

Cómo citar este documento

Roa Dominguez, Isabel María. Intervención educativa para disminuir la prevalencia de trauma perineal en el área sanitaria de Alicante. Biblioteca Lascasas, 2017; V13. Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11498.php>>

Intervención educativa para disminuir la prevalencia de trauma perineal en el área sanitaria de Alicante

Isabel María Roa Dominguez¹

Hospital Universitario de San Juan (Alicante), España

Resumen

Se quiere mejorar los conocimientos en las embarazadas para la toma consciente de decisiones con respecto a las diferentes técnicas y métodos analgésicos posibles a utilizar en su parto, y así mejorar resultados obstétricos (mayor número de partos eutócicos) al intervenir lo mínimo posible y como resultado disminuir la prevalencia de las episiotomías y desgarros perineales. Para ello, se lleva a cabo un estudio de prevalencia a través de unos cuestionarios elaborado ad hoc, en una muestra de gestantes, para así poder cuantificar y ver la magnitud de la situación existente. Gracias a ello, se podrá hacer patente la necesidad de capacitar a las gestantes, pues hay desconocimiento por parte de estas al resto de alternativas analgésicas existentes y que se pueden utilizar durante el trabajo de parto. Incluir el tema en la educación maternal.

Palabras clave: trauma perineal, parto, posparto, analgesia.

Abstract *Educational intervention to decrease the prevalence of perineal trauma in the health area of Alicante*

We want to improve knowledge in pregnant women for conscious decision-making regarding different techniques and analgesic methods possible to use in their birth, and thus improve obstetric outcomes (the different techniques eutocic birth) by intervening as little as possible and as a result decrease on prevalence of episiotomies and perineal trauma. For this, a prevalence study is carried out through questionnaires elaborated ad hoc, in a sample of pregnant women, in order to quantify and see the magnitude of the existing situation. Therefore to this, it will be possible to consolidate the need to train the pregnant women, since they are not currently of the other analgesic alternatives available and that can be used during labor. Include the topic in the maternal education.

Key-words: perineal trauma, childbirth, postpartum, analgesia.

Antecedentes y estado actual del tema

El trauma perineal se define como cualquier tipo de lesión o daño que sucede en el periné durante el parto, pudiendo aparecer en forma de desgarro perineal (espontáneo) o bien por la realización de una episiotomía por parte del profesional que atiende el parto. Conllevando por tanto a una mayor morbilidad posterior tanto a corto como a largo plazo para la mujer y presentando complicaciones como molestias, dolor, incontinencia urinaria y/o rectal, o dispareunia (dolor durante el coito) en las semanas o meses posteriores al parto, alargando así el proceso de recuperación de la mujer.^{1,2}

Uno de los factores que más preocupan tanto a las mujeres embarazadas como a los profesionales sanitarios que asisten el parto, es cómo evitar que ocurran desgarros perineales y reducir el uso de las episiotomías, ya que ocasionan una elevada morbilidad.³

El cuidado y atención adecuados en la gestación y proceso de parto para que puedan dar a luz de una forma más natural y con menos procedimientos médicos puede contribuir a la obtención de unos buenos resultados, pudiéndose adaptar así más fácilmente a la vida después del parto y, por consiguiente, garantizar el cuidado adecuado del niño. En este aspecto la matrona juega un papel muy importante, ya que tiene que garantizar un cuidado adecuado de la mujer disminuyendo en todo lo posible la necesidad de intervención que le pueda causar experiencias negativas.^{4,5}

La justificación de esta revisión bibliográfica se basa en la existencia de una alta tasa de traumatismo perineal durante el trabajo de parto y complicaciones después del parto.

Alrededor de un 60-85% de mujeres sufren traumatismo perineal especialmente en primíparas, y sus consecuencias negativas.⁶

Actualmente se utilizan diversas técnicas analgésicas y farmacológicas para intentar disminuir el dolor intraparto. De todos estos métodos analgésicos la analgesia epidural (AE) es la técnica más efectiva y con la relación beneficio/riesgo más favorable para controlar el dolor relacionado con el trabajo de parto y expulsivo. Su uso para el trabajo de parto se ha incrementado de manera importante en los últimos años.^{7,8}

Respecto a la mujer, la AE durante el parto se ha relacionado con incremento de partos instrumentados, distocias por malposición, hipertermia materna intraparto, retención urinaria, hipotensión, así como partos espontáneos más prolongados.⁹

A pesar del enorme número de publicaciones al respecto, sigue sin existir un consenso en cuanto a los efectos secundarios maternos y fetales relacionados con el empleo de AE.¹⁰

La terminación en parto instrumentado, como consecuencia negativa de la AE, tiene gran repercusión para la vida posterior de la mujer. Esto se debe a la excesiva relajación del tono de los músculos del piso pélvico, provocado por un bloqueo motor, que dificulta el apoyo sobre una musculatura firme que facilite la actitud de flexión y correcta rotación de la cabeza favoreciendo a malposiciones fetales. Además, el reflejo de pujo y la actividad uterina están disminuidos.

En una revisión Cochrane¹¹ se compara dicho uso rutinario con el restrictivo, concluyendo que la evidencia apoya este último pues tiene un menor trauma perineal posterior, menos suturas y menores complicaciones, sin embargo, hubo mayor riesgo de trauma perineal anterior.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un uso restringido de la misma.¹²

Según autores de una revisión sistemática (RS)¹³ las mujeres que estén considerando el alivio del dolor para el trabajo de parto deben tener acceso al conocimiento expuesto para tomar una decisión informada, libre y responsable.

Si se capacita a las gestantes para la toma consciente de decisiones se reducirá la aparición de estos problemas que la mujer podrá padecer después del parto y que son consecuencia primera de la epidural, instrumentalización y consiguiente trauma perineal grave.

Por eso no sólo hay que dar información sobre los beneficios y/o efectos adversos de la AE, sino también alternativas a la misma, aportando el mismo grado de conocimiento sobre estos métodos.

Hay métodos analgésicos no invasivos para el alivio del dolor: electroterapia, termoterapia, crioterapia, masoterapia, acupuntura. La efectividad informada de estos métodos varía según una RS Cochrane.¹⁴

Además de métodos no farmacológicos que incluyen acupresión, reflexología, aromaterapia, neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS) e inyección intradérmica de agua estéril, de la revisión sistemática Cochrane¹⁵ que indican que las embarazadas que utilizan medidas como masajes y acupuntura pueden ser útiles para el tratamiento del dolor. Aun no se ha evaluado la eficacia de otros métodos como audioanalgesia y musicoterapia. Los métodos farmacológicos como inhalación de óxido nítrico y la inyección parenteral de opiáceos también se emplean con frecuencia para aliviar el dolor en el trabajo de parto, aunque no existen muchos estudios científicos rigurosos que aporten información sobre su efectividad.

En otra RS¹⁶ se encontró que la inmersión en agua, la relajación, la acupuntura y los masajes proporcionaron alivio del dolor y mayor satisfacción con el alivio del dolor. La inmersión y la relajación también proporcionaron mayor satisfacción con el parto. Tanto la relajación como la acupuntura redujeron el uso de fórceps y ventosas, y la acupuntura también disminuyó el número de cesáreas. No hubo pruebas suficientes para emitir un juicio sobre si la hipnosis, la biorretroalimentación, la inyección de agua estéril, la aromaterapia y la TENS son efectivas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

Las pruebas concluyentes en otra revisión Cochrane¹⁷ en cuanto a la inmersión en agua indican que reduce los niveles de dolor materno sin perjudicar la duración de trabajo de parto, las tasas de partos quirúrgicos o el bienestar neonatal y durante el período de dilatación puede respaldarse para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones. Es necesario realizar investigaciones adicionales para evaluar el efecto de la inmersión en agua sobre la morbilidad neonatal y materna.

En otra revisión Cochrane¹⁸ concluye que practicar el MP en las últimas semanas de embarazo disminuye la probabilidad de sufrir traumatismos tras el parto (episiotomías y desgarros). Para la mayoría de las mujeres, la práctica del MP es aceptable y creen que les ayuda a prepararse para el parto

El uso de las compresas calientes en el perineo también se asocia con una reducción en la de traumatismo perineal.¹⁹

Existen varios estudios que identifican determinados factores de riesgo a la hora de padecer daño perineal. Muchos coinciden en la nuliparidad, instrumentalización del parto, malas posiciones y peso fetales^{20, 21} y otros dan especial importancia a las rutinas y métodos de trabajo que inciden en que si los elimináramos reduciríamos el daño al esfínter y como consecuencia el riesgo de incontinencia fecal.^{22, 23} La incontinencia urinaria es otra complicación que se atribuye al embarazo y parto. Frecuentemente se recomiendan ejercicios para el reforzamiento del suelo pélvico durante y después del embarazo para la prevención y el tratamiento de la incontinencia, según resultados de una RS²⁴, en la que se demuestra una mayor fuerza y resistencia de los músculos del suelo pélvico.

Creo que el problema a resolver es relevante tanto en lo científico como en lo socio-sanitario, puesto que presenta un fuerte impacto en la salud posterior de las mujeres.

Hemos de tener en cuenta que este proceso de cambio y concienciación no se efectuará en poco tiempo, es una limitación con la que nos podemos encontrar, ya que desde hace años las entidades han promocionado la analgesia epidural a las gestantes y a los mismos profesionales como signo de calidad en la asistencia, que sólo tiene beneficios, aparentemente.

Bibliografía

- 1.Hijona RM, Luque M, Ruiz G, Merino I. ¿Es eficaz el masaje perineal antenatal y en el período expulsivo del parto? *Inquietudes*. 2008; 38:19-22
- 2.Creus MD, Martínez C, Olivera G, Vela E. El masaje perineal. Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2013. [Citado 2 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/documentos/profesionales/i/16942/124/el-masaje-perineal>
- 3.Sanz J. El masaje perineal: ¿Es efectivo para prevenir los traumatismos perineales? OB STARE.
4. Belizan J, Carroli G. Episiotomy for vaginal birth. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD00008.
- 5.Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: [10.1002/14651858.CD005123.pub3](http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3).
- 6.Hallak M, Levy A, Mei-dan E, Raz I, Walfisch A. Perineal massage during pregnancy. A prospective controlled trial. *Isr Med Assoc J*. 2008; 10(7):499- 502
- 7.Gates S, Hodnett ED, Hofmeyr GJ, Sakala C. *Apoyo continuo para las mujeres durante el parto* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- 8.Chang YL, Chang SD, Liang CC, Lo LM, Tsay PK, Wong SY *Does intrapartum epidural analgesia affect nulliparous labor and postpartum urinary incontinence?* *Chang Gung Med J*. 2007 Mar-Apr;30(2):161-7.
- 9.Alfirevic Z, Dowswell T, Gates S, L J, Newburn M, Othman M, et al. Pain management for women in labour - an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. 2013 June;(CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234. pub2.
- 10.Aceituno L, González-Acosta V, Perales S, Ruiz-Martinez E, Sánchez-Barroso MT, Segura MH, et al. Influencia de la analgesia epidural en el parto. *Clin Invest Gin Obst*. 2010; 37(1): p. 27-31.
- 11.Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 11. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.
- 12.OMS (Organización Mundial de la Salud). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: 1996
- 13.Anim-Somuah M, Howell C, Smyth R. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 4. 2005 Oct 19;(CD000331. DOI 10.1002/14651858.CD 000331.pub2.
- 14.Fernández Medina Isabel María. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enferm. glob*. 2014 Ene [citado 2016 Abr 23] ; 13(33): 400-406.
- 15.Collins CT, Crowther CA, Cyna AM, Smith CA. *Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd
- 16.Alfirevic Z, Dowswell T, Gates S, Jones L, Jordan S, Lavender T, Othman M, , Newburn M, Neilson J, Othman M. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews.*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234

17. Burns EE, Cluett ER, McCandlish RE, Nikodem VC. *Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
18. Beckmann MM, Garrett AJ. *Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd
19. Aasheim V, Lukasse M, Nilsen A, Reinar L. Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672
20. Burns EE, Smith LA, Simonite V, Price N. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13:59. doi:10.1186/1471-2393-13-59.
21. Barbier A, Deval B, Fay R, Levardon M, Poujade O, Thiébauges O. *Primiparity, the only risk factor for type 3 and 4 perineal injury, during delivery?* *Gynecol Obstet Fertil*. 2007 Feb;35(2):101-6. Epub 2007 Feb 7.
22. Böckelman, C, Kirss, J, Pinta, T, and Victorzon, M. (2016), Factors predicting a failed primary repair of obstetric anal sphincter injury. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Accepted Author Manuscript. doi:10.1111/aogs.12909.
23. Cahill AG, Conner SN, Meister MRL, et al. Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. *Am J Obstet Gynecol* 2016 Feb 20. pii: S0002-9378(16)00341-0. doi: 10.1016/j.ajog.2016.02.041
24. Alsina Hipólito M, Aliaga Martínez F, Prats Ribera E. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el posparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. *Matronas Prof*. 2013; 14(2): 36-44.
25. Abad F. Capítulo 6: evaluación de los sistemas de información desde la perspectiva de información de sus usuarios. En: *Investigación evaluativa en Documentación. Aplicación a la documentación Médica*. 1ª ed. Valencia: Universidad de Valencia; 1997. p.165-190.

Objetivos

General

- Mejorar los conocimientos en las embarazadas mediante información para la toma consciente de decisiones en relación a las distintas técnicas y métodos analgésicos.
- Disminuir la prevalencia de las episiotomías y desgarros perineales de 3 y 4º grado y sus posibles complicaciones (fístulas, dispareunia...).

Específicos

- Mejorar los resultados obstétricos y perinatales mediante la consecución de un aumento del número de partos eutócicos.
- Conseguir las mejores condiciones posibles del periné femenino para evitar traumas perineales.
- Fomentar entre las embarazadas la utilización de métodos para el alivio del dolor de parto diferentes a la analgesia epidural.
- Colaborar en la disminución del índice de partos instrumentados y cesáreas como recomienda la OMS.

Metodología

Diseño del estudio

El estudio será de prevalencia, en el que se intenta describir el tipo predominante de parto (eutócico, distócico, es decir, fórceps, espátulas y/o ventosas, o cesáreas), su relación con el método analgésico escogido y la presencia de trauma perineal entre las gestantes sobre las que se ha llevado a cabo la intervención.

Se intenta demostrar que la utilización de métodos y técnicas alternativas a la AE que mejoren las condiciones del periné favorecen el aumento del índice de partos eutócicos y, por consiguiente, disminuye el número de episiotomías, desgarros y las posibles consecuencias del trauma perineal.

Esto se pondrá de manifiesto tras observar las cifras resultantes dentro de dos grupos, uno en el que las embarazadas utilizaron métodos alternativos o nada y otro en el que se les administró AE. Dentro de cada grupo veremos el porcentaje de partos eutócicos y distócicos y a su vez, el número de mujeres que padecieron episiotomías o desgarros de tercer o cuarto grado.

Al tratarse de un estudio de corte o descriptivo tiene, además de las ventajas del bajo coste y rapidez, la facilidad para poder establecer nuevas hipótesis para estudios posteriores.

Población de estudio

La población de estudio son las gestantes primigestas que acudan al Centro de Atención Primaria El Campello (Alicante).

Criterios de inclusión y exclusión de la población de estudio

Criterios de inclusión

Edad comprendida entre 20-35 años.
Embarazo controlado adecuadamente durante su evolución.
Inicio espontáneo del parto.
Sin patología materna previa.
Gestación de bajo riesgo.
Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Gestación de riesgo moderado o alto.
Gestación múltiple.
Malformaciones congénitas.
Síndromes de abstinencia.
Feto exitus o menor de 37 semanas de gestación.

Recogida de datos

En la primera sesión de EM (en el centro de salud) la investigadora facilitará una hoja informativa (anexo 1) sobre el estudio a realizar, sus objetivos, la necesidad de participación por parte de las puérperas para llevarlo a cabo, la garantía de anonimato al extraer los resultados. También aportará trípticos informativos sobre diferentes métodos contra el dolor del parto alternativos a la epidural.

En sucesivas sesiones se les pasará unos cuestionarios (anexo 2 y 3).

Se seleccionará a aquellas puérperas dentro de las condiciones de inclusión del estudio. Se les pasará el cuestionario final (anexo 4) a los 7 días tras el parto.

Se requeriría la ayuda de un becario para pasar las encuestas junto con el investigador, teniendo lugar entre ellos reuniones para aclarar dudas.

Análisis de los datos

Al crearse un cuestionario para este estudio habría que ver la fiabilidad y validez de dicho instrumento de medida²⁵.

La validez (que es la adecuación del instrumento para medir lo que se pretende) se valorará a través de:

- Validez lógica: ver si la pregunta es capaz de recabar información relevante. Si encontramos hallazgos no razonables hay que pensar en ausencia de validez.
- Validez de contenido: ver que lo que queremos medir, que depende de varios aspectos aclarados en los objetivos específicos, queda recogido en el cuestionario. Esta se ha asegurado al formular el cuestionario anexo.

Evaluación

Comparación entre los cuestionarios, así como el resultado final del parto.

Proceso:

Estándar: El 80% de las mujeres parirán ayudadas por el método analgésico elegido en el cuestionario inicial. (distinto a la AE)

Criterio: El método analgésico con el que la mujer parirá será el mismo que eligió durante el embarazo.

Indicador: N° de mujeres que dan a luz con el método analgésico elegido previo al parto.

Esto pondrá de manifiesto si la información proporcionada consiguió concienciar a las embarazadas de las consecuencias de sus elecciones, haciendo que si se supera el estándar consideraremos que la intervención consigue su objetivo mejorar los conocimientos en las embarazadas para la toma consciente y responsable de decisiones.

Impacto:

Estándar: Entre el 70-80% de las mujeres tendrán partos no instrumentalizados.

Criterio: La finalización del parto será sin la utilización de instrumentos.
Indicador: Nº de mujeres que terminan sus partos de forma eutócica.

Así veremos si la intervención favorece el que las mujeres den a luz de forma fisiológica, consiguiendo colaborar en la disminución de partos instrumentados como indica la OMS.

Resultados finales:

Estándar: Entre el 70-90% de las mujeres no padecerán traumas perineales graves o episiotomía.

Criterio: El periné femenino permanecerá intacto o con desgarros leves (laceraciones-Desgarros 1er grado).

Indicador: Nº de mujeres sin trauma perineal o con desgarros leves.

Con el logro de este indicador conseguiremos varios objetivos, favorecer las condiciones del periné materno y disminuir el daño perineal en el parto. Todo se llevará a cabo al final de la intervención comparando los resultados iniciales con los obtenidos en el grupo de puérperas primíparas de y a partir de los cuales hemos calculado los porcentajes de los estándares anteriormente expuestos.

Limitaciones del estudio

La fuerte cultura que rodea la AE entre las embarazadas y su entorno cercano, promovida la gran parte por las instituciones; y es difícil modificarla o cambiarla.

A veces la oferta de los métodos alternativos a la epidural no está disponible en todos los centros hospitalarios, puesto que puede faltar recursos y apoyo por parte de las entidades que se decantan más por la epidural, a la que consideran signo de calidad asistencial. Parece ser que en los últimos años esta actitud está cambiando y en muchos hospitales están incorporando estos métodos alternativos en el paritorio.

En un parto eutócico la episiotomía puede que no sea necesaria, aunque existen matronas que la realizan rutinariamente o en el caso de los residentes que la realizan como aprendizaje, aumentando los riesgos de traumas falseándonos los datos finales.

Durante el periodo de dilatación de un parto pueden darse situaciones que requieran la utilización de técnicas que aumenten el dolor en la gestante, por lo que las mujeres pueden verse condicionadas por ese dolor y elegir finalmente la AE.

Aspectos éticos

Se tendrán en cuenta el R.D. 994/1999 de 11 Junio, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la declaración de Helsinki como condiciones éticas para el estudio, asegurando de que los derechos y las libertades de los sujetos incluidos en la investigación serán respetados. La participación será voluntaria, nunca bajo ningún tipo de coacción. Se requerirá de consentimiento informado por escrito (Anexo 3) antes de realizarles el cuestionario, informándoles que pueden rechazar este consentimiento si quieren. Se les explicará verazmente cual es la finalidad de esta investigación, se asegurará el anonimato y el tratamiento de los datos de manera estrictamente confidencial.

PLAN DE TRABAJO Y ETAPAS DE DESARROLLO

El tiempo necesario aproximado 18 meses.

Distribución de tareas:

- Elaboración de registro informático para recogida de datos: Lo realizará la investigadora principal durante el mes 1.
- Preparación de cuestionarios, consentimiento informado y trípticos informativos. (Anexo 1,2,3 y 4): lo realizará la investigadora principal en el mes 1 y 2. Becario imprimirá los cuestionarios y los consentimientos informados.
- Someter los cuestionarios a valoración de expertos para validez: la investigadora principal contactará con expertos para que valoren si la encuesta es válida según el criterio de estos. Se realizará durante el mes 3 y 4.
- Realización de cuestionarios y consentimiento informado a las gestantes (Anexo 1, 2, 3): Lo lleva a cabo tanto becario como investigadora principal en el mes 4, 5, 6 y 7.
- Realización de cuestionarios a las puérperas (Anexo 4): tanto investigadora principal como becario llevan a cabo el cuestionario final a las puérperas en los meses 8, 9, 10 y 11.
- Traslado de datos de encuesta a base de datos: lo lleva a cabo la investigadora principal en meses 11 y 12.
- Interpretación de datos: lo lleva a cabo la investigadora principal en meses 13 y 14.
- Informe y difusión de resultados: lo lleva a cabo la investigadora principal en meses 14 a 18. En esta fase, una vez elaborado el artículo original para la publicación en revista de impacto, como las principales son en lengua inglesa, se buscará a un nativo que traduzca el artículo a dicho idioma.

PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN

Tiempo (meses)/ Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14 a 18
Elaboración registro Informático para recogida de datos.														
Preparación de cuestionarios, consentimiento informado y trípticos informativos.														
Someter los cuestionarios a valoración														
Cuestionario a gestantes.														
Cuestionario a puérperas														
Traslado de datos de encuesta a base de datos y tratamiento estadístico e interpretación de datos.														
Informe y difusión de resultados														

Elaborado el proyecto y obtenidos resultados y conclusiones, se hará extensible a través de su publicación en revistas de impacto. Se reunirá a las compañeras matronas de toda la provincia alicantina, para mostrarles los resultados y que puedan hacer uso de ello en su labor diaria, así como incluirlo en sus clases de educación maternal.

MEMORIA ECONÓMICA DETALLADA

Gastos de Personal: Becario 500 euros al mes (durante 8 meses, en total 4000 euros).
 Gastos de materiales: 2000 Folios para copias (20 euros), Impresora y 2 toners negros. (400 euros), transporte, dieta y congresos para la difusión de datos (1800).

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

El propósito de este consentimiento es proporcionar a los participantes una clara explicación de la naturaleza de esta investigación, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Isabel M^a Roa Domínguez, Matrona. El fin de este estudio es saber disminuir la prevalencia de trauma perineal.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y se usará sólo para esta investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INCLUSIÓN AL ESTUDIO

Tras ser informada sobre el estudio EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA DE TRAUMA PERINEAL EN EL ÁREA SANITARIA DE ALICANTE deseo formar parte del mismo de forma voluntaria y autorizo a que se utilicen mis datos con tal fin.

Nombre y apellidos del participante _____

Fecha y firma

Anexo 2. Cuestionario nº1

Nombre y apellidos de la gestante: _____

Edad: _____ Paridad: _____ FPP: / /

Domicilio: _____

Población: _____ Teléfono de contacto: _____

¿Ha pensado en colocarse la epidural en su parto? SI / NO

Razón por la que se quiere poner la epidural _____

¿En caso negativo (especificar)? _____

¿Conoce realmente las ventajas e inconvenientes de la epidural? SI / NO

¿Conoce otros métodos contra el dolor del parto diferente a la epidural? SI / NO

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

¿Sabe que es, en qué consiste y beneficios del masaje del periné? SI / NO

Anexo 3. Cuestionario nº 2 (Edad gestacional aproximada 36 semanas)

- ¿Ha acudido a las sesiones EM sobre la analgesia en el parto? SI / NO
¿Leyó los trípticos entregados sobre los métodos analgésico? SI / NO
¿Cree que la información aportada le ha sido útil? SI / NO
¿Cree haber ampliado conocimientos en la materia? SI / NO
¿Qué método analgésico le gustaría utilizar en su parto? _____
¿Está utilizando la técnica del masaje perineal? SI / NO

Anexo 4. Cuestionario final

- MÉTODO ANALGÉSICO ELEGIDO EN EMBARAZO: _____
MÉTODO ANALGÉSICO ELEGIDO EN PARTO: _____
GRADO DE SATISFACCIÓN MATERNA CON EL MÉTODO (0-10): _____
Fecha parto: / /16 Edad gestacional: ____ semanas
Finalización del parto:
EUTÓCICO VENTOSA FÓRCEPS ESPÁTULAS CESÁREA
Duración del parto en horas: _____
Estado del periné materno: _____
PERINÉ INTACTO O LACERACIONES
EPISIOTOMIA: Media Media-lateral
DESGARRO GRADOS: 1° 2° 3° 4°
GRADO DE TONO DEL PERINÉ: Bueno Moderado Escaso Sin tono
PROBLEMAS DERIVADOS DEL PARTO: _____
Tipo de alimentación: MATERNA ARTIFICIAL MIXTA
¿Ha afectado el trauma perineal en la Lactancia Materna? SI NO
Test de Apgar al nacimiento: /
Estado general actual del RN:
BUENO INGRESADO Motivo: _____
Estado general puérpera:
BUENO
PROBLEMAS: Dispareunia Incontinencia (f/u) Dolor Prolapso
Otros: _____