6% de episiotomías.

La totalidad de los partos analizados, fueron asistidos por profesionales especialistas en Obstetricia y Ginecología, de los cuales el 26% fueron atendidos por ginecólogos, el 82% por matronas. Por tratarse de un hospital universitario, algunos de estos partos fueron atendidos además por enfermeras y médicos en formación de la mencionada especialidad (residentes), siendo el 22% atendidos por residentes de Ginecología y el 34% por residentes de Matrona, siempre bajo la supervisión de un ginecólogo o de una matrona.

Si comparamos estos resultados con los indicadores que se señalan en la Estrategia de Parto Normal obtendríamos un primer indicador de calidad

sobre la base de los Hospitales de Maternidad (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009 y 2011), (Anexos 7 y 8). En este caso los resultados más destacados serían:

- La tasa de episiotomía en partos eutócicos ha disminuido hasta un 36,5%.
- El porcentaje de desgarros perineales de III y IV grado en partos con episiotomía es del 0,88% y sin ella del 0.28%.
- Los partos instrumentales se realizan en un 24,6%, siendo la ventosa el más utilizado (21%).
- Las cesáreas se realizan en el 19,8% de los partos, con una tendencia a disminuir el nº de cesáreas urgentes.
- El porcentaje de partos vaginales tras cesáreas es del 93%, con tendencia a aumentar.
- El porcentaje de mujeres que utilizan la analgesia epidural es del 77% con tendencia a aumentar.
- La posición de litotomía durante la expulsión fetal es utilizada en un 91,2% (Tabla 12).

En resumen, los resultados que describen la práctica clínica de la episiotomía en partos eutócicos en 2011-2012, muestran una disminución en la tasa de realización del procedimiento. La adecuación de la práctica clínica a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal, presenta una tendencia a disminuir las siguientes prácticas: el rasurado perineal, el uso de enemas y el número de cesáreas urgentes. Así mismo, presenta una tendencia a aumentar: el acompañamiento al parto tanto en dilatación como al expulsivo, la monitorización continua, la libre elección de postura por la mujer, la ingesta de líquidos intraparto, el número de partos vaginales tras cesárea y el número de mujeres con epidural. Manteniéndose sin variación el resto de variables estudiadas (realización de amniotomía, partos instrumentados y cesáreas).

Tabla 12. Indicadores de calidad (Eficiencia y calidad científico-técnica) en la atención al parto normal en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante el periodo de estudio 2011-2012. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

INDICADORES DE CALIDAD	AÑO 2011	AÑO 2012	$\chi^2$	p	Interpretación de los datos	Recomendaciones EAPN 2011	Comparación EAPN 2011
Episiotomías en partos eutócicos	40,8%	36,5%	8,11	<0,001	La tendencia es a disminuir el número de episiotomías	<15%	p <sub>1</sub> =0,001 p <sub>2</sub> =0,001
Desgarros perineales III y IV grado con episiotomía.	0,86%	0,88%	0,0073	NS	No varía	1-5%	
Desgarros perineales III y IV grado sin episiotomía.	0,12%	0,28%	1,71	NS	No varía	0.5-3%	
Partos instrumentales.	23,4%	24,6%	2,45	NS	No varía	<15%	p <sub>1</sub> =0,001 p <sub>2</sub> =0,001
Uso de fórceps	3,37%	2,59%	10,11	<0,001	La tendencia es a disminuir el número de fórceps	5%	p <sub>1</sub> =0,001 p <sub>2</sub> =0,001
Uso de espátulas	1,58%	1,11%	6,83	<0,001	La tendencia es a disminuir el número de espátulas	5%	p <sub>1</sub> =0,001 p <sub>2</sub> =0,001
Uso de vacuum extractor	18,5%	21%	18,42	<0,001	La tendencia es a aumentar el número de ventosas	≤ 7%	p <sub>1</sub> =0,001 p <sub>2</sub> =0,001
Tasa de cesáreas	19,7%	19,8%	0,11	NS	No varía	15% (OMS)	p <sub>1</sub> =0,001 p <sub>2</sub> =0,001
Tasa de cesáreas programadas.	6,6 %	7 %	0,90	NS	No varía	NE	
Tasa de cesáreas urgentes.	13,6%	11,38 %	17,63	<0,001	La tendencia es a disminuir el número de cesáreas.	NE	
Parto vaginal tras cesárea.	81,2%	93,1 %	26,94	<0,001	La tendencia es a aumentar el número de partos vaginales tras cesárea.	60-80%	p <sub>1</sub> =0,001 p <sub>2</sub> =0,001
Uso de analgesia locorregional (epidural).	75,2%	77 %	6,79	<0,001	La tendencia es a aumentar el número de mujeres con epidural.	> 70%	p <sub>1</sub> =0,001 p <sub>2</sub> =0,001
Posición materna en el expulsivo (litotomía)	89,3%	91,2%	13,06	<0,001	La tendencia es a aumentar el número de mujeres en posición de litotomía.	<30%	p <sub>1</sub> =0,001 p <sub>2</sub> =0,001

(NE) No establecido. (p<sub>1</sub> y p<sub>2</sub>) grado de significación estadística en la comparación de porcentajes entre 2011 y 2012 respectivamente con la Estrategia de Atención al Parto Normal.

## **4.2. Análisis de la Episiotomía y su Relación con Distintas Variables Clínicas y Contextuales**

Siguiendo con el segundo objetivo general que persigue conocer el procedimiento de la episiotomía y su relación con distintas variables clínicas y contextuales es de interés considerar por nuestra parte qué variables pueden incidir en la utilización de la misma.

### **4.2.1. La Episiotomía y su Relación Bivariada con Distintas Variables Clínicas y Contextuales**

Durante la asistencia al parto, hay determinadas variables, que interfieren directa o indirectamente en la necesidad de realización de una episiotomía, a continuación, se intenta analizar aquellas variables que puedan interferir en el proceso de parto natural y que como efecto secundario puedan tener que ver con la necesidad de realizar el mencionado procedimiento. Las variables estudiadas son: El inicio del parto (espontáneo, inducido o estimulado), el acompañamiento al parto, la turnicidad del profesional sanitario (horario de día o de noche), la finalización del parto (eutócico o instrumentado), los desgarros perineales, el uso de oxitocina, la posición en el parto, el peso del recién nacido y la edad gestacional.

## 4.2.1.1. Tipo de Episiotomía en Relación al Inicio de Parto

Un primer nivel de análisis es comparar si el inicio del parto es una variable relevante para esta práctica. Así, se observa que cuando se inician de forma espontánea el número de episiotomías es de un 43,3% frente a los que son inducidos (57,6%) o estimulados (58,1%), (Tabla 13). Un análisis entre estos tres grupos revela una diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2=270,911$ ,  $p>0,000$ ), aunque la prueba del tamaño del efecto V de Cramer, revela que esta relación tiene un efecto bajo ( $V=0,140$ ). El riesgo relativo de episiotomía en los partos intervenidos (inducidos o estimulados) es de 1,33 en relación a los partos espontáneos.

Tabla 13. Frecuencia y análisis bivariado entre los distintos inicios del parto y el uso de la episiotomía. Elaboración propia a partir de registro de datos informático del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Selene).

Tipo de Episiotomía	Inicio del parto			Total
	Espontáneo	Inducido	Estimulado	
No Episiotomía	3842	1096	884	5822
Episiotomía Mediolateral	3173	1739	1276	6188
Episiotomía Central	46	17	10	73
Total	7061	2852	2170	12083

$\chi^2 = 270,911$  ( $p = 0,0005$ );  $V = 0,140$

#### 4.2.1.2. Acompañamiento al Parto en Relación a la Episiotomía

El análisis estadístico del ítem acompañamiento al parto en relación al procedimiento de la episiotomía, señala una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de mujeres que están acompañadas al parto con respecto a las que no lo están ( $\chi^2 = 102,225$ ;  $p > 0,000$ ), en concreto aquellas que están acompañadas tienen menos riesgo de que se les practique la episiotomía (Tabla 14), aunque la prueba del tamaño del efecto es baja ( $V = 0,092$ ).

El riesgo relativo de presentar episiotomía en los partos en los que la mujer se encuentra acompañada es de 0,82 frente a no acompañada.

Tabla 14. Tabla de contingencia y prueba de  $\chi^2$  entre el acompañamiento al parto y el uso de la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de registro de datos informático del Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca (Selene).

	No Acompañamiento	Si Acompañamiento	Total
No Episiotomía	1270	<b>4561</b>	5831
Si Episiotomía	<b>1869</b>	4393	6262
Total	3139	8954	12093

$\chi^2 = 102,225$  ( $p=0,0005$ );  $V = 0,092$

Teniendo en cuenta que en la mayoría de partos instrumentados no se permite el acompañamiento al expulsivo, y de estos al 90% se les realiza la episiotomía, es necesario conocer esta relación por separado, diferenciando entre partos eutócicos e instrumentados. Por lo que el análisis estadístico entre el ítem acompañamiento al parto en relación al procedimiento de la episiotomía en partos eutócicos, señala una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de mujeres que están acompañadas al parto con respecto a las que asisten solas al mismo ( $\chi^2 = 56,310$ ;  $p > 0,000$ ), en concreto aquellas que están acompañadas durante el expulsivo tienen más riesgo de que se les practique la episiotomía  $RR = 1,31$  (Tabla 15), aunque la prueba del tamaño del efecto es



baja ( $V = 0,078$ ). Y el análisis estadístico en partos instrumentados no resulta significativo para este ítem.

Tabla 15. Tabla de contingencia y prueba de  $\chi^2$  entre el acompañamiento al parto y el uso de la episiotomía en partos eutócicos. Fuente: Elaboración propia a partir de registro de datos informático del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Selene).

Episiotomía en Partos Eutócicos	No Acompañamiento	Si Acompañamiento	Total
No Episiotomía	1179	4446	5625
Si Episiotomía	523	3032	3555
Total	1702	7478	9180

$\chi^2 = 56,310$  ( $p=0,0005$ );  $V=0,078$

#### 4.2.1.3. Turno de Día o de Noche en Relación a la Episiotomía

Respecto al turno de día o turno de noche, hemos observado una diferencia significativa, durante la noche se registran el 32% de los partos, y durante el día el 68%, en estos, se realiza episiotomía en el 51% de las mujeres y durante la noche en el 45%, comparando ambos grupos, mediante una tabla de contingencia, se observa que durante el turno de noche la tendencia es a no realizar episiotomía (Tabla 16). Un análisis estadístico muestra esta relación significativa ( $\chi^2=38,058$ ,  $p=0,0005$ ), pero un bajo efecto en la relación ( $V=0,049$ ). Por ello, calculamos el riesgo relativo de presentar una episiotomía durante el día frente a la noche, que es de tan solo 1,12.

Tabla 16. Tabla de contingencia que relaciona el tipo de episiotomía con la hora del parto. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Hora del Parto	
	Día	Noche
No Episiotomía	3990	2108
Episiotomía Mediolateral	4108	1726
Episiotomía Media	63	30
Total	8161	3864

$\chi^2 = 38,058$  ( $p = 0,0005$ );  $V = 0,049$

#### 4.2.1.4. Episiotomía en Relación al Tipo de finalización del Parto Vaginal

El procedimiento de la episiotomía durante la etapa de expulsión fetal fue realizado en el 40,8% de los partos eutócicos en 2011 y en el 36,5% en 2012. En los partos instrumentados superaba el 90% en todas las modalidades (Tabla 17).

Tabla 17. Frecuencia de uso de episiotomía en relación al tipo de parto vaginal por año. Fuente: Elaboración propia a partir de registro de datos informático del Hospital Virgen de la Arrixaca (Selene).

Tipo de Parto Vaginal	Episiotomía	2011	2012
<b>Partos Eutócicos</b>			
	No Episiotomía	2748	2877
	Si Episiotomía	1901	1654
Total Partos Eutócicos		4649	4531
<b>Partos Instrumentados</b>			
<b>Espátulas</b>		<b>96</b>	<b>67</b>
	No Episiotomía	1	5
	Si Episiotomía	95	62
<b>Fórceps</b>		<b>205</b>	<b>156</b>
	No Episiotomía	7	2
	Si Episiotomía	198	154
<b>Ventosa</b>		<b>1125</b>	<b>1264</b>
	No Episiotomía	95	96
	Si Episiotomía	1030	1168
Total Partos Instrumentados.		1426	1487

El análisis estadístico de los datos muestra una tendencia a utilizar la episiotomía en partos instrumentados, siendo mayor en la ventosa, mientras que en partos eutócicos, la tendencia es a no episiotomía (Tabla 18). En concreto, la prueba estadística utilizada es estadísticamente significativa ( $X^2 = 2644,06$ ;  $p = 0,0005$ ), y la relación entre las variables la podemos considerar media-alta ( $V = 0,464$ ). Adicionalmente calculamos el riesgo relativo de

presentar una episiotomía en un parto instrumentado es de 1,84 frente a un parto eutócico.

Tabla 18. Tabla de contingencia de episiotomía en relación al modo en que finaliza el parto. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Finalización del Parto				Total
	Eutócico	Ventosa	Espátulas	Fórceps	
No Episiotomía	5625	191	6	9	5831
Episiotomía Mediolateral	3492	2189	157	351	6189
Episiotomía Central	63	9	0	1	73
Total	9180	2389	163	361	12093

$\chi^2 = 2644,061$  ( $p = 0,0005$ );  $V = 0,464$

#### 4.2.1.5. Episiotomía y Desgarro Perineal.

Una de las razones más usadas para realizar la episiotomía a lo largo de la historia ha sido la de prevenir los desgarros perineales. En la tabla 19, se comparan el tipo de episiotomía con los desgarros perineales. Los análisis muestran una relación estadísticamente significativa entre los grados de desgarro y la realización de la episiotomía ( $\chi^2 = 3795,21$ ,  $p = 0,0005$ ) y una relación entre variables alta, considerando el tamaño de la muestra ( $V = 0,553$ ). Se observa una tendencia a desgarro perineal en los partos en los que no se realiza episiotomía, en general, pero analizando el tipo de desgarro por grados, los resultados muestran una tendencia a desgarros de primer y segundo grado en partos sin episiotomía y una tendencia a desgarros perineales de tercer grado en partos con episiotomía.

El cálculo adicional del riesgo relativo de sufrir un desgarro con la episiotomía es de 0,21 en relación a “no episiotomía”.

Tabla 19. Tabla de contingencia tipo de episiotomía y el grado de desgarro perineal. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Grado de Desgarro					Total
	No desgarro	I	II	III	IV	
No Episiotomía	2275	2057	1232	12	1	5577
Episiotomía Mediolateral	5535	206	168	49	5	5963
Episiotomía Central		5	8	1	0	14
Total	7810	2268	1408	62	6	11554

$\chi^2 = 3795,21$  ( $p < 0,00005$ );  $V = 0,553$

## 4.2.1.6. El Uso de Oxitocina y la Episiotomía

La administración de Oxitocina durante el parto, ha sido estudiada por ser un posible factor de confusión a la hora de determinar la necesidad o no de realizar episiotomía.

El análisis de los datos indica una relación estadísticamente significativa a realizar episiotomía en partos en los que se administra oxitocina ( $\chi^2 = 237,527$ ,  $p = 0,0005$ ), aunque esta relación la podemos considerar como baja ( $V = 0,138$ ). El riesgo relativo de presentar episiotomía cuando se administra oxitocina durante el parto es de 1,58 frente a no usar oxitocina (Tabla 20).

Tabla 20. Tabla de contingencia comparando el tipo de episiotomía y el uso de oxitocina durante el parto. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Uso de Oxitocina en el Parto		Total
	Si	No	
No Episiotomía	4756	<b>1075</b>	5831
Episiotomía Mediolateral	<b>5640</b>	549	6189
Episiotomía Central	58	15	73
Total	10459	1639	12093
$\chi^2 = 237,527$ ( $p = 0,0005$ ); $V = 0,138$			

#### 4.2.1.7. El tipo de Analgesia y la Episiotomía

Según los datos descriptivos que se muestran en la tabla 11, el tipo de analgesia, muestra una tendencia a la episiotomía en aquellos partos con analgesia epidural. La prueba estadística utilizada resulta significativa ( $\chi^2=1150,339$ ;  $p= 0,0005$ ), con una relación media entre ambas variables ( $V=0,307$ ). El cálculo del riesgo relativo de presentar episiotomía en mujeres que utilizan la analgesia epidural es de 1,95 frente a aquellas que no utilizan analgesia o se les aplica local (Tabla 21).

Tabla 21. Tipo de analgesia en relación con el tipo de episiotomía.  
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Tipo de Analgesia					Total
	Sin Analgesia	Local	Epidural	Raquídea	General	
No Episiotomía	1143	828	3828	20	12	5831
Episiotomía Mediolateral	93	736	5327	25	8	6189
Episiotomía Central	4	11	56	2	0	73
Total	1240	1575	9211	47	20	12093

$\chi^2 = 1150,339$  ( $p = 0,0005$ );  $V = 0,307$

#### 4.2.1.8. Edad Materna en Relación al Tipo de Episiotomía

La edad materna puede resultar un factor de confusión, el análisis de los datos muestra una tendencia a no realizar episiotomía en mayores de 35 años. La prueba estadística utilizada resulta significativa ( $\chi^2 = 81,870$ ,  $p = 0,0005$ ) pero un bajo efecto en la relación ( $V = 0,085$ ), (Tabla 22). El riesgo relativo de presentar una episiotomía para las mujeres mayores o iguales a 35 años en relación a las menores de esta edad es de 0,85.

Tabla 22. Tabla de contingencia relacionando la edad materna con el uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Edad Materna				Total
	<25	25-34	35-44	45-55	
No Episiotomía	674	3015	<b>2108</b>	<b>34</b>	5831
Episiotomía Mediolateral	<b>859</b>	<b>3512</b>	1803	15	6189
Episiotomía Central	10	36	27	0	73
Total	1543	6563	3938	49	12093

$\chi^2 = 81,870$  ( $p = 0,0005$ );  $V = 0,085$

#### 4.2.1.9. Edad Gestacional en Relación al Uso de la Episiotomía

La edad gestacional ha sido estudiada en relación al uso de la episiotomía y al tipo, agrupando hasta 24 semanas de gestación por constituir el límite de viabilidad fetal, de 24 + 1 hasta 36 + 6 por considerarse fetos prematuros, de 37 a 41 por considerarse fetos a término y posterior a 41 semanas.

El análisis muestra una tendencia a realizar episiotomía en fetos posttérmino, mientras que en el resto la tendencia es a no realizar episiotomía. La prueba estadística utilizada resulta significativa ( $\chi^2 = 52,810$ ,  $p = 0,0005$ ) pero un bajo efecto en la relación ( $V = 0,033$ ). El riesgo relativo de presentar una episiotomía en gestaciones posttérmino (>41 semanas) es de 1,2 en relación a las gestaciones a término (37-41 semanas) (Tabla 23).

Tabla 23. Análisis de edad gestacional en relación a la episiotomía.  
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Edad Gestacional				Total
	Inmaduro	Prematuro	A Término	Posttérmino	
No Episiotomía	39	388	4133	511	5071
Mediolateral	41	308	4023	738	5110
Central	1	3	50	7	61
Total	81	699	8206	1256	10242

$\chi^2 = 52,810$  ( $p = 0,0005$ )  $V = 0,033$



## 4.2.1.10. El Peso del Recién Nacido en Relación a la Episiotomía

En los bebés de bajo peso < 2500, la tendencia es a no realizar episiotomía, mientras que en los bebés con peso normal, entre 2500-4000 gr., la tendencia es a realizar episiotomía mediolateral, así como en los bebés de > 4000gr. (Tabla 24) La prueba estadística utilizada resulta significativa ( $\chi^2 = 84,157$ ,  $p = 0,0005$ ) pero un bajo efecto en la relación ( $V = 0,024$ ). El riesgo relativo de presentar una episiotomía con fetos de < 2500 gr de peso es de 0,8 respecto a un peso mayor.

Tabla 24. Análisis del peso del Recién Nacido y su relación con la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Peso Agrupado			Total
	< 2500	2500-4000	> 4000	
No Episiotomía	1200	4359	261	5820
Episiotomía Mediolateral	893	4944	344	6181
Episiotomía Central	14	53	6	73
Total	2107	9356	611	12074

$\chi^2 = 84,157$  ( $p = 0,0005$ )  $V = 0,024$

#### 4.2.1.11. Tipo de Postura en el Parto en Relación a la Episiotomía

La tendencia es a realizar episiotomía en posición de litotomía. En el resto de posiciones la tendencia es a la no realización de episiotomía (Tabla 25). La prueba estadística utilizada resulta significativa ( $\chi^2 = 236,515$ ,  $p = 0,0005$ ). El riesgo relativo de presentar episiotomía en la posición de litotomía es de 6,4 respecto al resto de posiciones.

Tabla 25. Tabla de contingencia relacionando la postura adoptada por la madre durante la etapa de expulsión fetal y el uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Postura en el Parto	Episiotomía		Total
	No Episiotomía	Si Episiotomía	
Cuadrupedia	8	0	8
Cuclillas	12	1	13
De Pie	13	2	15
Lateral	73	28	101
Supino	712	300	1012
Litotomía	5413	5893	11306
Sentada	69	50	119
Total	6300	6274	12574

$\chi^2 = 236,515$  ( $p = 0,0005$ )

En resumen, las variables clínicas que presentan una asociación significativa en relación a la episiotomía, aumentando la probabilidad de la misma son: el inicio del parto estimulado o inducido (RR= 1,33), el parto instrumentado (RR= 1,84), el uso de oxitocina (RR= 1,58), el uso de analgesia epidural (RR= 1,95), la edad gestacional > 41 semanas de gestación (RR= 1,2) y la postura en el parto en posición de litotomía (RR=6,4). Por otra parte, la edad materna  $\geq 35$  años (RR= 0,85), el peso del RN < 2500gr. (RR= 0,8), se asocian con una menor incidencia de episiotomía. Y el desgarro perineal grado I y II, se produce con más probabilidad en mujeres a las que no se realiza episiotomía (RR= 0,21). En relación a las variables de contexto, el

acompañamiento al parto (RR= 1,31) y el parto en turno de día de los profesionales (RR= 1,12) son las variables que se asocian al uso de la episiotomía.

#### 4.2.2 La Episiotomía y su Relación Trivariada con Distintas Variables Clínicas y Contextuales

Con la finalidad de depurar los posibles sesgos de confusión, se procede al análisis trivariado de la episiotomía con los factores que anteriormente han resultado estadísticamente significativos y con una prueba del tamaño del efecto media-alta (tipo de finalización del parto, uso de analgesia epidural y grado de desgarro perineal), con aquellas variables que puedan constituir un factor de confusión, como son la primiparidad, el uso de epidural y el peso del recién nacido.

##### 4.2.2.1. Tipo de Finalización del Parto en Relación a la Paridad y a la Episiotomía

El análisis de la variable paridad con relación a la finalización del parto y al uso de episiotomía muestra una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 1043,44$ ;  $p < 0,0005$ ) en primíparas y en multíparas ( $\chi^2 = 665,06$ ;  $p < 0,0005$ ); mostrando una tendencia a realizar episiotomía mediolateral en partos instrumentados, con independencia de la paridad, y a no realizar episiotomía en partos eutócicos (Tabla 26).

Tabla 26. Análisis estadístico entre paridad, finalización del parto y uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Primípara		Multípara	
	Eutócico	Instrumentado	Eutócico	Instrumentado
No Episiotomía	1649	93	3976	113
Episiotomía Mediolateral	2445	2349	1046	346
Episiotomía Central	26	9	37	1
	$\chi^2 = 1043,44$ ( $p < 0,0005$ )		$\chi^2 = 665,06$ ( $p < 0,0005$ )	

#### 4.2.2.2. Analgesia Epidural en Relación a la Paridad y a la Episiotomía

El análisis estadístico del uso de analgesia epidural con la paridad y la episiotomía, muestra una relación estadísticamente significativa en primíparas ( $\chi^2 = 51,37$ ,  $p < 0,0005$ ) y en múltiparas ( $\chi^2 = 46,86$ ,  $p < 0,0005$ ) en 2011 y también en 2012 (primíparas  $\chi^2 = 5,57$ ;  $p < 0,0005$  y múltiparas  $\chi^2 = 62,07$ ;  $p < 0,0005$ ). La tendencia en primíparas es a realizar episiotomía en mujeres con epidural y a no realizarla en mujeres sin epidural. Y en múltiparas se observa también esta tendencia (Tabla 27).

Tabla 27. Análisis estadístico comparando las variables uso de analgesia epidural, paridad y tipo de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

2011	Tipo de Episiotomía	Primíparas		Múltiparas	
		Si Epidural	No Epidural	Si Epidural	No Epidural
	No Episiotomía	780	209	1235	776
	Mediolateral	2130	281	565	185
	Central	17	2	20	9
		$\chi^2 = 51,37$ ( $p < 0,0005$ )		$\chi^2 = 46,86$ ( $p < 0,0005$ )	
2012		Primíparas		Múltiparas	
		Si Epidural	No Epidural	Si Epidural	No Epidural
	No Episiotomía	750	209	1309	784
	Mediolateral	2131	232	507	132
	Central	13	1	7	3
		$\chi^2 = 85,57$ ( $p < 0,0005$ )		$\chi^2 = 62,07$ ( $p < 0,0005$ )	

#### 4.2.2.3. Grados de Desgarro Perineal en Relación a la Paridad y al Uso de Episiotomía

El análisis estadístico de las variables grado de desgarro, paridad y tipo de episiotomía, muestra una relación estadística significativa en primíparas ( $\chi^2 = 112,40$ ;  $p < 0,0005$ ) y en multíparas ( $\chi^2 = 187,28$ ;  $p < 0,0005$ ), este análisis muestra una tendencia a producirse desgarros de I grado en primíparas y de II grado en multíparas sin episiotomía, mientras que para ambos grupos, la tendencia es a producirse desgarros de III y IV grado con episiotomía mediolateral (Tabla 28).

Tabla 28. Análisis por grados de desgarro perineal relacionando la paridad y tipo de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Grado de Desgarro	Primíparas				Multíparas			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
No Episiotomía		639	457	8	1	1416	778	4	0
Episiotomía Mediolateral		147	144	39	4	59	24	10	1
		$\chi^2 = 112,40$ ( $p < 0,0005$ )				$\chi^2 = 187,28$ ( $p < 0,0005$ )			

#### 4.2.2.4. Tipo de Finalización del Parto en Relación a la Epidural y a la Episiotomía

El análisis estadístico de las variables tipo de finalización del parto en relación al uso de epidural y a la episiotomía muestra una relación estadísticamente significativa, el tipo de finalización de parto en aquellas mujeres que no utilizan analgesia epidural, muestra una tendencia a no realizar episiotomía en partos eutócicos y a realizarla en los partos instrumentados. La prueba estadística utilizada resulta significativa ( $\chi^2 = 263,664$ ;  $p = 0,000$ ) con un efecto medio en la relación ( $V = 0,306$ ), Y de igual manera ocurre entre aquellas mujeres que utilizan la epidural. La prueba estadística utilizada resulta significativa ( $\chi^2 = 159,256$ ;  $p = 0,000$ ) con un efecto medio en la relación ( $V = 0,461$ ). (Tabla 29).

Tabla 29. Análisis estadístico entre las variables tipo de finalización del parto en relación a la epidural y a la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Uso de Epidural		Fin del Parto				Total
No Epidural	Tipo Episiotomía	Eutócico	Ventosa	Espátulas	Fórceps	
	No Episiotomía	1948	22	1	0	1971
	Si Episiotomía	702	126	5	11	844
Total		2650	148	6	11	2815
$\chi^2 = 263,664$ , $P=0,000$ ; $V=0,306$						
Si Epidural	Tipo episiotomía					
	No Episiotomía	3650	166	4	8	3828
	Si Episiotomía	2836	2055	152	340	5383
Total		6486	2221	156	348	9211
$\chi^2 = 1959,256$ , $P=0,000$ ; $V=0,461$						

#### 4.2.2.5. Grados de Desgarro Perineal en Relación a la Epidural y al Uso de Episiotomía

El análisis estadístico entre las variables epidural, desgarro perineal y uso de episiotomía muestra una relación significativa entre las variables tipo de episiotomía y grado de desgarro ( $\chi^2 = 499,391$ ;  $p = 0,000$ ) con un efecto medio en la relación  $V = 0,430$  entre aquellas mujeres que no presentan la epidural y la misma relación ( $\chi^2 = 3151,795$ ;  $p = 0,000$ ) aunque con un efecto alto en la relación  $V = 0,598$ , para aquellas mujeres que utilizan la analgesia epidural. La tendencia es a no desgarro y a desgarros de tercer grado relacionado con el uso de la episiotomía y a desgarros de primer y segundo grado cuando no se realiza episiotomía (Tabla 30).

Tabla 30. Análisis estadístico entre las variables: grados de desgarro perineal en relación a la epidural y al uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Uso de Epidural	Tipo de Episiotomía	Grado de Desgarro Perineal					Total
		No Desgarro	I	II	III	IV	
No Epidural	No Episiotomía	820	647	417	6	2	1892
	Si Episiotomía	717	49	30	8	1	805
	Total	1537	696	447	14	3	2697
$\chi^2 = 499,391$ , $p = 0,000$ ; $V = 0,430$							
Si Epidural	No Episiotomía	1429	1393	801	8	7	3638
	Si Episiotomía	4842	156	143	41	5	5187
	Total	6271	1549	944	49	12	8825
$\chi^2 = 3151,795$ ; $p = 0,000$ ; $V = 0,598$							

#### 4.2.2.6. Tipo de Finalización del Parto en Relación al Peso del Recién Nacido y a la Episiotomía

El análisis estadístico entre las variables tipo de finalización del parto, peso del recién nacido y episiotomía, resulta estadísticamente significativo para aquellos parto en los que se realiza la episiotomía ( $\chi^2 = 22,224$ ;  $p = 0,000$ ) con un efecto bajo en la relación  $V = 0,065$ ; observándose una tendencia a realizarla en partos eutócicos de Recién Nacidos con peso inferior a 2500 gr. y en partos instrumentados de Recién Nacido con peso superior a 4000 gr. (Tabla 31)

Tabla 31. Análisis estadístico de las variables: Tipo de finalización del parto en relación al peso del Recién Nacido y a la episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía	Finalización del parto	Peso del Recién Nacido			Total
		< 2500	2500 - 4000	> 4000	
No Episiotomía	Eutócico	286	4187	269	4742
	Instrumentado	8	155	8	171
Total		294	4342	277	4913
$\chi^2 = 0,897$ , $p = 0,639$ ; $V = 0,014$					
Si Episiotomía	Eutócico	202	2801	180	3183
	Instrumentado	83	1896	163	2142
Total		285	4697	343	5325
$\chi^2 = 22,244$ , $p = 0,000$ ; $V = 0,065$					



#### 4.2.2.7. Uso de Epidural en Relación al Peso del Recién Nacido y al Uso de Episiotomía

La relación estadística entre las variables uso de epidural, peso del Recién Nacido y uso de episiotomía, es estadísticamente significativa para el uso de analgesia epidural ( $\chi^2=8,321$ ;  $p=0,016$ ), aunque con un efecto bajo en la relación,  $V=0,032$ . La tendencia observada es a realizar episiotomía en Recién Nacidos con peso superior a 4000 gr. en mujeres con epidural (Tabla 32).

Tabla 32. Análisis estadístico de las variables: uso de epidural en relación al peso del Recién Nacido y al uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Uso de Analgesia Epidural		Peso del Niño Agrupado (gr)			Total
		< 2500	2500-4000	>4000	
<b>No Epidural</b>					
Tipo Episiotomía	No	116	1405	106	1627
	Episiotomía				
	Si Episiotomía	47	660	38	745
Total		163	2065	144	2372
$\chi^2 = 2,478$ , $p=0,290$ ; $V=0,032$					
<b>Si Epidural</b>					
Tipo Episiotomía	No	173	2923	172	3268
	Episiotomía				
	Si Episiotomía	242	4300	<b>332</b>	4874
Total		415	7223	504	8142
$\chi^2 = 8,321$ , $p=0,016$ ; $V=0,032$					

#### 4.2.2.8. Grados de Desgarro Perineal en Relación al Peso del Recién Nacido y al Uso de Episiotomía

El análisis estadístico de las variables grado de desgarro perineal, en relación al peso del Recién Nacido y al uso de episiotomía muestra una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2=41,125$ ;  $p=0,000$ ) en el caso de no realizar episiotomía, aunque con un efecto bajo en la relación,  $V=0,094$ . Se observa una tendencia a no desgarrarse para Recién nacidos con peso inferior a 2500, a desgarro de primer grado para peso del niño entre 2500 y 4000 gr. y desgarro de segundo grado para peso mayor a 4000 gr. En el caso de la variable “si episiotomía”, la relación entre las variables no es significativa (Tabla 33).

Tabla 33. Análisis estadístico de las variables: Grado de desgarro perineal, uso de epidural en relación al peso del Recién Nacido y al uso de episiotomía. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Selene.

Tipo de Episiotomía		Peso del Recién Nacido (Gr.)			Total
		< 2500	2500-4000	>4000	
<b>No Episiotomía</b>					
<b>Grado de Desgarro</b>	No Desgarro	<b>161</b>	1631	94	1886
	I	83	<b>1553</b>	101	1737
	II	40	934	<b>75</b>	1049
	III	1	13	0	14
	IV	0	6	1	7
Total		285	4137	271	4693
<b><math>\chi^2 = 41,125</math>, <math>p = 0,000</math>; <math>V = 0,094</math></b>					
<b>Si Episiotomía</b>					
<b>Grado de Desgarro</b>	No Desgarro	273	4445	318	5036
	I	8	166	11	185
	II	8	136	16	160
	III	0	40	4	44
	IV	0	6	0	6
Total		289	4793	349	5431
<b><math>\chi^2 = 7,714</math>, <math>p = 0,462</math>; <math>V = 0,038</math></b>					

### 4.3. Análisis Factorial de los Resultados de la Encuesta

En primer lugar, se procede a realizar un análisis factorial de las respuestas dadas por los profesionales sobre su percepción en relación al procedimiento de la episiotomía. En todos los caso se utilizó un sistema de respuesta tipo Likert con cinco opciones (desde 1 totalmente en desacuerdo hasta 5, totalmente de acuerdo), que comprenden las preguntas 7, 12, 13, 15, 17-20, 24-26. El número total de ítems que componen esta parte es de 11 que sometimos a reducción según el método factorial de análisis de componentes principales, con rotación varimax, el más adecuado para este tipo de encuestas. La matriz factorial rotada muestra cuatro factores principales que explican el 63,2 % de la varianza total. La asignación de los ítems al factor principal se presenta en la tabla 34, donde podemos observar que todos saturan por encima de 0,50.

Tabla 34. Matriz de componentes rotados (ª).

Ítems	Componentes			
	1	2	3	4
Conocimiento anterior suelo pélvico	,510	,148	-,427	-,293
Centro dispone política Positiva política restrictiva	,174	-,028	,272	,701
Seguimiento Estrategia de Atención al Parto Normal	,226	-,146	,817	,081
Papel preventivo	,045	,154	-,382	,738
Formación episiotomía	,082	,812	,048	,075
Formación desgarros	,714	,277	,233	,110
Formación protección	,846	-,046	,002	,033
Necesaria formación	,764	,191	-,118	,248
Curso anatomía	-,670	,045	,009	-,051
Desgarros III y IV grado	-,326	,190	,517	-,222
	-,073	-,819	,124	,007

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser. a La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

Los cuatro factores principales estarían compuestos por:

- Factor 1. Conocimiento y Formación.
  - En ella se incluyen los ítems, conocimiento anterior del suelo pélvico, formación en materia de episiotomía, desgarros y protección perineal y creencia de la necesidad de formación teórica sobre el procedimiento de la episiotomía, que son características del conocimiento y formación recibida por los profesionales y explica el 26,97% de la varianza total.
- Factor 2. Papel preventivo de la episiotomía y experiencia profesional en la práctica clínica.
  - Esta dimensión está definida por los ítems “la episiotomía tiene un papel preventivo en los desgarros perineales de IV grado” y “Según experiencia, se producen más desgarros de III y IV grado con la episiotomía”, explica el 14,16% del total de la varianza.
- Factor 3. Considerar positiva una política de episiotomía selectiva y la necesidad de formación del profesional.
  - Esta dimensión está definida por los ítems “es positiva una política de episiotomía selectiva” y “es de mucha utilidad un curso teórico-práctico sobre la anatomía del suelo pélvico y la reparación de sus lesiones” que es característica de la opinión del profesional. Explica el 11,72% de la varianza.
- Factor 4. Disposición del centro de una política de episiotomía selectiva y seguimiento de la EAPN
  - Incluye el conocimiento sobre la existencia de una política de episiotomía selectiva por el centro y el seguimiento por parte de los profesionales de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio. Explica el 10,35% de la varianza total.

Estas cuatro dimensiones recogen los principales factores que vamos a analizar con los datos sociodemográficos (tipo de profesional, experiencia profesional, edad, género, y año de formación) y los ítems relacionados con la práctica clínica del procedimiento (músculos que se seccionan, tipo de

episiotomía, técnica empleada para la sutura, ángulo y longitud de corte). Para el resto de ítems (Criterios de uso de la episiotomía, conocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal, búsqueda de información por parte del profesional, comodidad en la sutura y opinión del profesional sobre la episiotomía selectiva) se realizará un análisis descriptivo.

#### **4.4. Análisis de los Datos Sociodemográficos y de Práctica Clínica en Relación a la Percepción de los Profesionales sobre la Episiotomía.**

##### **4.4.1. Datos Sociodemográficos**

Seguidamente pasamos a describir el análisis estadístico de los datos sociodemográficos (tipo de profesional, experiencia profesional, edad, género, y año de formación) de los participantes en el estudio en relación a los cuatro factores enumerados anteriormente.

###### **4.4.1.1. Tipo de Profesional**

El tipo de profesional que participan en esta encuesta son: matrona, obstetra, EIR y MIR. Realizamos un ANOVA con la F de Snedecor de comparación entre medias, y los resultados son los siguientes.

El factor 1 (conocimiento y formación) en relación al tipo de profesional presenta una asociación estadísticamente significativa entre los cuatro grupos ( $F= 3,913$   $p=0,011$ ). Un análisis post hoc, utilizando los estadísticos de DMS (Diferencias Mínimas Significativas) y Bonferroni, revela que las diferencias significativas utilizando el DMS se producen entre matronas ( $\bar{x}= 15,67$ ;  $DT = 4,31$ ) y EIR ( $\bar{x} = 13,53$ ;  $DT = 4,52$ ) ( $p = 0,048$ ), y entre matronas y MIR ( $\bar{x} = 12,14$ ;  $DT = 4,14$ ) ( $p = 0,046$ ). Igualmente, existen diferencias entre los obstetras ( $\bar{x} = 16,77$ ;  $DT = 3,43$ ) y los dos colectivos de residentes, EIR ( $p = 0,007$ ) y MIR ( $p = 0,011$ ). Con el estadístico de Bonferroni, la diferencia más destacada es la que se produce entre obstetras y EIR ( $p = 0,042$ ). Evidentemente, el conocimiento y la formación que ya se tiene de los profesionales, respecto a los residentes, es percibida como suficiente en

relación al suelo pélvico, a la episiotomía, a la reparación de desgarros y a la protección perineal.

El factor 2 (papel preventivo de la episiotomía y experiencia profesional en la práctica clínica) en relación al tipo de profesional, presenta una asociación estadísticamente significativa entre los grupos ( $F = 5,645$ ;  $p = 0,001$ ). Un análisis post hoc, revela que las diferencias significativas utilizando el DMS se producen entre matrona ( $\bar{x} = 6,45$ ;  $DT = 2,03$ ) y EIR ( $\bar{x} = 5,32$ ;  $DT = 2,4$ ) ( $p = 0,037$ ). Igualmente existen diferencias entre los obstetras ( $\bar{x} = 7,5$ ;  $DT = 1,5$ ) y EIR ( $p = 0,000$ ). Y estas diferencias también se establecen entre los MIR ( $\bar{x} = 7,6$ ;  $DT = 2,4$ ) y los EIR ( $p = 0,007$ ). Con el estadístico Bonferroni la diferencia más destacada se produce entre los obstetras y EIR ( $p = 0,002$ ) y los MIR y EIR ( $p = 0,042$ ). Los EIR son los profesionales que menos consideran que la episiotomía tenga un papel preventivo sobre los desgarros perineales y según su experiencia, el resto de profesionales tienden a no considerar que se produzcan más desgarros de III y IV grado con la episiotomía, especialmente entre el colectivo médico.

El factor 3 (considerar positiva una política de episiotomía selectiva y la necesidad de formación del profesional) en relación al tipo de profesional, presenta una asociación estadísticamente significativa entre los grupos ( $F = 10,37$ ;  $p = 0,000$ ). Un análisis post hoc revela que las diferencias significativas utilizando el DMS se producen entre matrona ( $\bar{x} = 9$ ;  $DT = 1,14$ ) y obstetra ( $\bar{x} = 8$ ;  $DT = 1,4$ ) ( $p = 0,002$ ). De igual forma se establecen diferencias entre matrona y EIR ( $\bar{x} = 9,6$ ;  $DT = 0,6$ ) ( $p = 0,023$ ). Además entre obstetra y EIR ( $p = 0,0005$ ) y entre MIR ( $\bar{x} = 8,2$ ;  $DT = 1,2$ ) y EIR ( $p = 0,002$ ). Con el estadístico Bonferroni, la diferencia se produce entre matrona y obstetra ( $p = 0,010$ ), entre obstetra y EIR ( $p = 0,000$ ) y entre MIR y EIR ( $p = 0,013$ ). Aunque la mayoría de profesionales están de acuerdo con una política de episiotomía selectiva y con la necesidad de formación, los EIR son el colectivo que más de acuerdo está con respecto a los demás. Mientras que los obstetras son el que más está en desacuerdo con esta afirmación.

#### 4.4.1.2. Edad y Experiencia Profesional

Para ello, realizamos un análisis de correlación de Pearson, donde destaca el factor 3 (política de episiotomía y la necesidad de formación) que muestra una relación estadísticamente significativa con la edad ( $r = -0,330$ ;  $p = 0,001$ ) y en experiencia profesional ( $r = -0,279$ ,  $p = 0,006$ ) con el ítem experiencia profesional. En general, refleja el modo en que una política hospitalaria sobre episiotomía selectiva o una mayor formación en anatomía del suelo pélvico y la reparación de sus lesiones es considerada como más necesaria por los profesionales de menor edad y experiencia profesional.

#### 4.4.1.3. Género

Para la comparación de este elemento con los cuatro factores seleccionados, realizamos la prueba correspondiente de comparación entre medias y nos muestra una diferencia significativa en el factor 1- conocimiento y experiencia- ( $F = 4,30$ ,  $p = 0,061$ ), estas diferencias se producen entre hombres ( $\bar{X} = 17,27$ ;  $DT = 2,68$ ) y mujeres ( $\bar{X} = 14,63$ ;  $DT = 4,48$ ); y el factor 2 - papel preventivo de la episiotomía y experiencia profesional en la práctica clínica- ( $F = 4,77$ ,  $p = 0,04$ ), siendo la media para hombre  $\bar{X} = 7,66$ ;  $DT = 1,55$  y para mujer  $\bar{X} = 6,23$ ;  $DT = 2,29$ . En cualquier caso, esta diferencia, las mujeres obtienen puntuaciones inferiores que los hombres, en estas materias. Posiblemente, el rol masculino puede entender como más suficiente tanto su formación como sus conocimientos en esta materia.

#### 4.4.1.4. Año de Formación

La agrupación de los años de formación se realizó siguiendo como criterio, los cambios de planes de estudio de Matrona. Y, se establecieron cinco grupos, descritos anteriormente en el apartado de metodología que recordamos eran: a) anterior a 1986, b) desde 1987 hasta 1994, c) desde el año 1995 hasta 2005, d) desde 2006 hasta 2008 y e) después del año 2009 hasta la actualidad.

Para la comparación de estos grupos se utiliza el estadístico F de Snedecor y las pruebas posthoc DMS y Bonferroni. El único factor que es estadísticamente significativo es el 3 – políticas de episiotomía y necesidad de formación- ( $F = 2,73$ ,  $p = 0,034$ ). En concreto para los grupos de quienes se formaron entre 1987-1994 ( $\bar{x} = 8$ ;  $DT = 1,66$ ) y entre 2009-actualidad ( $\bar{x} = 9,27$ ;  $DT = 1,02$ ), ( $p = 0,006$ ), según la prueba DMS y de ( $p = 0,05$ ) para la propuesta de Bonferroni. Lo que muestra una mayor creencia en el papel de la formación y de las políticas sobre la episiotomía en el grupo de profesionales que se están formando en el plan actual.

#### 4.4.2. Práctica del Procedimiento

Seguidamente pasamos a detallar el análisis estadístico de los ítems relacionados con la práctica clínica del procedimiento (tamaño o longitud de la episiotomía, ángulo de corte, técnica empleada para la sutura, tipo de episiotomía y músculos que se seccionan) con los cuatro factores principales del estudio.

##### 4.4.2.1 Tamaño o Longitud de la Episiotomía

El factor 3 (política de episiotomía selectiva y la necesidad de formación del profesional) en relación al tamaño o longitud de la episiotomía, presenta una asociación estadísticamente significativa entre los grupos ( $F = 3,172$   $p = 0,047$ ). Un análisis post hoc revela que las diferencias significativas utilizando el DMS se producen entre los que la realizan de tamaño 1-2 cm ( $\bar{x} = 9,5$ ;  $DT = 1,05$ ) y  $> 2-3$  cm ( $\bar{x} = 8,8$ ;  $DT = 1,32$ ) ( $p = 0,034$ ). Y también entre 1-2 cm y  $> 3-4$  cm ( $\bar{x} = 8,8$ ;  $DT = 1,1$ ) ( $p = 0,022$ ). El procedimiento de la episiotomía se realiza de menor tamaño entre aquellos profesionales que consideran positiva una política de episiotomía selectiva y valoran positivamente la necesidad de formación del profesional sobre la anatomía del suelo pélvico y la reparación de sus lesiones.



## 4.4.2.2. Ángulo de corte de la episiotomía

El factor 1 (conocimiento y formación) en relación al ángulo de realización del procedimiento de la episiotomía, presenta una asociación estadísticamente significativa entre los grupos ( $F = 2,87$ ;  $p = 0,041$ ). Un análisis post hoc señala que las diferencias significativas utilizando el DMS se producen entre los que la realizan con un ángulo de corte de  $45^\circ$  ( $\bar{X} = 14,1$ ;  $DT = 4,3$ ) y lateral ( $90^\circ$ ) ( $\bar{X} = 17,5$ ;  $DT = 3,5$ ) ( $p = 0,027$ ). De igual forma existen diferencias entre los profesionales que la realizan con un ángulo de  $80^\circ$  ( $\bar{X} = 13,1$ ;  $DT = 5,6$ ) y de  $90^\circ$  ( $p = 0,023$ ). Aquellos profesionales que realizan un ángulo de corte mayor, son los que perciben su formación y conocimiento como más suficiente.

El factor 2 (papel preventivo de la episiotomía y experiencia profesional en la práctica clínica) en relación al ángulo de realización del procedimiento de la episiotomía, presenta una asociación estadísticamente significativa entre los grupos ( $F = 3,68$ ;  $p = 0,015$ ). Un análisis post hoc revela que las diferencias significativas utilizando el DMS se producen entre los que utilizan un ángulo de  $45^\circ$  ( $\bar{X} = 5,6$ ;  $DT = 1,9$ ) y  $60^\circ$  ( $\bar{X} = 6,8$ ;  $DT = 2,6$ ) ( $p = 0,018$ ). De igual forma se produce entre  $45^\circ$  y  $80^\circ$  ( $\bar{X} = 7,5$ ;  $DT = 1,8$ ) ( $p = 0,011$ ). Asimismo entre  $45^\circ$  y  $90^\circ$  ( $\bar{X} = 7,20$ ;  $DT = 1,9$ ) ( $p = 0,043$ ). Los profesionales que valoran la episiotomía como preventiva de desgarros de IV grado y según su experiencia no creen que se produzcan más desgarros debido a la misma, son los que utilizan ángulos de corte mayores de  $45^\circ$ .

Para profundizar más en el tema, realizamos un análisis estadístico mediante el chi-cuadrado entre el tipo de profesional y el ángulo empleado en el corte. El análisis muestra una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 19,024$ ;  $p = 0,025$ ), observando que los obstetras son los que menos utilizan el ángulo de  $45^\circ$  y la tendencia para ángulos de  $80^\circ$  es realizada mayoritariamente por los Médicos Internos Residentes.

#### 4.4.2.3. Técnica de Sutura

El factor 2 (Papel preventivo de la episiotomía y experiencia profesional en la práctica clínica) en relación a la técnica de sutura, presenta una asociación estadísticamente significativa entre los grupos ( $F = 2,94$ ;  $p = 0,05$ ). Un análisis post hoc revela que las diferencias significativas utilizando el DMS se producen entre los que utilizan ambas técnicas indistintamente ( $\bar{X} = 4,20$ ;  $DT = 1,4$ ) y los que realizan una sutura discontinua ( $\bar{X} = 6,6$ ;  $DT = 2,3$ ) ( $p = 0,019$ ). Asimismo, entre los que utilizan ambas técnica y los que realizan sutura continua ( $\bar{X} = 6,28$ ;  $DT = 2$ ) ( $p = 0,05$ ). La técnica de sutura continua y discontinua es utilizada indistintamente por los profesionales que no perciben la episiotomía como preventiva de desgarros y que según su experiencia se producen más debido a la misma.

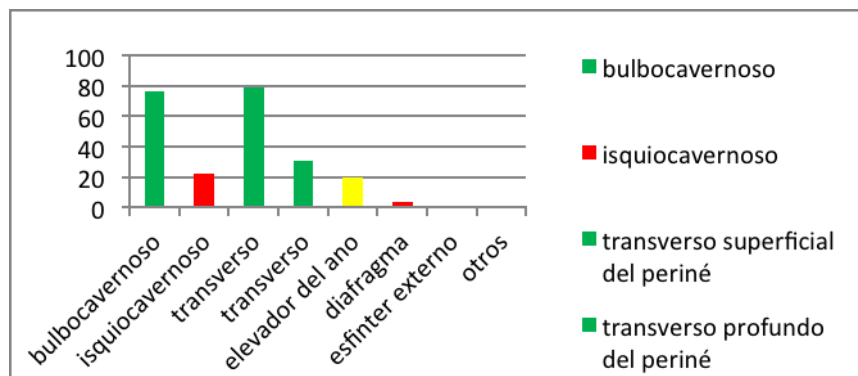
#### 4.4.2.4. Tipo de Episiotomía

Este ítem no muestra diferencias significativas entre los grupos, porque, la práctica totalidad de los profesionales utilizan ( $98 \pm 2\%$ ) la episiotomía mediolateral.

#### 4.4.2.5. Músculos que se Seccionan con la Episiotomía

La intención con la que se incluyó este ítem en el cuestionario fue la de analizar qué músculos se seccionan en este tipo de intervención, introduciendo algunos que, anatómicamente, no correspondían. Este ítem no presenta asociación estadísticamente significativa con los factores principales. El 46,7% de los profesionales han respondido de forma correcta a esta cuestión con un margen de error del 10%, al  $20 \pm 7\%$  les faltó por mencionar algún músculo aunque los que respondieron eran correctos, mientras que  $23,2 \pm 7\%$  incluyó algún músculo que no se secciona durante el procedimiento de episiotomía. El intervalo de confianza es del 95%, (Figura15).

Figura 15. Músculos que se seccionan al realizar la episiotomía. Fuente elaboración propia a partir de los resultados de las encuestas a profesionales.



Entre los profesionales que han respondido correctamente, se establece una asociación estadísticamente significativa con aquellos que conocen la Estrategia de Atención al Parto Normal ( $\chi^2 = 19,95$ ;  $p = 0,001$ ), con los que han ampliado sus conocimientos en materia de episiotomía ( $\chi^2 = 12,931$ ;  $p = 0,012$ ), en materia de desgarros ( $\chi^2 = 55,321$ ;  $p = 0,000$ ) y los que realizan una técnica de sutura discontinua ( $\chi^2 = 16,327$ ;  $p = 0,038$ ).

#### 4.5. Análisis Descriptivo de los otros Ítems no Incluidos en el Análisis Factorial

Se procede al análisis descriptivo de los siguientes ítems: criterios de uso de la episiotomía, conocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal, búsqueda de información por parte del profesional, comodidad en la sutura y opinión del profesional sobre la episiotomía selectiva.

##### 4.5.1. Criterios de Uso de la Episiotomía

Con este ítem pretendemos conocer los criterios que los profesionales utilizan en su práctica habitual para la realización de la episiotomía, para ello se utilizó un sistema de respuesta múltiple, donde los encuestados podrían desde uno hasta 11 seleccionar los que considerasen. Estos criterios fueron recogidos de la información bibliográfica previa al estudio de campo. Entre ellos, los profesionales señalaron (por frecuencia) los siguientes:

1. Rigidez perineal (74)

2. Inminencia de rotura perineal (65)
3. Acortamiento del tiempo de expulsivo (46)
4. Bradicardia fetal manifiesta (46)
5. Feto macrosómico (34)
6. Prematuridad (26)
7. Monitor no satisfactorio (23)
8. Periné corto (23)
9. Presentación fetal anómala (14)
10. Primiparidad (12)
11. Instrumentación (7)
12. Episiotomía anterior (4)

Por profesionales, entre las matronas los criterios más citados fueron rigidez ( $64,7 \pm 9\%$ ), bradicardia fetal ( $64,7 \pm 9\%$ ) e inminencia de rotura ( $31,7 \pm 9\%$ ); entre los obstetras: rigidez ( $86,3 \pm 7\%$ ), feto macrosómico ( $54,5 \pm 9\%$ ) y acortamiento del expulsivo ( $50 \pm 9\%$ ), aquí señalar que estos profesionales en “otros” incluyeron el de instrumentación ( $31,8 \pm 9\%$ ); entre los EIR: rigidez ( $80,6 \pm 5\%$ ), inminencia de rotura ( $64,5 \pm 9\%$ ) y bradicardia fetal ( $54,8 \pm 9\%$ ); y entre los MIR: rigidez ( $62,5 \pm 9\%$ ), prematuridad ( $37,5 \pm 9\%$ ) e inminencia de rotura ( $37,5 \pm 9\%$ ).

#### **4.5.2. Conocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal**

El conocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (2008) publicada por el Ministerio de Sanidad, es valorado en la pregunta 14 del cuestionario, donde se cuestiona si conoce dicha estrategia, con tres opciones de respuesta (sí, no y ns/nc). El  $93,8 \pm 4\%$  de los profesionales refiere conocerla, aunque si la comparamos con el ítem siguiente, donde se pedía su opinión sobre si se seguían profesionalmente sus recomendaciones, tan solo el  $35 \pm 9\%$  opina que sí, frente al  $40,6 \pm 8\%$  que cree que no se siguen, el resto se mostró “indiferente”. Profundizando en este particular, realizamos un análisis de correlación de Pearson entre el seguimiento de la estrategia (ítem 15) y el Factor 1 -conocimiento y formación en materia de episiotomía-, que muestra una relación estadísticamente

significativa ( $r = 0,225$ ;  $p = 0,037$ ). En general refleja como los profesionales que consideran su formación y conocimiento adecuados, perciben un mayor seguimiento de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal.

#### **4.5.3. Búsqueda de Información**

La necesidad de ampliar la información recibida durante su formación en materia de episiotomía y desgarros perineales y el medio utilizado para documentarse por los profesionales, es valorado en las preguntas 22a, 22b y 23, en la primera de ellas se preguntaba “si ha tenido que ampliar la información recibida durante su formación en materia de episiotomía” (22a) “...y desgarros perineales” (22b) con tres opciones de respuesta (sí, no y ns/nc), el  $59,7 \pm 9\%$  de los profesionales contesta que ha ampliado la información recibida durante su formación en materia de episiotomía y el  $68 \pm 9\%$  en materia de desgarros perineales. Sobre el medio en cómo lo han realizado, la pregunta 23 hacía referencia a ello, con cinco opciones de respuesta múltiple (libros, internet, artículos, cursos, ninguno), el medio más utilizado para documentarse han sido los libros ( $59,7 \pm 9\%$ ), seguido de Internet ( $43,2 \pm 9\%$ ), artículos ( $42,2 \pm 9\%$ ) y cursos ( $37 \pm 9\%$ ).

#### **4.5.4. Comodidad del Profesional para Suturar**

La pregunta 21 del cuestionario valora el ítem “en el caso de tener que suturar una lesión perineal ¿Con qué situación se siente más cómodo/a?”, el sistema de respuesta era de tres opciones (desgarros -II grado-, episiotomía o indistintamente). El  $44 \pm 9\%$  de los profesionales, se siente más cómodo a la hora de suturar una episiotomía frente al  $13 \pm 6\%$  que prefieren suturar un desgarro, y un  $43 \pm 9\%$  indistintamente.

El factor 2 (papel preventivo de la episiotomía y experiencia profesional en la práctica clínica) en relación a la comodidad del profesional con la sutura de una episiotomía, de un desgarro o indistintamente, presenta una asociación estadísticamente significativa entre los grupos ( $F = 7,39$ ;  $p = 0,001$ ). Un análisis post hoc revela que las diferencias significativas utilizando el DMS se producen

entre los que se sienten más cómodos al suturar un desgarro ( $\bar{x} = 5,53$ ; DT = 2,6) y una episiotomía ( $\bar{x} = 7,36$ ; DT = 1,9) ( $p = 0,008$ ). También presentan diferencias significativas entre suturar una episiotomía y suturar indistintamente ( $\bar{x} = 5,7$ ; DT = 2,1) ( $p = 0,001$ ). Con el estadístico Bonferroni, la diferencia se produce también entre desgarro y episiotomía con ( $p = 0,024$ ) y entre episiotomía e indistintamente con ( $p = 0,002$ ). Los profesionales que se sienten más cómodos al suturar la episiotomía, la valoran como preventiva de desgarros de III y IV grado.

#### 4.5.5. Opinión del Profesional Sanitario

El ítem 27 recogía la siguiente pregunta: “En su práctica clínica cómo se muestra respecto a la episiotomía selectiva”, con dos opciones de respuesta (a favor o en contra) el  $82,4 \pm 7\%$  de los profesionales encuestados se posiciona favorablemente.

Para la comparación de este elemento con los cuatro factores seleccionados, realizamos la prueba T de Student y nos muestra una diferencia significativa en el factor 3 (considerar positiva una política de episiotomía selectiva y la necesidad de formación del profesional) ( $t = 5,42$ ;  $p = 0,000$ ). Los profesionales que están a favor de la episiotomía selectiva, se muestran más en desacuerdo con que esta tenga un papel preventivo en los desgarros de IV grado y según su experiencia profesional, se muestran más de acuerdo con que se producen más desgarros de III y IV grado con la episiotomía. Lo que confirma la coherencia en las respuestas del cuestionario.

Respecto al tipo de profesional, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los profesionales que se muestran a favor y en contra de la episiotomía selectiva ( $\chi^2 = 13,592$ ;  $p = 0,004$ ), en concreto los obstetras son los profesionales que presentan una tendencia a estar más en contra (Tabla 35).

Tabla 35. Opinión del profesional que asiste al parto respecto a la episiotomía selectiva. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta a profesionales.

Profesional	Opinión		Total
	A Favor	En Contra	
Matrona	29	3	32
Obstetra	13	8	21
Enfermero Interno Residente	30	1	31
Médico Interno Residente	7	1	8
Total	79	13	92
$\chi^2 = 13,592$ (p = 0,004)			

## CAPÍTULO 5: Discusión

Los resultados muestran cifras en torno al 50% de episiotomías, existiendo un leve descenso durante el año 2012 con respecto al anterior, que puede estar relacionado con una disminución del número de primíparas y un aumento de multíparas; aun así, esta cifra está por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de no sobrepasar un 10% de episiotomías (Organización Mundial de la Salud, 1996) o las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal que las sitúan por debajo del 15%. Así mismo, el 98% de las episiotomías realizadas son de tipo mediolateral, tal como recomienda el documento elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Seguidamente, siguiendo el mismo orden que en el apartado de resultados, expondremos nuestra interpretación de los mismos.



### **5.1. Abordaje de Prácticas Clínicas Basadas en el Mejor Conocimiento Disponible**

Nuestros resultados coinciden con las recomendaciones del Ministerio en los siguientes puntos: evitar el rasurado perineal, evitar la administración rutinaria de enemas, permitir el acompañamiento al parto, utilización del partograma, predominio de ventosa en los partos instrumentales, porcentaje de partos vaginales tras cesáreas previas y porcentaje de uso de analgesia epidural.

Sin embargo, encontramos resultados que son susceptibles de mejora en los siguientes casos tales como los relativos a la deambulación libre de la parturienta durante la etapa de dilatación, así como permitir la ingesta de líquidos y alimentos livianos, realizar auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, ofrecer terapias alternativas a la epidural para el manejo del dolor durante el parto; también, se deberá de mejorar en cuanto a la realización de hidratación intravenosa de forma sistemática a todas las gestantes en trabajo de parto normal, la amniotomía precoz de rutina, la posición de litotomía durante el periodo expulsivo, la realización de partos instrumentales salvo por indicación patológica, la tasa de cesáreas y la promoción de una política de episiotomía selectiva y no sistemática.

Ante estos resultados, cabe preguntarse el porqué del incumplimiento de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal.

En lo relativo a *permitir la libre deambulación de la parturienta*, el incumplimiento de esta recomendación en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, se explica por la falta de recursos estructurales del hospital, sobre todo, de espacio. También por el uso de la analgesia epidural que produce un bloqueo motor en la mujer que le impide deambular. La Estrategia recomienda que se facilite que la gestante pueda deambular libremente de acuerdo con sus necesidades y preferencias, y que adopte la posición que encuentre más cómoda. Algunos estudios concluyen que permitirles moverse durante el trabajo de parto puede incrementar la sensación de autocontrol sobre el proceso (Enkin, Keirse, Neilson, Crowther, Duley,

Hodnett et al, 2001; Lewis, Webster, Carter, Mc Veigh y Devenish-Meares, 2002).

En lo referente a *permitir la ingesta de líquidos azucarados y/o alimentos livianos a la mujer durante el parto*, una cifra del 30% de las parturientas, se explica por el uso de la analgesia epidural, que se realiza en más del 75% de las parturientas, ya que al no existir un protocolo de actuación a este respecto, queda a decisión del médico anestesista, que es quien determina si la mujer puede tomar o no líquidos y/o alimentos livianos.

Por otra parte, *la monitorización cardíaca fetal electrónica continua* se realiza al 99% de las mujeres en trabajo de parto, estas cifras se alejan de las recomendaciones de la Estrategia que incluyen realizar control de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto mediante la auscultación intermitente de los latidos y únicamente realizar la monitorización cardíaca electrónica continua en embarazadas con riesgo elevado o con progreso anormal del trabajo de parto. Estos resultados se defienden por la necesidad de la presencia permanente de una matrona que ofrezca un cuidado continuado a la mujer durante el trabajo de parto para poder efectuar la monitorización intermitente (Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada, 1995; Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, 2001; Generalitat de Catalunya, 2003 y SEGO, 2007). Actualmente, en el hospital de estudio, una matrona se ocupa, como mínimo, de dos mujeres, por lo que no sería posible realizar este tipo de monitorización con los recursos humanos disponibles.

En relación al *uso de la analgesia epidural*, nuestros resultados indican que el 75% de las mujeres la eligen como método de alivio del dolor durante el parto, esta cifra se puede equiparar a la media española, que se sitúa en más del 80% de los partos. Este parece ser el método más eficaz para el alivio del dolor durante el parto aunque se sabe que aumenta el riesgo de partos instrumentales, con las consecuencias negativas sobre el suelo pélvico que tienen estos (Anim-Somuah, Smyth y Howell, 2005). La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia la señala como técnica de elección, pero recomienda la menor dosis posible que permita el control del dolor con el mínimo bloqueo

motor, permitiendo así que la parturienta pueda deambular o adoptar la postura que le resulte más cómoda. Sin embargo en este hospital, se utiliza una dosis estándar para todas las parturientas por lo que no se consigue minimizar el bloqueo motor, este hecho hace que no sea posible la deambulaci3n de la parturienta, obligándola a permanecer en posici3n tumbada o sentada.

Respecto a la *rotura de la bolsa de las aguas*, los resultados muestran un 50% de rotura artificial, aunque a priori, parece una cifra elevada, se requiere profundizar más en su estudio para valorar la frecuencia de este procedimiento como rutinaria ya que sería necesario determinar la existencia de un progreso anormal del trabajo de parto según el partograma para justificar su uso tal como recomienda la Estrategia.

En relaci3n a la *posici3n de litotomía*, durante la etapa de expulsión fetal, es la postura más habitual en nuestros resultados (90%), ésta se justifica por ser la que mejor permite la visi3n y actuaci3n del profesional que asiste el parto sobre el periné. La Organizaci3n Mundial de la Salud en 1985 afirmaba que “no recomienda colocar a la embarazada en la posici3n de litotomía durante la dilataci3n y el expulsivo” (Organizaci3n Mundial de la Salud, 1985). Otros estudios han catalogado esta posici3n como perjudicial y lesiva, sugiriendo que las mujeres deberían ser estimuladas para adoptar la posici3n en la que ellas se sintieran más cómodas (Enkin et al, 2000; Gupta y Hofmeyr, 2008). El Ministerio recomienda que el porcentaje de mujeres que utilicen esta posici3n no supere el 30%. La posici3n tumbada (supina, lateral y de litotomía) también está relacionada con el uso de analgesia epidural, ya que esta práctica no permite a la mujer elegir posiciones verticales que impliquen sostenerse sobre sus miembros inferiores, puesto que se pierde la sensibilidad en los mismos por bloqueo motor.

En alusi3n a los *partos instrumentales*, nuestros resultados se encuentran por debajo del 25% del total de partos vaginales, siendo el uso de vacuum extractor (ventosa) el más utilizado. Las cifras recomendadas en la Estrategia aconsejan que sean inferiores al 15%, recomendando evitar realizar partos instrumentales salvo indicaci3n por patología, dada la existencia de posibles lesiones inmediatas y secuelas tardías derivadas de la aplicaci3n de

fórceps, ventosas y espátulas. Su uso aumenta el tamaño y la frecuencia de realización de episiotomía, reduce las tasas de duración de lactancia materna por mayor frecuencia de separación madre – recién nacido, produce estrés del recién nacido tras un parto complicado, así como incomodidad materna por cicatrices o dolor. En vista del hecho de que existe una reducción en la probabilidad de morbilidad materna con ventosa extractora comparada con el uso de fórceps, y en presencia de profesionales sanitarios con buena experiencia en el uso de ventosa, este método es recomendado como primera opción cuando esté indicado un parto instrumentado. Se deberán desarrollar programas de entrenamiento en el uso de ventosa extractora en aquellos lugares en que no exista experiencia adecuada (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Por otro lado, *la tasa de cesáreas* en el hospital objeto de estudio se ha mantenido constante a lo largo de los dos años estudiados 2011-2012 (1.491 cesáreas, en 2011 que constituye el 19,7% y 1.490, en 2012 que supone el 19,8% de los partos), a pesar de que ha habido una disminución en el número total de partos, por lo que se deduce que ésta ha sido a expensas de una disminución en la tasa de partos vaginales. La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbimortalidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido. A pesar de ello y de las recomendaciones de la OMS, en España la tasa de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable. La Estrategia recomienda la implementación de programas para la reducción de las tasas de cesáreas, que incluyan estrategias multifacéticas basadas en evidencias científicas, con evaluación de costos de dicha implementación, y que involucren a profesionales en el análisis de barreras para el cambio y evaluación de resultados. La Organización Mundial de la Salud, en la declaración de Fortaleza, 1985, no justifica que ningún país tenga más de un 10-15% de cesáreas, ya que algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas (OMS, 1985).

El porcentaje de *partos vaginales tras cesárea previa*, es otro indicador aconsejado en la Estrategia, así pues, nuestros resultados muestran que del

total de partos estudiados, 742 mujeres gestantes presentaban una o más cesáreas anteriores, de las cuales, el 62,2% finalizó su proceso de parto de una forma eutócica y con un 48,6% de episiotomías. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia establece como valor adecuado o «indicador de calidad asistencial» una tasa superior al 40% de partos vaginales en mujeres con cesárea previa (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2007). La Estrategia recomienda que la cifra de parto vaginal tras cesárea se encuentre entre 60-80%. Es necesario resaltar que el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca es el hospital de referencia de la Región de Murcia y como ya se describió en el apartado de contexto (capítulo 6 de la parte teórica), debido a sus características tecnológicas, recibe gestantes de alto riesgo obstétrico de otras áreas sanitarias, lo que explicaría en gran medida la instrumentalización y el índice de cesáreas, siendo necesario un estudio en profundidad para evaluar estos indicadores, teniendo en cuenta el riesgo de la gestación.

En lo concerniente a la promoción de una política de episiotomía selectiva, no tenemos constancia de que en el hospital de estudio se esté llevando a cabo. Esto explicaría la leve reducción en las tasas de episiotomía que se está produciendo ya que se realiza a criterio del profesional que asiste el parto sin un respaldo institucional. En el Hospital de Baza, se llevó a cabo un estudio tras la implantación de una política de episiotomía selectiva en el que se modificaron los criterios de realización de la misma, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que incluyen: parto vaginal complicado (parto de nalgas, sospecha de posible distocia de hombro), parto instrumental, cicatrices de mutilación genital femenina o desgarros de tercer o cuarto grado mal cicatrizados y riesgo de pérdida de bienestar fetal. Las tasas de episiotomía descendieron de forma notable, pasando del 70% inicial hasta niveles inferiores al 16% al final del periodo de estudio (Molina-Reyes, Ortiz-Albarín, Huete-Morales y Strivens-Vílchez, 2009).

Asimismo, dado que algunas de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal sí se han llevado a cabo, cabe preguntarse también, por qué se ha producido el cambio en esos casos.

Una de las posibles razones, es porque son modificaciones que dependen directamente de la matrona, que es el profesional cualificado para la asistencia al parto normal, tales como el rasurado perineal, la administración rutinaria de enemas, permitir el acompañamiento al parto y la utilización del partograma, son procedimientos que no dependen de otro profesional por ser competencias de la matrona. Otros como el predominio de ventosa en los partos instrumentales y el aumento del porcentaje de partos vaginales tras cesáreas previas, dependen en mayor medida del profesional médico y también se están llevando a cabo, el primer caso porque es más fácil de utilizar y menos lesivo para el feto y la madre y el segundo por la existencia de una política de reducción de cesáreas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El elevado porcentaje de analgesia epidural, indicaría la existencia de recursos humanos adecuados para su realización, así como la disminución de los criterios clínicos a la hora de administrarla.

## **5.2. Análisis de la Episiotomía y su Relación con Distintas Variables Clínicas y Contextuales**

Continuando con el análisis de la episiotomía y su relación con las distintas variables clínicas y contextuales, el estudio de los factores relacionados con el uso de ésta, nos ha permitido conocer los factores de riesgo asociados a esta práctica. En relación a las variables clínicas, a continuación interpretaremos los resultados.

Nuestros resultados señalan que *la primiparidad* es uno de los principales factores de riesgo asociados a la episiotomía. Estos coinciden con numerosos autores (Hueston, 1996; Molina, Ortiz, Huete y Strivens, 2009; Raisanen et al., 2010). Tal es así que esta variable ha sido considerada una variable de confusión por lo que en los ensayos clínicos que se realizan con parturientas, se debe controlar. La episiotomía en primíparas además presenta otra repercusión, pues aumenta significativamente y de forma independiente el riesgo de episiotomía y desgarros en el siguiente parto (Lurie, Kedar, Moaz, Golan y Sadan, 2013).

La *edad gestacional* mayor de 41 semanas constituye otro factor de riesgo asociado a la episiotomía (RR=1,2), las gestaciones posttérmino comprenden el 12% de los partos estudiados, y en éstas, el 60% reciben una episiotomía frente al 44,5% de los partos pretérmino y al 49,6% de los partos a término. Este dato se explica por la tendencia a inducir los partos posttérmino ( $\chi^2 = 18,085$ ,  $p > 0,005$ ) y por la tendencia a finalizarlos mediante instrumentación ( $\chi^2 = 36,315$ ;  $p = 0,02$ ). Es interesante el dato detectado, ya que confirma la existencia de una “cascada de intervenciones”, cuando se interfiere en el desarrollo normal del parto. También confirmada en una revisión de Cochrane sobre el cuidado perineal, que concluye que el uso de analgesia epidural aumenta la instrumentalización del parto y el uso de episiotomía, aumentando el riesgo de traumatismo perineal (Kettle y Tohill, 2011).

En el análisis del *inicio del parto* en relación a la episiotomía, observamos que los partos que se inician de forma espontánea presentan menor riesgo de episiotomía que los que son estimulados o inducidos. Nuestros resultados coinciden con Raisanen et al. (2010), aunque estos autores lo asociaron a la primiparidad. Y nuestros resultados también muestran una tendencia a realizar episiotomía en partos inducidos frente a partos espontáneos en mujeres primíparas (62,4% vs 51,4%). La forma de inducir o estimular los partos, se puede realizar con oxitocina, nuestros resultados muestran una tendencia a realizar episiotomía en los partos en los que se administra este fármaco frente a los partos que se dejan evolucionar de forma natural (54,4% vs 34,4%).

En relación al *tipo de finalización del parto vaginal*, la instrumentación se puede considerar un factor de riesgo de episiotomía frente al parto eutócico (93% vs 38,7%) (RR=1,84). Este dato coincide con numerosos autores (Hueston, 1996; Robinson, Norwitz, Cohen, McElrath y Lieberman, 1999; Molina, Ortiz, Huete y Strivens, 2009; Raisanen et al., 2010). El número de episiotomías y de partos instrumentados aumenta conforme es mayor la complejidad del hospital. Al igual que para otras especialidades; esto se debe a la derivación de los procedimientos complejos a los centros con mayor dotación tecnológica y humana (Salgado et al, 2010). El Hospital Clínico Universitario

Virgen de la Arrixaca presentó un 23,4% de partos instrumentados en 2011 y un 24,7% en 2012. El papel de la episiotomía rutinaria para el parto instrumentado está poco evaluado y requiere más investigación. Parece ser que su uso estaría justificado por la disminución de desgarros perineales, especialmente con el uso de fórceps. (Bodner-Adler, Bodner, Kimberger, Wagenbichler y Mayerhofer, 2003).

Sin embargo, *los desgarros perineales* más graves, de III y IV grado, se producen con el uso de la episiotomía, nuestros resultados establecen que existe una asociación entre estas dos variables, coincidiendo con otros autores (Klein et al., 1994; Hirsch, 1997; Ciolli, Visco, Orsini y Russo, 1997; Robinson, Norwitz, Cohen y Lieberman, 2000; Qian, Smith, Zhou, Liang y Garner, 2001; Carroli y Mignini, 2012). Aunque la no realización de episiotomía aumenta el número de desgarros de I y II grado, como también concluyen otros autores (Sleep, Grant, García, Elbourne, Spencer y Chalmers, 1984; Juste-Pina, Luque-Carro, Sabater-Adán, Sanz-de Miguel, Viñerta-Serrano y Cruz-Guerreiro, 2007; Carroli y Belizán, 2008). Afortunadamente, los desgarros de III y IV grado tienen una incidencia baja en nuestro medio. Sin embargo pueden causar serios problemas de incontinencia fecal e infecciones genitourinarias de repetición. Aceituno et al. consiguieron reducir la incidencia de desgarros de III y IV grado en un 46% y la tasa de episiotomías, mediante la implantación de una estrategia que consistía entre otras en el uso de la ventosa como instrumento de elección y hacer un uso restrictivo de la episiotomía. Y todo esto sin aumentar la tasa de cesáreas (Aceituno, Segura, Ruiz, Sánchez-Barroso, Acosta, Delgado y Barqueros, 2011).

Otra variable que influye en el uso de la episiotomía es el *tipo de analgesia* utilizada en el parto, concretamente el uso de analgesia epidural. Así, observamos que en los partos en los que la mujer elige como método de alivio del dolor la epidural se realizan más episiotomías que en aquellos en los que no se utiliza ninguna analgesia, o ésta es local (58,4% vs 30%). Estos resultados coinciden con otros autores como Hueston (1996); Robinson, Norwitz, Cohen y Lieberman (2000); Bodner-Adler, Bodner, Kimberger, Wagenbichler, Kaider, Husslein, et al. (2002); Garriguet, Ruiz-Peregrina, Lacal,



Gomáriz y Rodríguez-Macías (2007); Molina, Ortiz, Huete y Strivens, (2009) y Raisanen et al. (2010). Además, esta tendencia se observa con independencia de la paridad de la mujer y con independencia de la finalización del parto. Así mismo, el grado de desgarros perineales tampoco se ve afectado por el uso de la epidural. Respecto al peso fetal > 4000 gr. observamos una asociación con el uso de la epidural y la realización de episiotomía, incrementando el riesgo de ésta frente a los partos sin epidural para el mismo peso fetal (65,8% vs 26,3%). Esos resultados coinciden con un estudio realizado en Holanda por Poen, Bersma, Dekker, Devillé, Cuesta y Meuwissen, (1997).

La *posición materna* durante la fase de expulsivo también afecta a la realización de episiotomía, estando la posición de litotomía claramente asociada a ésta, en contraposición con otras posturas distintas a la misma (52,2% vs 30%). Estos resultados coinciden con otros autores que también concluyen que las posiciones alternativas (laterales, en cuclillas, en cuadrupedia, sentada) se asociaron con el uso menos frecuente de la episiotomía, concluyendo que se debería permitir a las mujeres tener la opción de dar a luz en cualquier posición que se encuentren más cómodas (De Jonge, Teunissen y Lagro-Janssen, 2004; Soong y Barnes, 2005; Lavender y Mlay, 2006; Molina, Ortiz, Huete y Strivens, 2009; Raisanen et al., 2010).

También los resultados mostraron factores protectores en relación al uso de la episiotomía, como la edad materna y el peso fetal.

La *edad de la madre* superior a 35 años se asocia con una menor incidencia de episiotomía (45,5%) frente a edades inferiores (54,4%). Los estudios revisados sugieren que el uso de la episiotomía no se ha asociado con la edad materna (Woolley, 1995; Robinson, Norwitz, Cohen, McElrath y Lieberman, 1999; Rubio, 2005). Tal vez esta diferencia se deba al incremento de la edad para la maternidad, ya que los estudios antes mencionados evaluaron la edad materna hasta los 35 años y nuestros resultados comprenden una población de 14-53 años, siendo el 25% de la muestra mayor de 35 años.

En relación al *peso fetal*, los resultados de este estudio muestran una disminución del porcentaje de episiotomía en fetos cuyo peso es < 2500gr. (43%) frente a peso normal (53,4%) y peso superior a 4000 gr. (57,2%). Molina et al, no encontraron asociación del peso del recién nacido con la realización de episiotomía (Molina et al, 2009). Por el contrario, para fetos macrosómicos (peso > 4000gr.), se incrementa el riesgo de episiotomía si se asocia a instrumentación del parto o al uso de analgesia epidural.

En cuanto a las variables contextuales que pueden estar relacionadas con el uso de la episiotomía, los resultados del estudio muestran *el acompañamiento al parto y el turno de día* como factores asociados a este procedimiento.

Los partos eutócicos en los que la mujer es *acompañada por la persona que ella elija durante la etapa de expulsión fetal* presentan un índice superior de episiotomías que en los que no está acompañada (40,5 vs 30,7). Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud afirma que para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. En 2001, la Organización Mundial de la Salud publica “Los Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal” y cita que durante el periodo expulsivo es esencial una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto. Así mismo, la Estrategia de Atención al Parto Normal contempla el permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo, así como a promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto. Sin embargo, no se han encontrado estudios que valoren la influencia del acompañamiento al parto en relación a la episiotomía sobre el profesional que lo asiste ya que la actuación de éste puede estar influenciado por la presión que pueda ejercer la presencia de un familiar, disminuyendo el tiempo de espera para la expulsión fetal. Un estudio realizado por Ibáñez en 2004 sobre la opinión de los profesionales de la salud que les atienden sobre el

acompañamiento en el parto, reveló que el 58% de los profesionales encuestados manifestó que la presencia del acompañante es molesta para la realización del trabajo y el 63%, que el acompañante intranquiliza y pone nerviosa a la mujer (Ibáñez, 2004). Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala y Weston, en una revisión Cochrane, 2011, compararon el apoyo continuo a la mujer en el parto versus atención habitual, respecto a la práctica de la episiotomía encontrando un riesgo relativo de 0,97 de presentar episiotomía entre aquellas que estaban acompañadas. Nuestros resultados no coinciden con esta revisión, pues el riesgo relativo de presentar episiotomía en partos eutócicos entre las que están acompañadas es de 1,31. El acompañamiento en el parto eutócico es un derecho de la mujer, ya que se encuentra avalado por diversos decretos y sociedades científicas. Así pues, aunque los beneficios del acompañamiento en el parto para la mujer son muchos, creemos que la disminución de la tasa de episiotomía no es uno de ellos.

El *turno de día* como factor de riesgo en la realización de episiotomías frente al turno de noche (51,1% vs 45,4%), es un ítem novedoso, ya que el único estudio encontrado que hacía referencia al mismo fue el realizado por Carvalho, Souza y Moraes Filho, (2010). Estos autores realizaron una investigación bajo la hipótesis de que el turno de noche de los profesionales supondría un factor de riesgo para la episiotomía. Sin embargo, esta hipótesis no fue confirmada. Nuestros resultados establecen que el turno de noche es un factor protector para la realización de la episiotomía, presentando un riesgo relativo de 1,12 entre aquellas mujeres que dieron a luz durante el turno de día. Otros estudios sugieren que el turno de trabajo influye en la gestión del mismo y que éste puede influir en una reducción de las intervenciones obstétricas, tales como la inducción del parto y la episiotomía (Barber, Eisenberg y Grobman, 2011).

### **5.3. Factores que Condicionan la Práctica de la Episiotomía según los Profesionales Sanitarios.**

Finalmente, se argumentan los resultados de las encuestas realizadas a los profesionales sanitarios que desarrollan su labor en la atención al parto.

En primer lugar, las variables sociodemográficas estudiadas, como la “edad” y el “género” de los profesionales encuestados, son semejantes a las estudiadas por otros autores. Así nuestros resultados presentan una edad media de 36 años  $\pm 10$ , siendo los valores extremos reducidos. Y el género femenino es el predominante en la población de estudio, confirmándose la tendencia de feminización de las Profesiones Sanitarias, ya que las mujeres representan las tres cuartas partes del total de profesionales (Carrillo, 2011; Cornet, Porta, Piñeiro, Ferriols, Gich y Calaf, 2011; Wu et al., 2013) lo cual puede entenderse como representativo de la población sanitaria española en este contexto.

El factor 1 (conocimiento y formación), ha mostrado diferencias en cuanto a la necesidad de formación y a la percepción de sus conocimientos como suficientes, de los profesionales en formación enfermeros internos residentes y médicos internos residentes, respecto a las matronas y obstetras. Esto coincide con los resultados de Cornet et al. (2011), que resaltan la necesidad de mejorar la formación de los residentes en materia de protección perineal y desgarros, así como anatomía de la pelvis y suturas.

En la formación del enfermero interno residente, se hace mucho hincapié en la Estrategia. Las diferencias son significativas entre estos y el resto de profesionales a la hora de afirmar que la episiotomía no tiene un papel preventivo sobre los desgarros perineales.

Por otro lado, la experiencia de los profesionales en la práctica clínica es contraria a esta afirmación, ya que la mayoría no han observado en su práctica diaria que se produzcan más desgarros con la realización de la episiotomía, especialmente entre el colectivo médico, por lo que se posicionan en desacuerdo. Es necesario recordar que el corte que precisa el procedimiento de la episiotomía es el equivalente, anatómicamente hablando, a un desgarro de II grado y que la incidencia de desgarros de III-IV grado en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca es baja, por debajo de las recomendaciones de la Estrategia, por lo que es difícil relacionar la práctica de este procedimiento con este tipo de desgarros. Según Cabana et al. (1999), el

desacuerdo funciona como una barrera que afecta a las actitudes de los clínicos para adherirse a procedimientos identificados como beneficiosos por la evidencia científica.

Según un estudio realizado por Wu et al. (2013) atribuyen las razones para practicar la episiotomía a la formación de la partera, miedo a hacer daño y expectativa clínica percibida por el profesional y que éstas no eran compatibles con las guías de práctica clínica. Nuestros resultados coinciden con este estudio mostrando una opinión a favor de la política de episiotomía selectiva entre aquellos profesionales cuya formación es más reciente, posterior a 2009, así como los de menor edad y experiencia profesional.

El establecimiento de una política de episiotomía selectiva, necesariamente debería ir acompañado de un refuerzo en la formación, ya que implica el conocimiento de los criterios de uso, así como disponer de conocimientos en materia de prevención de desgarros y protección perineal. Cornet et al (2011), percibieron la necesidad de mejorar la formación de los residentes en el manejo de las lesiones perineales. Los resultados coinciden con este estudio, encontrando que los profesionales sanitarios residentes que peor perciben su formación en materia de suelo pélvico, episiotomía, reparación de desgarros y protección perineal son los médicos internos residentes.

En relación a la práctica del procedimiento, los resultados evidencian una amplia variabilidad entre grupos de profesionales. Comenzando por las indicaciones y principales criterios de uso a la hora de la realización de la episiotomía utilizadas por estos, las matronas y los enfermeros internos residentes coinciden en el uso de criterios como: la rigidez perineal, la inminencia de rotura perineal y la bradicardia fetal; mientras que en los obstetras predominan los criterios: rigidez perineal, feto macrosómico y acortamiento de expulsivo y los médicos internos residentes utilizan la rigidez, prematuridad e inminencia de rotura como criterios principales. Los estudios exploratorios que describen la frecuencia y criterios de uso de la episiotomía, no son muy numerosos, Junqueira, de Oliveira y Miquilini (2005) describen como indicaciones más frecuentes: la rigidez perineal (28,7%), primiparidad

(23,7%), macrosomía fetal (11,9%), la prematuridad (10,2%). Los resultados de esta investigación coinciden más con estudios como el realizado por Funai y Norwitz (2012) en el que describen los criterios más utilizados para justificar el uso de la episiotomía: periné poco distensible (rigidez), desproporción pélvica fetal, feto macrosómico, instrumentación del parto y acelerar el parto por trastornos fetales y/o agotamiento materno.

Estos resultados revelan la falta de un consenso profesional o protocolo de actuación para indicar la realización de la episiotomía, explicando por otro lado, la variabilidad existente en España en la asistencia al parto (Salgado, Maceira, López y Atienza, 2010). La justificación de la diversidad de criterios de uso para la episiotomía, se debe a que la mayoría de libros de Obstetricia dedican poco espacio a la episiotomía, con información anticuada y de tipo técnico (González Merlo, 1999; Ación, 2001; López y Comino, 2004). Los estudios más actuales, reducen la indicación absoluta a aquellos casos en que exista un patrón de frecuencia cardíaca fetal no tranquilizador y relativa a rigidez perineal, periné inusualmente corto, reducir el esfuerzo materno (cardiopatías, epilepsia o hipertensión) y prevención de traumatismo perineal asociado a historial de reparación quirúrgica del suelo pélvico, vejiga o fistula (Funai y Norwitz, 2012).

En 2005 un estudio realizado por Junqueira et al. revela que la técnica más utilizada fue la episiotomía mediolateral derecha (92,0%). Y la justificación para su realización fue por aprendizaje durante la formación académica (25,9%), por práctica rutinaria (19,4%), por presentar menor riesgo de dañar el esfínter rectal (16,1%) y para reducir el riesgo de complicaciones (16,1%). La Estrategia de Atención al parto Normal (2007), recomienda realizar la episiotomía mediolateral derecha, en caso de tener que realizarla. Los resultados de este estudio coinciden con esta modalidad en el 98% de los profesionales encuestados.

El ángulo de corte realizado por los profesionales estudiados, está comprendido entre los grados de seguridad (45-60°) estudiados por otros autores (Eogan, Daly, O'Connell y O'Herlihy, 2006; NICE, 2007; Karimi y

Khadivzadeh, 2011). Tincello et al. (2003) y Andrews et al. (2005) han demostrado que las episiotomías realizadas por obstetras mediolaterales son significativamente más largas y más angulares de la línea media perineal que los realizados por matronas. Nuestros resultados coinciden con estos autores encontrando además que los profesionales que utilizan un ángulo mayor de 45° (80-90°) son los que opinan que la episiotomía previene los desgarros de III-IV grado, perciben su conocimiento como suficiente y según su experiencia no se producen más desgarros debido a la misma.

Por otro lado, respecto a la sutura de la episiotomía, el Ministerio de Sanidad en la Estrategia, recomienda la sutura continua. El 69% de los profesionales de este estudio refieren realizarla de forma discontinua. Y los que utilizan las dos técnicas, continua y discontinua, indistintamente, son los que están más de acuerdo con la Estrategia. Aunque se requiere profundizar más en el tema para advertir las razones de esta práctica, nuestros resultados muestran como el confort del profesional a la hora de la sutura de la episiotomía, es una variable que incide en la realización de la misma, ya que la mayoría se siente más cómoda a la hora de suturarla (44%) debido a que se sustituye una rotura espontánea con forma irregular, como se produciría en el caso de los desgarros, por un corte quirúrgico rectilíneo en el caso de la episiotomía.

Finalmente, la necesidad de actualización de conocimientos entre los profesionales de Obstetricia queda reflejada en los resultados, con datos como un 23% de profesionales que manifiestan desconocimiento de la anatomía del suelo pélvico, con la identificación errónea de músculos perineales, así como por la opinión generalizada (98%) de estos que creen que sería de mucha utilidad un curso teórico-práctico sobre la anatomía del suelo pélvico y la reparación de sus lesiones. Esta necesidad también fue descrita por autores como Karimi y Khadivzadeh (2011), Cornet et al. (2011) y Wu et al. (2013), que resaltaban la importancia de incidir en la formación de residentes de matronas y obstetras para mejorar el conocimiento respecto a la anatomía, la técnica y la reparación de la episiotomía.





## CAPÍTULO 6: Conclusiones

Tras el análisis de los resultados obtenidos, podemos llegar a las siguientes conclusiones según los objetivos planteados:

En el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca no se siguen en su totalidad las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Entre los puntos de mejora se han identificado el permitir la libre deambulaci3n de la parturienta durante el periodo de dilataci3n, la adopci3n libre de posturas durante el expulsivo en mujeres sin analgesia epidural, el permitir la ingesta de l3quidos y alimentos livianos durante el parto, el uso de la hidrataci3n intravenosa a todas las mujeres en trabajo de parto normal, la amniotom3a precoz de rutina y la auscultaci3n intermitente.

La tasa de episiotomía en partos eutócicos (36,5%) se encuentra por encima de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y de la Organización Mundial de la Salud (15%).

Estas conclusiones nos llevan a confirmar la primera hipótesis *“la tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca será mayor que la recomendada por la Organización Mundial de la Salud.”* Y también la segunda hipótesis *“habrá diferencias significativas entre las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal y la práctica clínica”*.

Las variables clínicas que influyen en el aumento de las tasas de episiotomía son: la primiparidad (RR = 2,97), la posición de litotomía durante el expulsivo (RR = 6,4), el uso de analgesia epidural (RR = 1,95), el parto instrumentado (RR = 1,84), el uso de oxitocina intraparto (RR = 1,58), la inducción del parto (RR = 1,33) y los partos postérmino > 41 semanas de gestación (RR = 1,2).

Las variables contextuales que influyen en el aumento de las tasas de episiotomía son: el acompañamiento al parto (RR = 1,31) y el turno de día (RR = 1,12).

Estas conclusiones confirman la tercera hipótesis *“las variables clínicas van a influir en el uso de la episiotomía”* y la cuarta *“las variables de contexto van a influir en el uso de la episiotomía”*.

Los desgarros perineales más graves (III y IV grado) se asocian al uso de la episiotomía.

Son factores protectores de la realización de la episiotomía, el peso fetal <2500 (RR = 0,8) y la edad materna > 35 años (RR = 0,8).

El peso fetal > 4000 gr., por sí solo no es un factor de riesgo de presentar episiotomía, pero asociado a uso de epidural o instrumentación del parto, incrementa el riesgo.

Los factores que van a condicionar la práctica de la episiotomía serán los criterios de indicación clínica, que estarán determinados según la formación de los profesionales y su experiencia en la práctica clínica.

Hay una falta de consenso profesional a la hora de indicar la realización de la episiotomía.

Los criterios clínicos más utilizados para el uso de la episiotomía son: rigidez perineal (76,2%), inminencia de rotura perineal (67%), acortamiento del tiempo de expulsivo (47,4%), bradicardia fetal manifiesta (47,4%), feto macrosómico (35%), prematuridad (26,8%), monitor no satisfactorio (23,7%), periné corto (23,7%), presentación fetal anómala (14,4%), primiparidad (12,3%), instrumentación (7,2%) y episiotomía anterior (4%).

Es necesario actualizar la formación de los profesionales en materia de anatomía del suelo pélvico, reparación de sus lesiones y en materia de protección perineal.

Existen diferencias en cuanto a la técnica de realización del procedimiento de la episiotomía entre los profesionales.

Las diferencias encontradas obedecen a la formación del profesional y al seguimiento de la política de episiotomía selectiva.

Lo que confirma la última hipótesis *“la variabilidad entre profesionales está influenciada por la formación de los mismos”*.

En resumen, la práctica de la episiotomía está condicionada por las intervenciones obstétricas que se realizan durante el desarrollo del parto, e incluso se ha evidenciado la influencia de variables contextuales. También obedece a criterios clínicos y de formación de los profesionales sanitarios que asisten a la mujer durante este proceso. Todo ello influye en la variabilidad existente en la práctica clínica.

Hemos constatado que la práctica clínica del procedimiento de la episiotomía se aleja de las políticas nacionales e internacionales, como las que

recoge la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, y por tanto que no es un procedimiento individual o aislado independiente del resto de las prácticas obstétricas. Sino que está relacionado con otras variables clínicas como, la posición adoptada durante el expulsivo, el uso de analgesia epidural, la instrumentación del parto, el uso de oxitocina intraparto, etc. y también contextuales como, el acompañamiento al parto y el turno de día de los profesionales.

Si deseamos reducir la tasa de episiotomía, será necesario tener en cuenta estos factores que condicionan su práctica y establecer políticas de reducción de este procedimiento consensuado con todos los profesionales sanitarios que asisten a la mujer en su proceso de parto.

Actualmente los profesionales que han participado en esta investigación están de acuerdo con la necesidad de desarrollar una política de episiotomía selectiva, no obstante, para que se lleve a la praxis se deberán de producir cambios en cuanto la práctica de los que poseen mayor experiencia profesional por aparecer como reticentes al cambio que presenta la evidencia científica. Así mismo, será necesario reforzar la formación del equipo interdisciplinar como un instrumento de mejora, procurando así el bienestar de la mujer y por ende de su criatura.

## Aportaciones de la Tesis y Futuras Líneas de Investigación

El presente estudio ha servido como punto de partida desde el cual iniciar otros proyectos y desarrollar futuras líneas de investigación.

En relación a los efectos que el procedimiento de la episiotomía tiene sobre la mujer y su criatura, se ha puesto en marcha un estudio cualitativo, para analizar en profundidad, las repercusiones de este procedimiento sobre su calidad de vida y la vivencia del parto.

Teniendo como referencia el marco legislativo del estudio realizado de la episiotomía, se ha elaborado un modelo de consentimiento informado específico, que está pendiente de su aprobación por el Comité de Calidad Asistencial del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Con la finalidad de cumplir la normativa vigente en materia de Consentimiento Informado y hacer valer el derecho de la mujer a decidir sobre su proceso de parto.

También, hemos elaborado el *Protocolo procedimiento de realización de episiotomía en la atención al parto normal* (en cuanto a la variabilidad en la práctica clínica de la episiotomía), que ya ha sido aprobado por la Dirección de Enfermería, Área de Calidad del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y se encuentra en la red a disposición de todos los profesionales que deseen consultarlo.

Una vez realizado este estudio, se evidencia la necesidad de especificar las indicaciones de realización de la episiotomía. Así como, establecer una política de episiotomía selectiva, en el hospital objeto de estudio, con el objetivo de disminuir las tasas de este procedimiento. Un inicio podría ser tener que recoger el motivo de realización de esta técnica por parte del profesional en el registro de datos del parto (Selene).

Así mismo, vemos necesario continuar con la formación de los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres en su proceso reproductivo, mediante cursos sobre actualización de conocimientos en materia

de anatomía del suelo pélvico, protección perineal y reparación de sus lesiones.

# BLOQUE III REFERENCIAS

---





## REFERENCIAS

El referenciado ha seguido las recomendaciones de la American Psychological Association (2010). Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed. Washington, DC: American Psychological Association. Versión de Marzo 2013.

Aceituno, L. (2009). Tasa de episiotomias. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 52(1), 69-70.

Aceituno, L., Segura, M.H., Ruiz, E., Sánchez-Barroso, M.T., Acosta, V., Delgado, L., y Barqueros, A.I. (2011). Estrategia para disminuir la incidencia de patología grave del periné durante el parto. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 38(1), 8-14.

Ación, P. (2001). *Tratado de Obstetricia y Ginecología* (2ºed.). Alicante: Molloy.

Alberdi, I., Escario, P., y Matas, N. (2000). Las mujeres jóvenes en España. *Colección Estudios Sociales Nº 4. Fundación "La Caixa"*. Recuperado

de:

[http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/3f95b8350ccef010VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es04\\_esp.pdf](http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/3f95b8350ccef010VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es04_esp.pdf)

Alonso, M., y Furió, E. (2007). El papel de la mujer en la sociedad española. Economía Aplicada - Grup d'Investigació - N° 19 Economía, treball i territori. Facultat d'Economia. Campus dels Tarongers s/n. Universitat De València.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). Episiotomy. Washington (DC): Apr. 6 p. (American College of Obstetricians and Gynecologists practice bulletin; no. 71)

Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A.H., & Jones, P.W. (2005). Are mediolateral episiotomies actually mediolateral? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(8), 1156-1158.

Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Howell, C. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.

Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Howell, C. (2008). Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2.

Arellano, C., y López, M.J. (2012). *Evaluación de la calidad en la atención al parto normal en el servicio murciano de salud* (Trabajo Fin de Grado no publicado). Universidad de Murcia, Murcia.

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. (1993). *Routine vs selective episiotomy: A randomised controlled trial*. *Lancet*, 342(8886-8887), 1517-8. Recuperado en: [www.ahrq.gov/clinic/epcsums/epissum2.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/epissum2.htm)

Arnau, J. (2011). *Estudio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.

- Baggish, M., & Karram, M. (2009). *Atlas de Anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Barber, E.L., Eisenberg, D.L., & Grobman, W.A. (2011). Type of Attending Obstetrician Call Schedule and Changes in Labor Management and Outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 118(6), 1371-1376.
- Barter, R., Parks, J., & Tyndal, C. (1960). Median episiotomies and complete perineal lacerations. *American Journal of Obstetrics & Gynecologic*, 80 (4), 654-662.
- Basevi, V., & Lavender, T. (2008). Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, (2).
- Baydock, S.A., Flood, C., Schulz, J.A., MacDonald, D., Esau, D., Jones, S., & Hiltz, C.B. (2009). Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence four months after vaginal delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(1), 36-41.
- Beleza, A.C.S., Ferreira, C.H.J, Sousa, L., & Nakano, A.M.S. (2012). Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 264-268. doi: 10.1590/S0034-71672012000200010
- Belizán, J.M., & Carroli, G. (1998). Routine episiotomy should be abandoned. *BMJ: British Medical Journal*, 317 (7169), 1389.
- Blas, M., & Cediél, A. (2011). Prácticas Clínicas pendientes de mejora en la atención obstétrica de los hospitales del País Vasco (2010). *Evidentia*, 8(35). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n35/ev7450.php>
- Blas, M., López, P., Marcos, M., Uriarte, N., & Valtierra, A. (2011). La sexualidad femenina al año del parto eutócico: comparativa entre partos con y sin episiotomía. *Evidentia*, 8(34). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n34/ev7449.php>

Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P., & Mayerhofer, K. (2004). Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: a comparison between midwife and physician management. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 116(11-12), 379-384.

Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Wagenbichler, P., & Mayerhofer, K. (2003). Management of the perineum during forceps delivery: association of episiotomy with the frequency and severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery. *Journal of reproductive medicine*, 48(4), 239-242.

Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Wagenbichler, P., Kaider, A., Husslein, P., & Mayerhofer, K. (2003). The effect of epidural analgesia on obstetric lacerations and neonatal outcome during spontaneous vaginal delivery. *Archives of gynecology and obstetrics*, 267(3), 130-133.

Bonilla-Musoles, F., y Pellicer, A. (2007). *Obstetricia, Reproducción y Ginecológica básicas* (1ª Edic.). Madrid: Edit Panamericana.

Bosch, X. (1998). Spanish doctors criticised for high tech births. *British Medical Journal*, 317, 1406.3

Botella, J., y Clavero, J.A. (1993). *Tratado de Ginecología: fisiología, Obstetricia, perinatología, Ginecología, reproducción*. Madrid: Díaz de Santos.

Browne, M., Jacobs, M., Lahiff, M., & Miller, S. (2010). Perineal injury in nulliparous women giving birth at a community hospital: reduced risk in births attended by certified nurse-midwives. *Journal Midwifery Womens Health*, 55, 243-249.

Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.A., & Rubin, H.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice

- guidelines? A framework for improvement. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 282(15), 1458-1465.
- Cabero, L., y Saldivar, D. (2009). *Operatoria Obstétrica: una visión actual*. Madrid: Panamericana.
- Caporale, S. (2004). *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es). Una visión integradora*. Madrid: Entinema.
- Carrillo, C. (2011). *Un estudio sobre la satisfacción de la vida laboral en profesionales sanitarios del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Carroli, G., & Belizan, J. (2008). *Episiotomy for vaginal birth*. *The Cochrane Library*.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2012). *Episiotomy for vaginal birth*. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).
- Carvalho, C.C.M., Souza, A.S.R., & Moraes F.O.B. (2010). Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(3), 333-339. doi: 10.1590/S0104-42302010000300020
- Castaño, M.A. (2009). *El parto como construcción cultural de las mujeres abaranderas, 1945-1950*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28, 202-207.
- Chamizo, C. (2004). La perspectiva de género en Enfermería. Comentarios y reflexiones. *Index Enfermería*, 13(46). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962004000200008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962004000200008&script=sci_arttext)

- Cid-Luna, I., y Montalvo, P. (2013). La incongruencia de nuestros tribunales al exigir el consentimiento informado para los partos por vía vaginal. Recuperado de: [www.ajs.es/descarga/attach/549](http://www.ajs.es/descarga/attach/549)
- Ciulli, P., Visco, P., Orsini, A.M., & Russo, P. (1997). Episiotomy: can its habitual use be defended? A study of 100 puerperae and a group of gynecologists and midwives]. *Minerva ginecologica*, 49(5), 187-191.
- Cloherty J.P., Eichenwald E., y Stark A. (2009) *Manual de Neonatología* (6ª edición) Barcelona: Wolters Kluwer.
- Cochrane, A.L. (1979). 1931-1971: A critical review with particular reference to the medical profession. In: *Medicines for the Year 2000* (pp. 2-11). London: Office of Health Economics.
- Cornet, A., Porta, O., Piñeiro, L., Ferriols, E., Gich, I., & Calaf, J. (2011). Management of obstetric perineal tears: Do obstetrics and gynaecology residents receive adequate training? Results of an anonymous survey. *Obstetrics and gynecology international*, 2012. doi: 10.1155/2012/316983.
- Cots, I., Mimó, R., Grau, M., Vives, A., & Rué, M. (2001). Episiotomía y puerperio domiciliario. *Rol de Enfermería*, 24(6), 461-463.
- David, M. (1993). Wer erfand den Dammschnitt? Zur Geschichte der Episiotomie (Who invented the episiotomy? On the history of the episiotomy). *Zentralbl Gynakol*, 115, 188-193.
- De Jonge, A., Teunissen, T.A., & Lagro-Janssen, A.L. (2004). Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1), 35-45.
- Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del

nacimiento. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía Boletín número 72, de 17/05/1995.

Decreto 23/2007, de 1 de Marzo, sobre los derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario, BOC núm. 54 § 3556 (2007).

Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. Universidad de Salamanca. (2013). Recuperado de: <http://www.dicciomed.eusal.es>

Dorland (1992). *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina*. Vol 3. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill.

Duby, G., & Perrot, M., (1993). *Historia de las mujeres en Occidente* (volumen 5). Madrid: Taurus.

Eason, E., Labrecque, M., Wells, G., & Feldman, P. (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 95(3), 464-471.

Ejegard, H. (2008). Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 66(1), 1-7.

Emmanuel, E., Creedy, D., & Fraser, J. (2001). What mothers want: a postnatal survey. *Australian Journal Midwifery*, 14(4), 16-20.

Enkin, M., Keirse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, H., & Hofmeyr, J. (2000). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (3ª edición). Oxford, UK: Oxford University Press.

Enkin, M., Keirse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, G. J. (2001). Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. *Birth*, 28(1), 41-51.

Eogan, M., Daly, L., O'Connell, P., & O'Herlihy, C. (2006). The angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 113, 190-194.

European Perinatal Health Report. (2008). By the EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT. Recuperado de: <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/grossesse-maternite/european-perinatal-health-report/european-perinatal-health-report-2008.pdf>

Federación de Asociaciones de Matrona de España. (2007). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

Fernández, F. (2006). Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos?: El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Medicina naturista*, 10, 29-38.

Fleming, V.E., Hagen, S., & Niven, C. (2003). Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 110(7), 684-689.

Fuller, J.K. (2007). *Instrumentación Quirúrgica. Teoría, técnicas y procedimientos* (4ª Edic). Madrid: Médica Panamericana.

Funai, E.F., & Norwitz, E.R. (2012). Management of normal labor and delivery. *UpToDate*. Recuperado de: [http://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery\\_](http://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery_)

Gálvez-Toro, A. (2000). Mutilación genital femenina y episiotomía. *Index de Enfermería*, 31. Recuperado de: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/31revista/31\\_articulo\\_50.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/31revista/31_articulo_50.php)

García-Caravantes, A. (2006). Parir en casa, una realidad: Experiencia 1986-2006. *Medicina Naturista*, 10, 592-597.

Garrido, E., Folquera, P., Ortega, M., y Segura, C. (1997). *Historia de las mujeres en España*. Madrid: Síntesis.



- Garriguet, J., Ruiz-Peregrina, J., Lacal, J.F., Gomáriz, M.J., Rodríguez-Macías, M.I., Castellano, D., y Ruiz-Amo, P. (2007). Analgesia epidural y resultados obstétricos. *Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia*, 34(2), 38-45.
- Generalitat de Catalunya. (2007). *Protocol per l'assistència natural al part normal*. Barcelona: Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Gerrits, D.D., Brand, R., & Gravenhors, J.B. (1994). The use of an episiotomy in relation to the professional education of the delivery attendant. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive*, 56(2), 103-106.
- Ghosh, C., Mercier, F., Couaillet, M., & Benhamou, D. (2004). Quality-assurance program for the improvement of morbidity during the first three postpartum days following episiotomy and perineal trauma. *Acute Pain*, 6, 1-7.
- González-Merlo, J., y Del Sol, J.R. (1999). *Obstetricia* (4ª edición). Barcelona: Masson.
- Graham, I.D., Carroli, G., Davies, C., & Medves, J.M. (2005). Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*, 32(3), 219-223.
- Graham, ID. (1997). *Episiotomy: challenging obstetric interventions*. Oxford: Blackwell Science.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y política social.
- Gungor, I., & Beji, N.K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 28(3), 348-357.

- Gupta, J.K., & Hofmeyr, G.J. (2008). Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, (2).
- Gupta, J.K., & Nikodem, V.C. (2000). Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000: CD002006.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K.N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141-2148.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwifeled versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4: CD004667.
- Heim, L.J. (2001). Evaluation and differential Diagnosis of Dispareunia. *American Family Physician*, 63 (8), 1535-1544.
- Herrera, B., y Gálvez, A. (2004). Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 47(9), 414-422.
- Hirsch, H.A. (1997). Episiotomy and its complications. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 201, 55-62.
- Ho, J.J., Pattanittum, P., Japaraj, R.P., Turner, T., Swadpanich, U., Crowther, C.A., & Group, S.O.S. (2010). Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(1), 13-18.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.

- Homsí, R., Daikoku, N.H., Littlejohn, J., & Wheelless Jr, C.R. (1994). Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 49(12), 803-808.
- Horowitz, J.A., & Damato, E.G. (1999). Mothers' perceptions of postpartum stress and satisfaction. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 28(6), 595-605.
- Howden, N.L., Weber, A.M., & Meyn, L.A. (2004). Episiotomy use among residents and faculty compared with private practitioners. *Obstetrics & Gynecology*, 103, 114.
- Hueston, W.J. (1996). Factors associated with the use of episiotomy during vaginal delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 87(6), 1001-1005.
- Ibáñez, M.B. (2004). Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Profesión*, 5(16), 25-31.
- Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias avalia-t. (2007). La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de Variabilidad y revisión sistemática. Núm. 2007 / 03. Recuperado de: <http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/MemAsistParto.pdf>
- Instituto de la Mujer. (1987). *I Plan para la Igualdad de oportunidades de las Mujeres 1988-1990*. Consejo Rector del Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer. (1992). *II Plan para la Igualdad de oportunidades de las Mujeres 1993-1995*. Consejo Rector del Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer. (2003). *IV Plan para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres 2003-2006*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (14039B PLA).
- Instituto de la Mujer. (2007). *Plan estratégico de Igualdad oportunidades (2008-2011)*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. (2004). *II Plan de acciones contra la violencia hacia las mujeres 2004-2005*. Murcia: [Instituto de la Mujer de la Región de Murcia, 2004 (14036B PLA)].

International Confederation of Midwives. (1999). *Código Deontológico para Matronas*. Recuperado de: [http://aesmatronas.com/descargas/doc\\_icm/02.CODIGO\\_DE\\_ETICA.pdf](http://aesmatronas.com/descargas/doc_icm/02.CODIGO_DE_ETICA.pdf)

International Confederation of Midwives. (2005). *Definición Internacional de Matrona*. Recuperado de: [http://www.federacion-matronas.org/\\_data/archivos/409\\_es\\_Definicion%20Matrona%20ICM-2005.pdf](http://www.federacion-matronas.org/_data/archivos/409_es_Definicion%20Matrona%20ICM-2005.pdf)

International Confederation of Midwives. (2011). *Definición Internacional de Matrona*. Recuperado de: <http://www.federacion-matronas.org/rs/810/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/f8b/fd/1/filename/definición-matrona-icm-2011.pdf>

Jakobi, P. (2003). Are you happy with the episiotomy? *The Israel Medical Association Journal*, 5, 581-584.

Junqueira, V., de Oliveira, S.M., & Miquilini, E.C. (2005). Frequency and criteria for the indication of episiotomy. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 39(3), 288-95.

Juste-Pina, A., Luque-Carro, R., Sabater-Adán, B., Sanz-de Miguel, E., Viñerta-Serrano, E., y Cruz-Guerreiro, E. (2007). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Profesión*, 8(3-4), 5-11.

Kalis, V., Laine, K., De Leeuw, J.W., Ismail, K.M., & Tincello, D.G. (2012). Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1284-1285.

- Karimi, A., & Khadivzadeh, T. (2011). Differences in episiotomy technique between midwives and midwifery and medical students. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 16(3), 197-201. Recuperado de: <http://www.ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/390/305>
- Keith, L., Moore, Arthur, F., & Dalley I.I. (2008). *Anatomía: con orientación clínica* (5ª Edic). Madrid: Panamericana.
- Kettle, C. (2002). Perineal care. *Clinical Evidence*, 7, 1284-1295.
- Kettle, C., & Johanson, R.B. (2006). Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi: 10.1002/14651858.CD000006
- Kettle, C., & Tohill, S. (2011). Perineal Care. *Clinical Evidence*, 1401. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275301>
- Kettle, C., Dowswell, T., & Ismail, K.M. (2010). Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. D000006. doi: 10.1002/14651858.CD000006.pub2.
- Kettle, C., Hills, R.K., & Ismail, K.M. (2007). Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD000947.pub2
- Kettle, C., Hills, R.K., Jones, P., Darby, L., Gray, R., & Johanson, R. (2002). Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 359(9325), 2217-2223.
- Kitzinger, S. (2005). *The politics of birth*. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann.
- Kitzinger, S. (2006). *Birth crisis*. Canada: Routledge.

Klein, M.C., Gauthier, R.J., Robbins, J.M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S.H., Franco, E.D., & Joshi, A. K. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 171(3), 591-598.

Knibiehler, I. (2000). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris, PUF.[Traducción en castellano *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente* (2001). Buenos Aires: Nueva Visión. Traducción: Paula Mahler].- (2001): “La construcción social de la maternité”, en *Maternité, affaire privée, affaire publique*. París: Bayard.

Landy, H.J., Laughon, S.K., Bailit, J., Kominiarek, M.A., González-Quintero, V.H., Ramírez, M., ... & Zhang, J. (2011). Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstetrics and gynecology*, 117(3), 627.

Lavender, T., & Mlay, R. (2006). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*.

Leboyer, F. (2008[1974]) *Por un nacimiento sin violencia*. Tarragona: Mandala.

Lebrero, E. (2008). El parto natural hace más seguro el parto hospitalario. Recuperado de: <http://www.quenooosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/partonaturalseguropartohospitalario.pdf>

Leeman, L. (2003). Repair of Obstetric Perineal Lacerations. *American Family Physician*, 68 (8), 1585-1590.

Lewis, L., Webster, J., Carter, A., McVeigh, C., & Devenish-Meares, P.P. (2002). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Library*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD003934

- Ley 14/1986 de 25 de Abril, Ley General de Sanidad, BOE núm. 102 § 15207 (1986).
- Ley 3/2001 de 28 de Mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, BOE núm. 158 § 23537 (2001).
- Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, BOE núm. 93 § 13364 (2005).
- Ley 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, BOE núm. 274 § 40126 (2002).
- Liljestrand, J. (2003). Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Lombardía, J., y Fernández, M. (2012). *Ginecología y Obstetricia: Manual de Consulta rápida* (2ª edición). Madrid: Panamericana.
- López, G., y Comino, R. (2004). *Obstetricia y Ginecología*. Barcelona: Ariel.
- Lundquist, M., Olsson, A., Nissen, E., & Norman, M. (2000). Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Birth*, 27(2), 79-85.
- Luque-Carro, R., Subirón-Valera, A.B., Sabater-Adán, B., Sanz-de Miguel, E., Juste-Pina, A., y Cruz-Guerreiro, E. (2011). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Profesión*, 12(2), 41-48.
- Lure, M., Barinagarrementeria, L., Belar, M., Marín, N., y Ugalde, F. (2005). Fascitis necrotizante: complicación de una episiotomía. Caso clínico y revisión de la bibliografía. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 48(4), 198-202.

- Lurie, S., Kedar, D., Moaz, M., Golan, A., & Sadan, O. (2013). Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287(2), 201-204.
- Maceira, M.C., Salgado, A., y Atienza, G. (2009). *La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Maceira, M.C., Salgado, A., y Atienza, G. (2010). Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 53 (6), 215-222.
- Macleod, M., Strachan, B., Bahl, R., Howarth, L., Goyder, K., Van de Venne, M., & Murphy, D.J. (2008). A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(13), 1688-1694.
- Maderuelo, J.A., Haro, A.M., Pérez, F., Cercas, L.J., Valentín, A.B., y Moran, E. (2006). Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 31-39.
- Marañón, G. (1927). *El deber de las edades*. Madrid: Espasa Calpe.
- Maroto-Navarro, G., García-Calvente, M.D.M., y Mateo-Rodríguez, I. (2004). El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18, 13-23.
- Marriner, A., y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en Enfermería* (6ª edición). Madrid: Elsevier Mosby.
- Martínez-Roche, M.E. (2012). *Unidad Docente de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)*. Murcia: Universidad de Murcia.



- Medeiros Lopes, D., Santos Bonfim, A., Gama Sousa, A., Reis, O., Santana, L., & Marques Santos, L. (2012). Episiotomy: feelings and consequences experienced by mothers. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 4(1), 2623-2635.
- Melchor, J.C., Bartha, J.L., Bellart, J., Galindo, A., Miño, M., y Perales, A. (2008). *La episiotomía en España. Datos del año 2006*. Madrid: SEGO.
- Méndez, M.T. (1983). *Mujer, falange y franquismo*. Madrid: Taurus Ediciones.
- Ministerio de Sanidad. (2007). *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011)*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Estrategia Atención Parto Normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Atención hospitalaria al parto. Estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias. Informes, estudios e investigación*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1997). NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Molina-Reyes, C.Y., Ortiz-Albarín, M.D., Huete-Morales, M.D., y Strivens-Vílchez, H. (2009). Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. *Evidentia*, 6(25). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n25/ev6919.php>
- Molina-Reyes, C.Y., Ortiz-Albarín, M.D., y Huete-Morales, M.D. (2008). Hacia una atención del parto más humanizada: Posición materna. *Revista Paraninfo Digital*, 4. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n4/o008.php>

- Montenegro, M.S., Blanco, M.I., Pereiro, M.A., Barro, E., y Rico, B. (2005). Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. *Matronas Profesión*, 6(1), 30-32.
- Mozo, M.L., Solís, I., y Gómez, N. (2004). Revisión sistemática de la episiotomía. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 47(7), 330-337.
- Myers-Helfgott, M.G., & Helfgott, A.W. (1999). Controversies in labor management. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: Should it be performed? *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 2, 305-25.
- Nash, M. (1993). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España 1900-1939. En Duby, G., Perrot, M., (1993). *Historia de las mujeres en Occidente* (volumen 5, pp.627-645). Madrid: Taurus.
- Nash, M. (2004). *Mujeres en el mundo: historia, retos y movimientos*. Madrid: Alianza Editorial.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *Clinical Guideline*, 55.
- Nugent, F. (1935). The primiparous perineum after forceps delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 30, 249-256.
- Oakley, A., & Hould, S. (1990). *Midwifery Today. Helpers in childbirth*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Olza, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 96.
- Ontañón, M. (2009). *Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Alcalá de Henares.

- Orden de 1 de junio de 1992. Programa de formación de las unidades docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero Especialista Obstétrico-Ginecológica (matrona), BOE núm. 132 §18569-18572 (1992).
- Organización Mundial de la Salud. (2005) *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). Declaración de Fortaleza. *The Lancet*, 2, 436-437.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: Una Guía práctica*. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de investigación y Salud Reproductiva. Ginebra. Recuperado de: [http://www.who.int/hq/1...\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_spa.pdf](http://www.who.int/hq/1..._FRH_MSM_96.24_spa.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 28, 202-207.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Guía práctica método canguro*. Ginebra: OMS.
- Orme, L., & Maggs, C. (1993). Decision-making in clinical practice; how do expert nurses, midwives and health visitors make decisions? *Nurse Education Today*, 13 (4), 270-276.
- Ortiz, T. (1999). Las matronas en España y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. *Arenal*, 6(1), 55-79.
- Ould, F. (1742). *A Treatise on Midwifery. In Three Parts*. Dublin: Nelson and Connor.
- Palmer, R.H. (1989). *Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Parant, O., Reme, J.M., & Monrozies, X. (1999). *Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Encyclopedie. Médicale Chirurgicale*. Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier.
- Paris, A.E., Greenberg, J.A., Ecker, J.L., & McElrath, T.F. (2011). Is an episiotomy necessary with a shoulder dystocia? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 205(3), 217.
- Parvin, T. (1882). Care of the perineum. *Transactions of the American Gynecological Society*, 7, 145-157.
- Poen, A.C., Felt-Bersma, R.J., Dekker, G.A., Deville, W., Cuesta, M.A., & Meuwissen, S.G. (1997). Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 104(5), 563-566.
- Previatti, J.F., & Souza, K.V. (2007). Episiotomía: focalizando la visión de las mujeres. *Revista Brasileira Enfermagem*, 60(2), 197-201.
- Progianti, J.M., Araújo, L.M., & Mouta, R.J. (2008). Repercussões da Episiotomia sobre a Sexualidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (1), 45-9.
- Qian, X., Smith, H., Zhou, L., Liang, J., & Garner, P. (2001). Evidence-based obstetrics in four hospitals in China: An observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1(1), 1.
- Raisanen, S., Vehvilainen-Julkunen, K., & Heinonen, S. (2010). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*, 26(3). 348-356.
- Reinbold, D., Éboue, C., Morello, R., Lamendour, N., Herlicoviez, M., & Dreyfus, M. (2011). De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 41 (1), 62.

- Revez, L., Gaitán, H.G., & Cuervo, L.G. (2007). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Rich, A. (1996[1976]). *Nacida de mujer*. Valencia: Cátedra.
- Robinson, J.N., Norwitz, E.R., Cohen, A.P., & Lieberman, E. (2000). Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstetrics & gynecology*, 96(2), 214-218.
- Robinson, J.N., Norwitz, E.R., Cohen, A.P., McElrath, T.F., & Lieberman, E.S. (1999). Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perineal trauma in nulliparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 181(5), 1180-1184.
- Rodríguez, R.M., y Álvarez, C. (2010). Estudio comparativo de incidencia de episiotomía en nulíparas con analgesia epidural. Conducta expectante en IV plano de hodge frente a conducta activa. *Reduca* (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster, 2(1), 12-32.
- Romero, J., y De Prado, M. (2002). Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Profesion*, 8, 33-39.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. (2001). *The Use of Electronic Fetal Monitoring. The use of interpretation of cardiotopography in intrapartum fetal surveillance*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologist.
- Rubio, J.A. (2005). Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(2), 116-126.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, 7, 169-183.
- Salgado, A., Maceira, M., López, M., y Atienza, G. (2010) Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 53(6), 215-222.

- Sánchez-Raja, E., Honrubia, M., y Chacón, M.D. (2005). *Guía básica de educación afectiva sexual para personas con discapacidad visual*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Sánchez, M.I. (2012). Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enfermería docente*, 97, 27-32.
- Santos, J.D., & Shimo, A.K. (2008). Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 645-650.
- Schoon, P.G. (2001). A guest Editorial: Episiotomy: yea or Nay. *Obstetrical and gynecological survey*, 56(11), 667-669.
- Scott, J.R. (2005). Episiotomy and vaginal trauma. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*. 32(2), 307-321.
- Sleep, J., & Grant, A. (1987). West Berkshire Perineal Management trial: three year follow up. *British Medical Journal*, 295 (6601), 749-751.
- Sleep, J., Grant, A., García, J., Elbourne, D., Spencer, J., & Chalmers, I. (1984). West Berkshire perineal management trial. *British Medical Journal*, 289(6445), 587-590.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2006). Posicionamiento de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en la asistencia al parto. *Gaceta electrónica SEGO*, 1.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2007). *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada. (1995). *Fetal health surveillance in labour. Executive summary*. Ottawa: SOGC Policy Statement.

- Soong, B., & Barnes, M. (2005). Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association? *Birth*, 32: 164-169.
- Stedenfeldt, M., Pirhonen, J., Blix, E., Wilsgaard, T., Vonen, B., & Øian, P. (2012). Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 119(6), 724.
- Thacker, S.B., & Banta, H.D. (1983). Benefits and risks of episiotomy: An interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstetrical and gynecological survey*, 38(6), 322-338.
- Tincello, D.G., Williams, A., Fowler, G.E., Adams, E.J., Richmond, D.H., & Alfirevic, Z. (2003). Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 110(12), 1041-1044.
- Tomasso, G., Althabe, F., Cafferata, M., Alemán, A., Sosa, C., y Belizán, J.M. (2002) ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 62(2):115-121. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322002000200008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000200008&lng=es&nrm=iso).
- Towler, J., y Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.
- US Department of Health and Human Services. (2005). *Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services*. MMWR Recomm Rep.; 54(RR-2), 1-20.
- Variación de la Práctica Médica. (2009). *Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud*. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. GRUPO ATLAS VPM.

Documento de trabajo 04-2009. Recuperado de:  
<http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=50&hijos=462&indice=1&subindice=1&marcado=1&viene=ppal>

Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, K.N., Gartlehner, G., & Thorp, J. (2005). The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. *Evidence Report/ Technology Assessment, 112*. Recuperado de:  
<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/episiotomy/episob.pdf>.

Wagner, M. (1999). Episiotomy: A form of genital mutilation. *Lancet, 353*, 1977.

Way, S. (1998). Social construction of episiotomy. *Journal Clinical Nursing, 7*, 113-117.

Weber, A.M., & Meyn, L. (2002). Episiotomy use in the United States, 1979-1997. *Obstetric Gynecology, 100*, 1177.

Wertz, R., & Wertz, D. (1989). *Lying-in: A History of Childbirth in America*. Yale University Press, 10.

Woodman, P.J., & Graney, D.O. (2002). Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. *Clinical Anatomy, 15*, 321-334.

Woolley, R.J. (1995). Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstetric Gynecology Survey, 50*, 806-835.

World Health Organization. (1996). *Classification of practices in normal birth*. In: *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.

Wu, L.C., Lie, D., Malhotra, R., Allen, J.C., Tay, J.S., Tan, T.C., & Østbye, T. (2013). What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery, 29* (8), 943-949.







# BLOQUE IV ANEXOS

---



# **ANEXO 1. Código Ético Internacional para Matronas**



## **PREAMBULO**

El deseo de la Confederación Internacional de Matronas (CIM) es mejorar el nivel de cuidados que se proporcionan a la mujer, recién nacidos y familias de todo el mundo, mediante el desarrollo, educación y adecuada utilización de la matrona profesional. La CIM, teniendo como objetivo la salud de la mujer y enfocándola a través de la matrona, promueve el siguiente código para guiar a la matrona en la educación, práctica e investigación. Este código reconoce a las mujeres como personas, busca justicia para todo el mundo y equidad a la hora de tener acceso a los cuidados de la salud, y está basado en las mutuas relaciones de respeto, confianza y dignidad de cada uno de los miembros de la sociedad.

## **CÓDIGO**

### **I. Vínculos de la Matrona.**

Las matronas respetan el derecho a escoger que tiene la mujer ante una opción debidamente informada y promueven que la mujer acepte la responsabilidad por los resultados de su elección.

Las matronas trabajan con las mujeres, y apoyan su derecho a participar activamente en decisiones relativas a su cuidado, y las capacitan para que se expresen ellas mismas en temas que afecten a la salud de las mujeres y de sus familias en su propia cultura/sociedad.

Las matronas, juntamente con las mujeres, trabajan con los programas y los organismos que disponen de los fondos económicos, con el fin de definir las necesidades de servicios de salud que experimenta la mujer, y para asegurarse de que los recursos se distribuyen equitativamente, considerando las prioridades y la disponibilidad.

Las matronas se apoyan y cooperan entre ellas, en su función profesional, y nutren activamente el sentido de la autoestima, tanto para ellas como para las otras.

Las matronas trabajan con otros profesionales de la salud, consultando y refiriendo siempre que sea necesario, cuando las necesidades de atención que presenta la mujer sobrepasen las competencias de la matrona.

Las matronas reconocen la interdependencia humana en su campo de práctica y buscan activamente la solución de los conflictos inherentes.

## **II. Ejercicio profesional de la Matrona**

Las matronas proporcionan atención profesional a la mujer y a las familias en los momentos de la maternidad, respetando la diversidad cultural, al mismo tiempo que trabajan para eliminar las prácticas peligrosas que se llevan a cabo en esas culturas.

Las matronas, dentro de su propia sociedad, fomentan esperanzas realistas de maternidad en las mujeres, esperando, como mínimo, que ninguna mujer sea perjudicada por la concepción o la gestación.

Las matronas usan sus conocimientos profesionales para asegurar, en todos los ambientes y culturas, una práctica segura en los nacimientos.

Las matronas responden a las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales de las mujeres que buscan atención para su salud, sean cuales sean sus circunstancias.

Las matronas actúan como un eficaz modelo de comportamiento en la promoción de la salud para las mujeres, a lo largo de su ciclo vital, para las familias, y para los otros profesionales de la salud.

Las matronas buscan activamente su crecimiento personal, intelectual y profesional a lo largo de su carrera, integrando este crecimiento en su práctica.

## **III. Responsabilidades Profesionales de la Matrona**



Las matronas guardan confidencialmente la información que reciben del cliente, a fin de proteger el derecho de preservar la intimidad, y usan su juicio si es necesario compartir esta información.

Las matronas son responsables de sus decisiones y acciones, y son responsables de los resultados que se deriven del cuidado que han proporcionado a las mujeres.

Las matronas pueden rehusar a participar en actividades para las cuales mantienen una profunda oposición moral; no obstante, el énfasis sobre la consciencia individual no tiene que privar a las mujeres de los servicios esenciales de salud.

Las matronas participan en el desarrollo e implementación de los programas sanitarios que fomentan la salud de todas las mujeres y de las familias durante su etapa reproductiva.

#### **IV. Progreso en los conocimientos y práctica de la Matrona.**

Las matronas tienen que asegurarse de que el progreso en sus conocimientos profesionales esté basado en actividades que protejan los derechos de las mujeres como personas.

Las matronas desarrollan y comparten sus conocimientos profesionales mediante varios procesos, tales como realizar revisiones meticulosas y estudios de investigación.

Las matronas participan en la educación reglamentaria de las matronas en formación y también en la educación de las matronas con titulación académica.

6 de Mayo de 1993 (International Confederation of Midwives, 1999).



# **ANEXO 2. Informe del Comité de Ética e Investigaciones Clínicas del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca**





*Arrixaca*

Hospital Universitario  
"Virgen de la Arrixaca"

Ctra. Madrid - Cartagena · Telf. 968 36 95 00  
30120 El Palmar (Murcia)

Dr. D. Antonio Piñero Madrona  
Presidente del CEIC Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca"

**INFORMA**

El CEIC del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" ha valorado la propuesta del promotor referida al estudio:

- **Título:** Factores que condicionan la práctica clínica de la episiotomía en el marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un hospital de la Región de Murcia.

**Investigador:** Carmen Ballesteros Meseguer

**1º.** Establece que:

- Considera que dadas las características del estudio de referencia, éste no plantea problemas éticas que precisen evaluación por parte de este CEIC

Lo que firmo en Murcia, a 03 de diciembre de 2012

Fdo:

Dr. D. Antonio Piñero Madrona  
Presidente del CEIC Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca"



**ANEXO 3. Documento de  
Confidencialidad para la Recogida de Datos  
Clínicos en el Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Arrixaca.**







**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

D/Dª.....**Carmen Ballesteros Meseguer**.....de  
 profesión.....**Matrona**.....  
 provisto de DNI.....**52808459**....., con correo electrónico  
**carmenbm@um.es**..... y N° de teléfono...**659895846**.....

**DECLARO:**

- 1.- Que presto mis servicios profesionales en....Hospital Materno-Infantil Virgen de la Arrixaca  
 unidad de Partorio.....
- 2.- Que en el ejercicio de mis funciones, tengo acceso autorizado a datos de carácter personal y  
 demás información confidencial relativa a los pacientes del Hospital Universitario Virgen de la  
 Arrixaca.
- 3.- Que conozco la obligación de secreto respecto de los datos de carácter personal y demás  
 información confidencial a la que tengo acceso autorizado, en el ejercicio de mis funciones, así  
 como el deber de guardarlos y, en general, a la adopción de las obligaciones y deberes relativos  
 al tratamiento de datos personales, en virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13  
 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y demás normativa vigente.
- 4.- Que tengo conocimiento de que las obligaciones mencionadas anteriormente subsistirán aún  
 después de finalizar mi relación con el Centro.
- 5.- Que con motivo de.....Tesis Doctoral .....  
 he solicitado al Servicio de Documentación Clínica .....el volcado de datos relativos al  
 procedimiento de la episiotomía.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 haciéndome entrega en el día de la fecha de dicha información
- 6.- Que conozco la responsabilidad personal que podría derivarse frente al centro sanitario y a  
 sus pacientes, a los efectos de resarcir los daños y perjuicios que se pudieran ocasionar,  
 derivados de un incumplimiento culpable de las obligaciones en materia de protección de datos



de carácter personal, derivadas del uso inadecuado de la documentación y/ o soporte físico que se me entrega y, que figura en punto 5 de este documento.

7.- Que he sido informado de la obligación que contraigo de guardar la documentación y/ o soporte físico, que he recibido, con datos de carácter personal, en un lugar seguro, cuando estos no sean usados.

8.- También he sido informado, que queda prohibido el traslado de cualquier soporte, listado o documento con datos de carácter personal en los que se almacene información de los pacientes, usuarios o de la institución, fuera de los locales del hospital sin autorización previa del Responsable del fichero (Director Gerente). En el supuesto de existir traslado o distribución de soportes y documentos se realizará cifrando dichos datos, o mediante otro mecanismo que impida el acceso o manipulación de la información por terceros o bien, procediendo a la disociación de los datos, de tal manera que no se permita la identificación del paciente o usuario.

9.- En cuanto a los ficheros de carácter temporal o copias de documentos, se me ha informado que deben ser borrados una vez hayan dejado de ser necesarios para los fines que motivaron su creación y, mientras estén vigentes, deberán cumplir con los niveles de seguridad asignados por el Responsable de Seguridad, que el caso de los datos relativos a la salud serán de nivel alto.

10.- Respecto de las incidencias de seguridad que surjan, entendidas estas como cualquier anomalía que pudiera afectar a la seguridad de los datos, he sido informado de mi obligación de notificarlas al Responsable de Seguridad, a través del circuito que para estas notificaciones tiene establecido el Hospital.

11.- El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones aquí establecidas dará lugar a la exigencia de responsabilidades administrativas, en concreto las establecidas en el Título VII de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, así como a las responsabilidades de cualquier otra naturaleza que procedan.

Murcia, a ...19..... de .....diciembre..... de ....2012.....

Fdo: .....

**ANEXO 4. Carta de autorización al Sr.  
Dr. Gerente del Hospital Clínico  
Universitario Virgen de la Arrixaca, para  
Iniciar el Estudio de Investigación.**





*Arrixaca*  
Hospital Universitario  
"Virgen de la Arrixaca"

Ctra. Madrid - Cartagena • Telf. 968 36 95 00  
30120 El Palmar (Murcia)

Fecha: Murcia a 3 de diciembre de 2012

De: D. José Vicente Albaladejo Andreu  
Director Gerente Área I Murcia  
Oeste Hospital Universitario Virgen  
de la Arrixaca

N/Ref. JAA/LH

Universidad de Murcia  
Facultad de Enfermería

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Emilia Martínez Roche  
Coordinadora de la Unidad Docente de  
Enfermería Obstétrico-Ginecológica  
Campus de Espinardo  
30100 Murcia

En contestación a su solicitud de autorización para iniciar estudio de investigación centrado en una Tesis Doctoral que realizará D<sup>a</sup> Carmen Ballesteros Meseguer, le confirmo que no existe inconveniente alguno por parte de esta Gerencia en acceder a su petición.

Recordarle las obligaciones que contrae de conformidad con los artículos 6 y 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, y artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Como en anteriores ocasiones, les rogamos que este trabajo interfiera lo menos posible con el desarrollo de la actividad asistencial y docente del Centro, así como les informo que deberán contactar con D. Luís Martos Coordinador de Formación Continuada en el teléfono 968369680 y con D. Pablo Viguera Paredes, Jefe de Servicio de Asesoría Jurídica, para la firma del documento de confidencialidad, teléfono 968369666.

Un cordial saludo,



*J. Albaladejo*  
José Vicente Albaladejo Andreu

Director Gerente Área I Murcia Oeste  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca



**ANEXO 5. Carta Permiso a los Autores  
(Tincello, Williams, Fowler, Adams,  
Richmond y Alfirevic, 2003; Cornet, Porta,  
Piñeiro, Ferriols, Gich y Calaf, 2012).**





---

**De:** "ARIANA CORNET, CORTADA" <aricucut@hotmail.com>  
**Fecha:** lunes, 17 de diciembre de 2012 22:21  
**Para:** <carmenbm@um.es>  
**Asunto:** RE: solicitud permiso utilizar encuesta

Hola,

Adelante, no hay problema en que utilice un modelo parecido a mi encuesta. Muchas gracias,

Ariana Cornet

> Date: Fri, 7 Dec 2012 06:21:17 +0100  
> From: carmenbm@um.es  
> To: aricucut@hotmail.com  
> Subject: solicitud permiso utilizar encuesta  
>  
> Estimado Dr Cornet, soy Carmen Ballesteros, doctoranda de la  
> Universidad de Murcia, estoy interesada en el tema de la episiotomia,  
> por lo que tras leer su artículo referente a este tema, me vendría  
> bien para mi tesis utilizar parte de su cuestionario. En Anexo le  
> envío la petición formal para su autorizacion, si lo estima oportuno.  
> Aprovecho la ocasion para saludarle  
> Carmen

Dear Prof Mesegeur,  
I'm afraid I cannot give you permission to use this figure, for two reasons. The copyright for that article is now the responsibility of the BJOG journal, so you would have to contact them directly for permission. But more importantly, that figure is taken from an old midwifery text, so the copyright was never mine to give anyway. If you look at the article, you will see that we cite the original book from which the figure was taken, and which I used with permission originally.

Sorry I can't be more help  
kind regards

Douglas G Tincello BSc MBChB MD FRCOG  
Professor of Urogynaecology

Reproductive Science Section, CSMM  
University of Leicester  
Robert Kilpatrick Clinical Sciences Building  
Leicester Royal Infirmary  
PO Box 65  
Leicester LE2 7LX  
Tel: (+44) 0116 252 3165  
e-mail: [dgt4@le.ac.uk](mailto:dgt4@le.ac.uk)

Times Higher Education University of the Year 2008-9.



## **ANEXO 6. Cuestionario a Profesionales Sanitarios en la Atención al Parto.**





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.

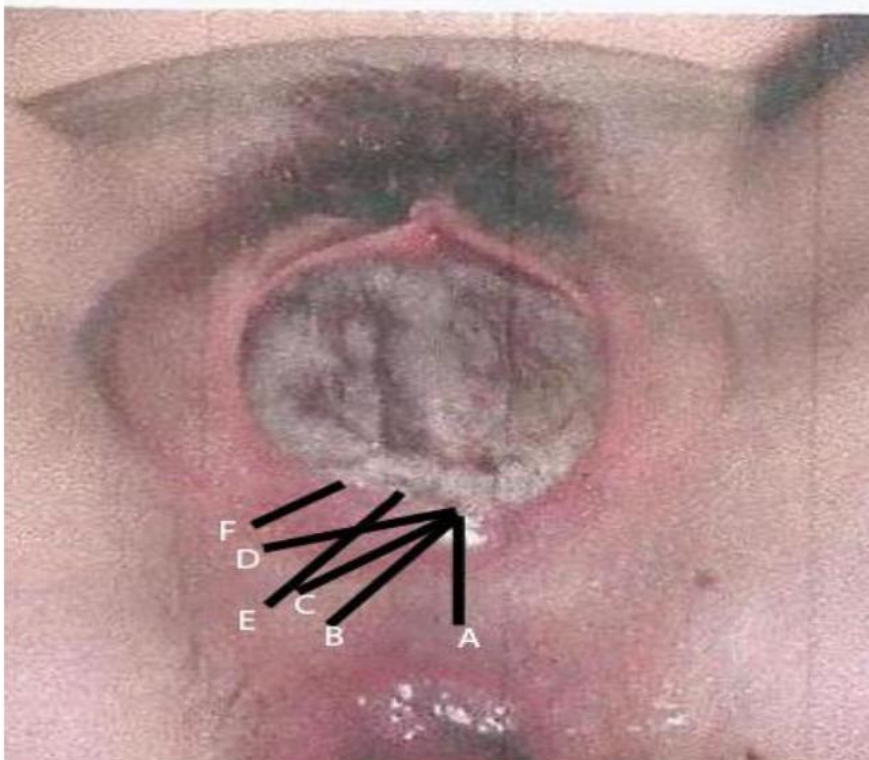
Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)

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 7. Indicador de Calidad sobre la  
Base de los Hospitales de Maternidad  
(Ministerio de Sanidad y Política Social,  
2009).**



Tabla 8.1. Indicadores de calidad de las MM.HH.		
Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la MH global	1. Porcentaje de partos sin intervención	$[a / b] * 100$ a) Número de partos sin intervención (partos normales). b) Total de partos (partos vaginales + cesáreas).
	2. Porcentaje de partos instrumentales	$[a / b] * 100$ a) Número de partos vaginales instrumentales. b) Total de partos vaginales.
	3. Porcentaje de partos con más de 18 horas de duración	$[a / b] * 100$ a) Número de partos vaginales > 18 horas de duración. b) Total de partos.
	4. Porcentaje de cesáreas	$[a / b] * 100$ a) Número de cesáreas. b) Total de partos (vaginales + cesáreas).
	5. Porcentaje de cesáreas programadas	$[a / b] * 100$ a) Número de cesáreas programadas. b) Total de partos (vaginales + cesáreas).
	6. Porcentaje de cesáreas urgentes	$[a / b] * 100$ a) Número de cesáreas urgentes. b) Total de partos (vaginales + cesáreas).
	7. Porcentaje de partos vaginales tras cesárea	$[a / b] * 100$ a) Número de partos vaginales con una cesárea previa. b) Total de partos (vaginales + cesáreas) con una cesárea previa.
	8. Porcentaje de episiotomías	$[a / b] * 100$ a) Número de episiotomías. b) Total de partos vaginales.
	9. Porcentaje de desgarros de III y IV grado	$[a / b] * 100$ a) Número de desgarros de III y IV grado. b) Total de partos vaginales.

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la MH global	10. Porcentaje de anestesia / analgesia epidural	$[a / b] * 100$ a) Número de de usuarias con anestesia / analgesia epidural. b) Total de partos vaginales.
	11. Porcentaje de hemorragia primaria posparto	$[a / b] * 100$ a) Número de usuarias con hemorragia tras parto vaginal. b) Total de partos vaginales.
	12. Porcentaje de ingresos en UCC	$[a / b] * 100$ a) Número de RN ingresados en una unidad de neonatología (propia o derivado a otros centros). b) Total de RN.
	13. Porcentaje de ingresos en unidad de neonatología	$[a / b] * 100$ a) Número de RN ingresados en una unidad de neonatología (propia o derivado a otros centros). b) Total de RN.
	14. Porcentaje de lesiones neonatales obstétricas	$[a / b] * 100$ a) Número de RN con lesiones neonatales obstétricas (p.ej.: parálisis de Erb). b) Total de RN.
	15. Porcentaje de encefalopatía neonatal	$[a / b] * 100$ a) Número de RN con encefalopatía neonatal. b) Total de RN.
	16. Tasa de mortalidad materna por causas obstétricas	$[a / b] * 100.000$ a) Número de muertes maternas por causa obstétrica directa (véase definición en anexo 10). b) Total de partos (vaginales + cesáreas). Nota: este indicador debe obtenerse mediante auditoría de todas las muertes maternas.
	17. Tasa de mortalidad perinatal	$[a / b] * 1.000$ a) Número de muertes perinatales (véase definición en anexo 10). b) Total de RN.
	18. Tasa de mortalidad perinatal intraparto	$[a / b] * 1.000$ a) Número de muertes perinatales intraparto. b) Total de RN.
19. Tasa de lactancia al alta	$[a / b] * 1.000$ a) Número de RN con lactancia materna al alta. b) Total de RN.	

**ANEXO 8. Relación de las  
Recomendaciones de la EAPN y los  
Indicadores Utilizados en la Evaluación  
2011. (Ministerio de Sanidad y Política  
Social, 2011).**



RECOMENDACIONES EAPN	INDICADORES UTILIZADOS
<b>3.1.1 Rasurado del periné</b>	
Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto. Opcionalmente, y si se considera necesario al momento de realizar una sutura, se podrá hacer un rasurado parcial del vello pubiano, o según preferencia de la parturienta	Recomienda evitar la práctica rutinaria del <b>rasurado</b> o simplemente no se menciona la práctica de rasurado
<b>3.1.2. Enema</b>	
Desaconsejar la administración rutinaria de enema a la gestante. Aplicar opcionalmente, previa información, si la gestante lo desea por algún motivo.	Desaconseja la práctica rutinaria de <b>enema</b> o simplemente no se menciona la práctica de enema
<b>3.1.3. Acompañamiento durante el proceso</b>	
Permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo.	Permite la presencia de una persona <b>acompañante</b> durante todo el proceso de modo ininterrumpido
Promover una <b>política</b> institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto.	Permite la <b>libre elección</b> de la persona <b>acompañante</b>
<b>3.1.4. Período de dilatación</b>	
Facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.	Facilitar la <b>deambulación</b>
Permitir la ingestión de alimentos, principalmente líquidos, según las necesidades de las gestantes.	Permitir la <b>ingesta de líquidos</b>
No colocar vía venosa periférica profiláctica de rutina.	Evitar el uso de <b>vía venosa periférica profiláctica</b>
Registrar la evolución del trabajo de parto mediante la utilización del partograma como elemento objetivo para el manejo del segundo periodo.	Partograma cumplimentado
No realizar amniotomía precoz de rutina. Esta conducta se reservará para parturientas con progreso anormal del trabajo de parto según parto-grama.	Realización de amniorrexis artificial
El empleo de la oxitocina se limitará a los casos de necesidad. No se considera necesaria si el progreso del parto es el adecuado.	Estimulación con oxitocina Partos inducidos
<b>3.1.5. Manejo del dolor durante el parto.</b>	
Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos.	Menciona las <b>alternativas NO farmacológicas</b> para el manejo del <b>dolor</b>
Informar a las mujeres de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas (endorfinas) en un parto fisiológico en condiciones de intimidad.	
No realizar analgesia de rutina	Uso de analgesia locorregional
<b>3.1.6. Posición materna durante el parto en el período expulsivo</b>	
Permitir que las mujeres adopten la postura que espontáneamente prefieran.	Posición materna en el expulsivo (encuesta)
Capacitar a profesionales de la atención al parto en las diferentes posiciones. Investigar las percepciones de las mujeres y los factores que influyen en la elección de las posiciones que adoptan.	Realización de maniobra de Kristeller
<b>3.1.7. Episiotomía</b>	
Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática.	Episiotomías en partos eutócicos Desgarros perineales de III y IV grado con episiotomía Desgarros de III y IV grado sin episiotomía
<b>3.1.8. Alumbramiento</b>	
No pinzar el cordón con latido como práctica habitual.	Aconseja realizar <b>pinzamiento de cordón</b> después de cesar el latido
Al no existir uniformidad respecto al alumbramiento expectante o activo como práctica en el Sistema Nacional de Salud, se recomienda realizar una investigación sobre el riesgo de sangrado en la tercera fase del parto, en partos seguidos en condiciones fisiológicas no intervenidos y en aquellos con manejo activo, que aporte conocimiento útil para poder elaborar las oportunas recomendaciones.	Alumbramiento con <b>manejo activo</b>

<b>3.1.9. Partos instrumentales</b>	
Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo expulsivo. En vista del hecho de que existe una reducción en la probabilidad de morbilidad materna con ventosa extractora comparada con el uso de fórceps, y en presencia de personal con buena experiencia en el uso de <i>vacuum</i> , este método es recomendado como primera opción cuando esté indicado un parto asistido.	Partos instrumentales Uso de fórceps Uso de espátulas Uso de <i>vacuum</i> extractor
<b>3.1.10. Cesáreas</b>	
Investigar las causas del incremento de las tasas de cesárea y de su variabilidad. Implementar programas para la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de su variabilidad no justificada.	Tasa de cesáreas (CMBD)
Facilitar, salvo excepciones, la posibilidad de un parto vaginal después de cesárea.	Parto vaginal tras cesárea.
<b>3.1.11. Contacto Precoz Madre-Criatura recién nacida</b>	
Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel.	Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel.
Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se la seca y se cubre con una toalla seca. Así se agarrará al pecho de forma espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre.	Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se la seca y se cubre con una toalla seca, permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre.
Los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre, son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar.	Los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre son su <b>identificación y test de Apgar</b> .
Posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc., al finalizar el contacto precoz, intentando realizar todos los procedimientos en presencia de las madres y sus parejas o acompañantes, y tras su consentimiento.	Posponer las <b>prácticas de profilaxis</b> ocular, peso, vitamina K, etc., al finalizar el contacto precoz, (70 minutos), intentando realizar estos procedimientos en presencia de las madres y padres, y tras su consentimiento.
No deben realizarse de forma rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y el paso de sonda rectal. No son necesarias y no están exentas de riesgo	<b>No realizar de forma rutinaria:</b> aspiración de secreciones, lavado gástrico, paso de la sonda orogástrica, paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y paso de sonda rectal.
Establecer la metodología de los cuidados centrados en el desarrollo, estimulando el método madre-canguro, el contacto piel con piel de madres y padres y la colaboración de éstos en sus cuidados, especialmente en los casos de criaturas recién nacidas más vulnerables.	Estimular el método madre-canguro, el contacto piel con piel de madres y padres y la colaboración de éstos en sus cuidados. Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel.
Favorecer la erradicación de las salas-nido en los hospitales.	<b>Alojamiento conjunto</b> madre-hijo siempre, salvo cuando exista justificación clínica para la separación y el RN ingrese en neonatos. No se contempla (o se excluye) la posibilidad de existencia de un "nido" o "nursery".
Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas.	Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas.
La criatura recién nacida sana y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite.	<b>Contacto precoz madre-RN</b> El contacto precoz madre-RN también es recomendable en caso de cesáreas (véase protocolo de cesáreas)



**3.1.12. Atención postnatal inmediata. Lactancia**

<p>Promover prácticas eficientes en el apoyo a la lactancia materna.</p>	<p>Respetar la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial. Dar información adecuada y desarrollar habilidades sobre lactancia artificial a las madres que así lo decidan. Iniciar la lactancia materna durante las 2 primeras horas de vida del recién nacido. Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas en lactancia. <b>Ejemplo: grupos de madres.</b></p>
<p>Facilitar en cada hospital a cada madre la posibilidad de la lactancia materna, su extracción, conservación y mantenimiento para la administración al RN de la leche de su propia madre.</p>	<p>Facilitar a cada madre la posibilidad de la lactancia materna, su extracción, conservación y mantenimiento para la administración al RN de la leche de su propia madre.</p>

## Ficha de Indicadores Utilizados para la Evaluación

Las variables principales de estudio consisten en un conjunto de 19 indicadores que miden los aspectos más relevantes de la práctica, a partir de la Estrategia para la Atención al Parto Normal del SNS. La siguiente tabla contiene un listado del conjunto de los indicadores:

Nº	Nombre del indicador
1	Protocolo de atención al parto y nacimiento
2	Partograma cumplimentado
3	Realización de amniorexis artificial
4	Estimulación con oxitocina
5	Partos inducidos
6	Uso de analgesia locoregional (epidural y raquídea)
7	Alumbramiento con manejo activo
8	Episiotomías en partos eutócicos
9	Desgarros perineales de III y IV grado <u>con episiotomía</u>
10	Desgarros perineales de III y IV grado <u>sin episiotomía</u>
11	Partos instrumentales
12	Uso de fórceps
13	Uso de espátulas
14	Uso de vacuum extractor
15	Parto vaginal tras cesárea
16	Posición materna en el expulsivo
17	Realización de maniobra de Kristeller
18	Contacto precoz madre-recién nacido
19	Tasa de cesáreas

A continuación se incluye una descripción completa de cada uno de los indicadores:

Indicador 1	<b>PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL PARTO y NACIMIENTO</b>
<b>Justificación</b>	La adecuada asistencia al parto normal se ve favorecida por la estandarización del proceso de acuerdo a la evidencia científica, así plasmada en los protocolos de cada centro por consenso del equipo profesional. Los protocolos, igual que la evidencia, no son permanentes y deben ser actualizados al mismo ritmo que ésta. Su objetivo es homogeneizar la atención al parto en el centro y facilitar la toma de decisiones de los/las profesionales.
<b>Dimensión</b>	Adecuación a las recomendaciones de la EAPN
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de centros que disponen de protocolo completo de atención al parto y nacimiento}}{\text{Nº de centros evaluados}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<p><b>Protocolo completo:</b> Documento/s institucional/es en el que consten específicamente las siguientes recomendaciones de la “Estrategia de atención al parto normal” en el SNS:</p> <p>Recomienda evitar la práctica rutinaria del rasurado o simplemente no se menciona la práctica de rasurado</p> <p>Desaconseja la práctica rutinaria de enema o simplemente no se menciona la práctica de enema</p> <p>Permite la presencia de una persona acompañante durante todo el proceso de modo ininterrumpido</p> <p>Permite la libre elección de la persona acompañante</p> <p>Durante la dilatación hace referencia a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>facilitar la deambulaci3n</li> <li>permitir la ingesta de líquidos</li> <li>evitar el uso de vía venosa periférica profiláctica</li> </ol> <p>Menciona las alternativas NO farmacológicas para el manejo del dolor</p> <p>Aconseja realizar pinzamiento de cord3n después de cesar el latido</p> <p>Respetar las fases del expulsivo y sus tiempos</p> <p>Contacto precoz madre RN: (11 ítems)</p> <p>Lactancia: (6 ítems)</p> <p>Alojamiento conjunto madre–hijo siempre, salvo cuando exista justificaci3n clínica para la separaci3n y el RN ingrese en neonatos. Es decir, no se contempla (o se excluye) la posibilidad de existencia de un “nido” o “nursery”.</p> <p>Recomienda tener en cuenta el “Plan de parto”</p>
<b>Poblaci3n</b>	Todos los centros evaluados
<b>Tipo</b>	Estructura
<b>Fuentes de datos</b>	<p>La informaci3n sobre los elementos de la estrategia puede encontrarse en 1 o más de los protocolos citados a continuaci3n:</p> <p>Protocolo de parto (elementos del 1 al 8, fundamentalmente)</p> <p>Protocolo de puerperio o planta maternal (elementos del 9 al 12)</p> <p>Protocolo de lactancia (en caso de no estar incluido en el de puerperio)</p> <p>Protocolo de neonatología o pediatría (elementos del 9 al 12)</p> <p>Protocolo de cesáreas (elemento 10 específico para cesáreas)</p>
<b>Estándar</b>	100%
<b>Comentarios</b>	<p><b>Nota:</b> Solo se considerará cumplido el indicador cuando el protocolo del centro incorpore todas las recomendaciones citadas.</p> <p><b>Bibliografía:</b> Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud Recomendaciones Ottawa sobre expulsivo Revisi3n Cochrane de pinzamiento de cord3n Recomendaciones AEP GPC sobre la atenci3n al parto normal.</p>

<b>Indicador 2</b>	<b>PARTOGRAMA CUMPLIMENTADO</b>
<b>Justificación</b>	El partograma es la representación gráfica de distintas variables relacionadas con el trabajo de parto. Éste permite ver y valorar la evolución del progreso del trabajo de parto, facilitando tomar decisiones clínicas más rápidamente.
<b>Dimensión</b>	Efectividad, seguimiento, continuidad asistencial
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos con hoja de partograma cumplimentada totalmente}}{\text{Nº total de partos vaginales y cesáreas intraparto o urgentes}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<p><b>Partograma cumplimentado totalmente:</b> Registro de <u>todos</u> los apartados siguientes:  FCF (registro cardiotocográfico continuo o con ventanas o bien registro manual)  Determinación de pulso, TA y temperatura  Control de la dinámica uterina, haciendo constar cada vez la frecuencia y calidad de las contracciones (registro cardiotocográfico)  Constancia de la realización de tactos vaginales haciendo constar el progreso de la dilatación (en cm.) y las modificaciones del cuello  Constancia de la altura de la presentación o descenso de la presentación, ya sea cabeza o nalgas (planos de Hodge)  Constancia de los cambios de posición fetal  Medicamentos utilizados  Color de las aguas</p> <p><b>Parto vaginal:</b> expulsión del feto por vía vaginal (instrumental o no)</p> <p><b>Cesárea intraparto:</b> cesárea No programada o urgente</p>
<b>Población</b>	<p>Todos los partos atendidos (vaginales y cesáreas intraparto) durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.</p> <p><b>Criterio de exclusión:</b>  Cesáreas programadas o electivas</p>
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	<p><b>Numerador:</b>  Hoja de partograma  Registro cardiotocográfico  Documentación clínica</p>
<b>Estándar</b>	100%
<b>Comentarios</b>	<p><b>Nota:</b>  Solo se considerará cumplido el indicador cuando la hoja de partograma contenga todos los parámetros citados en explicación de términos.</p> <p><b>Bibliografía:</b>  MHD-US AID. Best Practices. The partograph. An essential Tool for Decision-Making during Labor. US Agency for International Development 2002.  Uso del partograma. OMS. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para matronas y especialidad médica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones conexas. Ginebra: OMS; 2002.</p>

<b>Indicador 3</b>	<b>REALIZACIÓN DE AMNIOTOMIA (AMNIOREXIS ARTIFICIAL)</b>
<b>Justificación</b>	En el parto normal es recomendable no interferir en el proceso normal de rotura espontánea de membranas. La rotura artificial de membranas puede producir efectos adversos y complicaciones como aumento del riesgo de infección o aparición de patrones anormales de la FCF.
<b>Dimensión</b>	Efectividad, alteración del proceso fisiológico
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de amniotomías (amniorrexis artificiales) realizadas en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{N}^\circ \text{ total de partos vaginales y cesáreas intraparto}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<p><b>Amniorrexis artificial:</b> Rotura artificial de membranas (amniotomía)</p> <p><b>Parto vaginal:</b> Expulsión del feto por vía vaginal (instrumental o espontáneo)</p> <p><b>Cesárea intraparto/urgente:</b> Aquella que se realiza cuando ya se ha iniciado el trabajo de parto, no de modo programado cuya fecha de ingreso hubiera sido fijada previamente.</p>
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado (aunque acaben en cesárea, tanto cesárea intraparto/urgente como cesárea urgente), en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	<p><b>Numerador:</b></p> <p>Documentación clínica</p> <p>Hoja de partograma</p>
<b>Estándar (*)</b>	<p>No establecido</p> <p>La Estrategia de atención al parto normal recomienda <u>no realizar de forma rutinaria</u>.</p> <p>(*) La bibliografía consultada no permite establecer un estándar válido que constituya una tasa esperable de amniorrexis correctamente indicadas. En cualquier caso, resultados superiores al 20% hacen recomendable una revisión del protocolo o de su cumplimiento en el centro. Cuando se disponga de resultados de series amplias con manejo fisiológico del parto en base a evidencia (GPC), podrán tomarse como estándar orientativo.</p>
<b>Comentarios</b>	<p><b>Bibliografía:</b></p> <p>Estrategia de atención al parto normal en el SNS.</p> <p>Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, Biblioteca de salud reproductiva (BSR/OMS), ICAs y recomendaciones de la OMS.</p> <p>Smyth RMD, Allfred SK, Markham C. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i>, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a>.</p> <p>Guía NICE: Intrapartum care (<a href="http://www.nice.org.uk/CG055">http://www.nice.org.uk/CG055</a>)</p> <p>GPC sobre la atención al parto normal.</p>

<b>Indicador 4</b>	<b>ESTIMULACIÓN CON OXITOCINA</b>
<b>Justificación</b>	El uso de la oxitocina no ha demostrado beneficio en los partos normales. Existe, sin embargo, creciente evidencia respecto a los efectos adversos que produce la estimulación de la dinámica uterina de modo artificial y el subsiguiente bloqueo en la producción endógena de la oxitocina natural y hormonas acompañantes.
<b>Dimensión</b>	Efectividad, supresión de la oxitocina endógena, alteración del proceso fisiológico.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de partos de inicio espontáneo con administración de oxitocina durante la dilatación en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de partos con inicio espontáneo}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<p><b>Inicio espontáneo de parto:</b> Parto en gestante que inicia dinámica uterina (contracciones) entre las 37 a 42 semanas de gestación y alcanza 3 cm de dilatación.</p> <p><b>Administración de oxitocina:</b> Administración de cualquier oxitócico por vía ev. durante la dilatación.</p> <p><b>Periodo de dilatación:</b> Espacio de tiempo que comienza cuando el cérvix está borrado (3-4 cm. de dilatación) y termina cuando la dilatación es completa (10 cm.)</p>
<b>Población</b>	Todos los partos que presenten un inicio espontáneo de trabajo de parto, independientemente del resultado final (parto vaginal o cesárea). Quedan incluidos los partos de nalgas.
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	<p><b>Numerador:</b> Documentación Clínica Hoja de administración de fármacos Registro tococardiográfico Partograma</p>
<b>Estándar</b>	<b>5-10 %</b>
<b>Comentarios</b>	Se ha tenido que verificar en cada HC la fiabilidad de la terminología utilizada, ya que se ha observado confusión entre estimulación e inducción.

Indicador 5	PARTOS INDUCIDOS
<b>Justificación</b>	<p>El procedimiento de inducción al parto está dirigido a desencadenar el trabajo de parto de forma artificial. Existen diferentes técnicas para inducir el trabajo de parto mediante el uso de sustancias farmacológicas.</p> <p>La inducción al parto no está exenta de riesgos, por lo que su uso debe estar justificado por la presencia de algún o algunos factores de riesgo y tras una evaluación ajustada entre el riesgo/beneficio según la técnica o procedimiento que se emplee para la inducción.</p> <p>La inducción es un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas en gestantes sin dinámica efectiva y que no está exento de riesgos, por lo que no está justificado su uso, salvo indicación obstétrica.</p>
<b>Dimensión</b>	Seguridad, alteración del proceso fisiológico
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos inducidos en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales y cesáreas intraparto}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<p><b>Parto inducido:</b> Procedimiento que incluye uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administración de oxitocina durante el periodo de dilatación</li> <li>Administración de Prostaglandinas + oxitocina</li> <li>Administración de Prostaglandinas</li> <li>Amniotomía (amniorrexis artificial) en gestante que no está de parto (acompañada o no de oxitocina)</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todos los partos atendidos (vaginales y cesáreas intraparto) durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.</p> <p><b>Criterio de exclusión:</b></p> <p>Cesáreas programadas o electivas</p>
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<p><b>Numerador:</b> Documentación Clínica (hoja de evolución, órdenes medicas...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja de partograma</li> <li>Hoja de ingreso donde se registra si ingresa para inducción o no</li> <li>Registro tococardiográfico</li> </ul>
<b>Estándar</b>	<b>10 %</b>
<b>Comentarios</b>	Es importante señalar la diferencia entre la administración de oxitocina para INDUCCIÓN, de la administrada tras el nacimiento para la EXPULSIÓN DE LA PLACENTA durante el alumbramiento.

Indicador 6	<b>USO DE ANALGESIA LOCOREGIONAL (EPIDURAL O RAQUÍDEA)</b>
<b>Justificación</b>	La analgesia epidural es el método de analgesia locoregional que consigue el más completo alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan este método tienen mayores riesgos, derivados de la propia técnica: necesidad de monitorización materna y fetal más estrecha, fiebre intraparto, sondaje vesical, hipotensión, periodos expulsivos de mayor duración, aumento de partos instrumentales, etc. En ocasiones, se usa la vía raquídea en vez de la epidural. Pueden ofrecerse alternativas de ayuda analgésica a la mujer que elige parto sin epidural. De todas maneras, la analgesia epidural debe estar disponible para todas las gestantes que lo solicitan.
<b>Dimensión</b>	Seguridad, consecuencias
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos con analgesia locoregional en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos (vaginales y cesáreas intraparto)}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Analgesia LOCOREGIONAL:</b> Todo procedimiento analgésico basado en analgesia locoregional, aunque finalice con analgesia general. Incluye la EPIDURAL y la RAQUÍDEA.
<b>Población</b>	<p>Todos los partos (vaginal y cesáreas intraparto) atendidos durante el periodo revisado, en gestantes de 37 a 42 semanas.</p> <p><b>Criterio de exclusión:</b> Cesáreas programadas</p>
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Documentación clínica Partograma Hoja de analgesia
<b>Estándar</b>	<p>No se ha establecido un estándar</p> <p>Se ha aceptado un amplio rango: 30 –80%</p> <p>La Estrategia de atención al parto normal recomienda informar a las mujeres de los riesgos y no realizar analgesia de rutina. Pone énfasis en informar a las mujeres sobre los distintos métodos alternativos para el alivio del dolor.</p> <p><b>Nota del equipo redactor:</b> El rango es muy amplio ya que el resultado del indicador puede estar influido por numerosas variables. En cualquier caso, su utilidad reside en que todo hospital cuyo resultado esté fuera de este rango significa una sobre/infrautilización de la epidural y debiera hacer una reflexión sobre sus resultados, revisando el protocolo de actuación, el equipo de matronas o los recursos de analgesia.</p>
<b>Comentarios</b>	<p><b>Bibliografía:</b> Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, e ICAs . Guía NICE Intrapartum care (<a href="http://www.nice.org.uk/CG055">http://www.nice.org.uk/CG055</a>) GPC sobre la atención al parto normal.</p>



<b>Indicador 7</b>	<b>ALUMBRAMIENTO CON MANEJO ACTIVO</b>
<b>Justificación</b>	Aunque actualmente es más habitual el manejo expectante del alumbramiento que el activo, diversos estudios aportan resultados en los que se asocia la conducta activa con una reducción importante de aspectos como la hemorragia puerperal severa, las transfusiones y menor necesidad de uso adicional de oxitócicos en partos en el ámbito hospitalario. No se ha estudiado este aspecto en partos que transcurren en condiciones totalmente fisiológicas.
<b>Dimensión</b>	Seguridad
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de alumbramientos con manejo activo en partos normales en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales de 37 a 42 semanas}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Manejo activo:</b> También registrado, en ocasiones, como <b>alumbramiento dirigido</b> .
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Documentación Clínica Partograma Hoja de parto
<b>Estándar</b>	Superior al 70% (GPC)
<b>Comentarios</b>	<p><b>Nota:</b> La Estrategia de atención al parto normal recoge dos recomendaciones: No pinzar el cordón con latido como práctica habitual. Realizar una investigación sobre el riesgo de sangrado en partos seguidos en condiciones fisiológicas no intervenidos y en aquellos con manejo activo, que aporte conocimiento útil para elaborar las oportunas recomendaciones; dado que no existe uniformidad respecto al alumbramiento expectante o activo como práctica en el SNS.</p> <p><b>Bibliografía:</b> GPC sobre la atención al parto normal. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, ICAs, comentarios de la Biblioteca de salud reproductiva (BSR/OMS) y recomendaciones de la OMS.</p>

Indicador 8	EPISIOTOMÍAS EN PARTOS EUTÓCICOS
<b>Justificación</b>	La episiotomía sistemática es una práctica cuestionada actualmente y que presenta una amplia variabilidad en el territorio español. Existe evidencia consistente de que la episiotomía rutinaria no aporta beneficios y sí tiene complicaciones a corto y largo plazo.
<b>Dimensión</b>	Efectividad, consecuencias
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de episiotomías en partos eutócicos}}{\text{Nº total de partos eutócicos}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Parto Eutócico:</b> Parto vaginal en presentación cefálica y a término (37-42 semanas) de inicio espontáneo o inducido y que NO ha requerido instrumentación ni manipulación fetal.
<b>Población</b>	Todos los partos eutócicos
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Documentación clínica Partograma Hoja de parto
<b>Estándar</b>	Inferior al 15%
<b>Comentarios</b>	<b>Bibliografía:</b> Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), y recomendaciones de la OMS. GPC sobre la atención al parto normal.

<b>Indicador 9</b>	<b>DESGARROS PERINEALES DE III Y IV GRADO <u>CON EPISIOTOMÍA</u></b>
<b>Justificación</b>	Una incidencia excesiva de desgarros perineales severos (GIII y GIV) puede implicar deficiencias en la asistencia al parto. Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el uso indiscriminado de la episiotomía aumenta los riesgos y la morbilidad del parto y, más concretamente, aumenta el riesgo de desgarros perineales severos (GIII y GIV).
<b>Dimensión</b>	Seguridad
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de desgarros de grado III y IV en partos con episiotomía en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales con episiotomía en gestantes de 37 a 42 semanas}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Desgarro de grado III:</b> Afectación del periné, incluyendo esfínter anal <b>Desgarro de grado IV:</b> Lesión de grado III con afectación de la mucosa rectal
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador y denominador:</b> Documentación Clínica Partograma
<b>Estándar</b>	1 - 5 %
<b>Comentarios</b>	<b>Nota:</b> Hay un porcentaje de desgarros que se diagnostican en el puerperio precoz o tardío que no podrán ser identificados (falsos negativos). <b>Bibliografía:</b> GPC sobre la atención al parto normal.

<b>Indicador 10</b>	<b>DESGARROS PERINEALES DE III Y IV GRADO <u>SIN EPISIOTOMÍA</u></b>
<b>Justificación</b>	Una incidencia excesiva de desgarros perineales severos (GIII y GIV) puede implicar deficiencias en la asistencia al parto. Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el uso indiscriminado de la episiotomía aumenta los riesgos y la morbilidad del parto y, más concretamente, aumenta el riesgo de desgarros perineales severos (GIII y GIV).
<b>Dimensión</b>	Seguridad
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de desgarros de grado III y IV en partos sin episiotomía en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales sin episiotomía en gestantes de 37 a 42 semanas}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Desgarro de grado III:</b> Afectación del periné, incluyendo esfínter anal <b>Desgarro de grado IV:</b> Lesión de grado III con afectación de la mucosa rectal
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador y denominador:</b> Documentación clínica Partograma
<b>Estándar</b>	0.5% a 3%
<b>Comentarios</b>	<b>Nota:</b> Hay un porcentaje de desgarros que se diagnostican en el puerperio precoz o tardío que no podrán ser identificados.

<b>Indicador 11</b>	<b>PARTOS INSTRUMENTALES</b>
<b>Justificación</b>	La realización de un parto instrumental (fórceps, ventosa o espátula) se debe restringir a las indicaciones estrictamente necesarias, ya que se trata de procedimientos que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso aumenta la realización de episiotomías, la producción de desgarros, el dolor en el puerperio, el riesgo de lesiones del periné con secuelas a largo plazo y reduce las tasas de duración de lactancia materna.
<b>Dimensión</b>	Seguridad, efectividad
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos instrumentales en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Parto instrumental:</b> Aquél que incluye el uso de fórceps, espátulas o ventosa.
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Documentación clínica Partograma
<b>Estándar</b>	Inferior al 15%
<b>Comentarios</b>	<b>Bibliografía:</b> Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs. Aceituno-Velasco, L. Tasa de partos instrumentales en España. <i>Progresos de Obstetricia y Ginecología</i> , Volume 52, Issue 10, October 2009, Pages 609-615

Indicador 12	USO DE FÓRCEPS
<b>Justificación</b>	La realización de un parto instrumental (fórceps, ventosa o espátula) se debe restringir a las indicaciones estrictamente necesarias, ya que se trata de procedimientos que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso aumenta la realización de episiotomías y reduce las tasas de duración de lactancia materna, asociado a las dificultades de inicio de la lactancia por mayor separación madre-RN, estrés de RN por parto complicado e incomodidad materna por cicatrices o dolor.
<b>Dimensión</b>	Seguridad, efectividad
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos con fórceps en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> CMBD nacional
<b>Estándar</b>	5%
<b>Comentarios</b>	<b>Bibliografía:</b> Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs.

<b>Indicador 13</b>	<b>USO DE ESPÁTULAS</b>
<b>Justificación</b>	La realización de un parto instrumental (fórceps, ventosa o espátula) se debe restringir a las indicaciones estrictamente necesarias, ya que se trata de procedimientos que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso aumenta la realización de episiotomías y reduce las tasas de duración de lactancia materna, asociado a las dificultades de inicio de la lactancia por mayor separación madre-RN, estrés de RN por parto complicado e incomodidad materna por cicatrices o dolor.
<b>Dimensión</b>	Seguridad, efectividad
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos con espátulas en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Documentación clínica Partograma
<b>Estándar</b>	5%
<b>Comentarios</b>	<b>Bibliografía:</b> Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs.

<b>Indicador 14</b>	<b>USO DE VACUUM EXTRACTOR</b>
<b>Justificación</b>	El uso de ventosa extractora reduce la probabilidad de morbilidad materna comparada con el uso de fórceps; por ello, siempre que se cumplan las condiciones de aplicación (indicación obstétrica) es el método recomendado como primera opción en parto asistido.
<b>Dimensión</b>	Seguridad, efectividad
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos con vacuum en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Documentación clínica Partograma
<b>Estándar</b>	Igual o inferior al 7 %
<b>Comentarios</b>	<b>Bibliografía:</b> Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs.



<b>Indicador 15</b>	<b>PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA</b>
<b>Justificación</b>	En la mayoría de los casos, es posible que una mujer tenga un parto vaginal tras una cesárea. Existen amplias diferencias entre centros respecto a la práctica de permitir el inicio espontáneo de parto en estas mujeres.
<b>Dimensión</b>	Seguridad , efectividad, satisfacción
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos por vía vaginal tras cesárea previa}}{\text{Nº total de partos tras cesárea previa}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Cesárea previa:</b> cesárea en <u>cualquier</u> parto anterior al actual (no es necesario que sea el inmediatamente anterior).
<b>Población</b>	Todos los partos (vaginales o cesáreas), atendidos durante el periodo evaluado y que han tenido <u>una y solo una cesárea</u> previa. <b>Criterio de exclusión:</b> Partos con más de 1 cesárea previa (la existencia de 2 cesáreas previas es indicación de cesárea electiva) Partos sin ninguna cesárea previa
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Documentación clínica Partograma Hoja de ingreso
<b>Estándar</b>	60% - 80%
<b>Comentarios</b>	<b>Bibliografía:</b> Cunningham FG, Bangdiwala S, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, King T, Spencer Lukacz E, McCullough LB, Nicholson W, Petit N, Probstfield JL, Viguera AC, Wong CA, Zimmet SC. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: <b>Vaginal Birth After Cesarean: New Insights</b> . March 8–10, 2010. Obstetrics & Gynecology. 2010; 115(6):1279–1295 ACOG Practice bulletin no. 115: <b>Vaginal birth after previous cesarean delivery</b> . American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetrics & Gynecology 116(2 Pt 1):450-63, 2010 Aug 116(2 Pt 1):450-63, 2010 Aug <b>Birth after previous caesarean birth</b> . Green Top Guidelines nº 45. RCOG EURO-PERISTAT Project (2004). European Perinatal Health Report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies

Indicador 16	POSICIÓN MATERNA EN EL EXPULSIVO
<b>Justificación</b>	Durante el expulsivo es recomendable que la mujer adopte la posición que espontáneamente elija y le resulte más cómoda. La posición vertical o lateral puede facilitar un acortamiento en la duración del expulsivo, además de una reducción del número de partos asistidos y de episiotomías con respecto a la posición habitual de litotomía, pero aumentan los desgarros de grado II y la pérdida de sangre. La posición no parece afectar al uso de analgesia, cesáreas, necesidad de transfusión o alumbramiento manual.
<b>Dimensión</b>	Satisfacción, seguridad
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos vaginales en los que ha mantenido la posición de litotomía durante todo el expulsivo en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Posición de litotomía:</b> Colocación de la parturienta en posición de decúbito dorsal y con las EEII en estribos o perneras.
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales, instrumentados o no, atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Pregunta directa a las pacientes que estén ingresadas en sala de maternidad el día/s de la evaluación.
<b>Estándar</b>	Inferior al 30%
<b>Comentarios</b>	<p><b>Nota:</b> No se excluyen los partos vaginales instrumentados, ya que con anterioridad a la indicación de instrumentación también pueden adoptarse posiciones alternativas y, en el caso de uso de ventosa, no están desaconsejadas posiciones distintas a la dorsal. El revisor mostrará una imagen gráfica de la posición para facilitar la comprensión de la encuestada.</p> <p><b>Bibliografía:</b> Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database y recomendaciones de la OMS GPC sobre la atención al parto normal.</p>

<b>Indicador 17</b>	<b>REALIZACIÓN DE LA MANIOBRA DE KRISTELLER</b>
<b>Justificación</b>	La maniobra de Kristeller está contraindicada por sus riesgos potenciales. En caso de necesidad de acelerar la salida del bebé, se deben utilizar los procedimientos que indica la GPC. Es importante recoger la utilización de esta maniobra en los partos de cada maternidad.
<b>Dimensión</b>	Seguridad, satisfacción
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos vaginales en los que se ha realizado la maniobra de Kristeller en gestantes de 37 a 42 semanas}}{100 \times \text{Nº total de partos vaginales}}$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Maniobra de Kristeller:</b> Presión y empuje sobre el fondo uterino durante el expulsivo, ejercido con el brazo por matrona, auxiliar o ginecólogo, para contribuir a la salida del bebé.
<b>Población</b>	Todos los partos vaginales, instrumentados o no, y atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Pregunta directa a las pacientes que estén ingresadas en sala de maternidad el día/s de la evaluación
<b>Estándar</b>	0%
<b>Comentarios</b>	<p><b>Nota:</b> El revisor mostrará una imagen gráfica de la maniobra para facilitar la comprensión de la encuestada.</p> <p><b>Bibliografía:</b> Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database y recomendaciones de la OMS. GPC sobre la atención al parto normal.</p>

Indicador 18	CONTACTO PRECOZ MADRE-RECIEN NACIDO
<b>Justificación</b>	Se denomina contacto piel con piel precoz al contacto piel con piel del recién nacido con su madre inmediato tras el parto. El recién nacido se coloca en decúbito prono sobre el abdomen materno y poco a poco se desplazará, reptando, hasta llegar al pecho. El contacto precoz piel-piel entre la madre (y, en su defecto, el padre) genera beneficios en la maduración psicomotora y emocional de la criatura y contribuye positivamente a mantener una dinámica hormonal y de comunicación madre-recién nacido positiva para ambos, facilitando el agarre temprano y el inicio de la lactancia materna exclusiva. No se han encontrado evidencias que desaconsejen esta práctica.
<b>Dimensión</b>	Satisfacción
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de partos (incluye cesáreas) en los que la madre y el recién nacido han permanecido juntos}}{\text{Nº total de partos}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<b>Permanecer juntos:</b> Colocación de la criatura recién nacida sobre el abdomen de la madre al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel.
<b>Población</b>	Todos los partos -vaginales, instrumentados o no, y las cesáreas- atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador:</b> Pregunta directa a las pacientes que estén ingresadas en sala de maternidad el día/s de la evaluación
<b>Estándar</b>	Igual o superior al 80%
<b>Comentarios</b>	<p><b>Nota:</b> El revisor mostrará una imagen gráfica de la posición para facilitar la comprensión de la encuestada.</p> <p><b>Bibliografía:</b> Estrategia de atención al parto normal en el SNS. Revisiones sistemáticas de Cochrane Database y recomendaciones de la OMS GPC sobre la atención al parto normal.</p>

<b>Indicador 19</b>	<b>TASA DE CESÁREAS</b>
<b>Justificación</b>	La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbilidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido. A pesar de ello y de las recomendaciones de la OMS, en España, la tasa de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.
<b>Dimensión</b>	Seguridad, eficiencia
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de cesáreas}}{\text{Nº total de partos}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	
<b>Población</b>	Todos los partos atendidos (vaginales y cesáreas) durante el periodo evaluado.
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	<b>Numerador y denominador:</b> CMBD
<b>Estándar</b>	15% (OMS)
<b>Comentarios</b>	<p><b>Bibliografía:</b>                      Estrategia de atención al parto normal en el SNS.                      Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, meta-análisis y artículos incluidos en Medline, AHRQ y BVS.                      Proyecto de adecuación de las tasas de cesárea a estándares clínicos.</p>





