

Incidencia y prevalencia del dolor perineal tras el parto vaginal

Elisa Cruz Maroto

Tutora

Dra. Consuelo Álvarez Plaza

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid
elizu007@hotmail.com

Resumen: Objetivo: Conocer la incidencia y la prevalencia de dolor perineal tras el parto vaginal. **Paciente y métodos:** Estudio de longitudinal de una cohorte. La población de estudio serán mujeres con parto vaginal en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. El seguimiento se realizará a través de cuatro entrevistas: a las 48 horas, a los 15 días, a los 40 días y a los tres meses posparto. Como instrumento inicial de recogida se utilizará la historia clínica. La intensidad y la duración del dolor se evaluará con la escala EVA. Las características del periné se valorarán con la escala validada REEDA. Se determinará la afectación de actividades de la vida diaria mediante un cuestionario de preguntas cerradas dicotómicas. Se analizarán los factores asociados con la incidencia y prevalencia del dolor perineal tras el parto vaginal a las 48 horas, 15 días, 40 días, y 3 meses posparto.

Palabras clave: Perineo-Heridas y lesiones. Dolor postparto. Morbilidad.

SUMMARY: Objective: To know the incidence and the prevalence perineal pain after the vaginal childbirth. **Patient and methods:** Study of longitudinal of one cohorte. The study population Alcorcón Foundation will be women with vaginal childbirth in the University Hospital. The pursuit will be made through four interviews: to the 48 hours, to the 15 days, the 40 days and the three months posparto. As initial instrument of collection is used clinical history. The intensity and the duration of the pain EVA will evaluate itself with the scale. The characteristics of periné will be valued with validated scale REEDA. The affectation of activities of the daily life by means of a questionnaire of closed questions will be determined dichotomizing. The factors associated with the incidence and prevalence of the perineal pain will be analyzed after the vaginal childbirth to the 48 hours, 15 days, 40 days, and 3 months posparto.

Key words: Perineum. Postchildbirth pain. Moribidity.

INTRODUCCIÓN

El proceso del parto y su posterior recuperación siempre se han relacionado con dolor, y de hecho todo el mundo tiene como algo evidente que parir duele. El desconocimiento, el miedo, y diversos factores físicos favorecen el dolor en el parto y tras él.

En los últimos años, la tecnología ha favorecido la mejora de los resultados perinatales en obstetricia, pero no todas las mujeres precisan esas atenciones, ni ese nivel de tecnología, esto se traduce en un aumento de la medicalización del parto normal, donde los deseos de la gestante pasan a un segundo plano, creando ansiedad e insatisfacción. Actualmente, tanto los profesionales como las mujeres están poniendo en tela de juicio este alto nivel de intervencionismo en el parto normal.

La OMS nos indica que a pesar de que existe evidencia de que algunas intervenciones son claramente perjudiciales, inadecuadas o simplemente ineficaces, continua poniéndose en práctica de forma rutinaria en algunos hospitales. Es preciso revisar nuestra práctica, y modificar aquellas acciones sobre las que no existe evidencia para así mejorar la calidad de la asistencia prestada a las mujeres, aumentar su satisfacción y disminuir su ansiedad y dolor frente al parto y puerperio^(1,2).

El dolor perineal como consecuencia del parto vaginal es un problema frecuente. No sólo influye de forma negativa sobre el estado físico y psíquico de la mujer, sino que también puede afectar a la lactancia materna, calidad de vida de la madre, retraso de la actividad sexual y afectación de ciertas actividades de la vida diaria⁽³⁾.

Las algias perineales están presentes en muchas mujeres después del parto vaginal, incluso en mujeres que no presentan ningún tipo de laceración del periné. Estas molestias son debidas fundamentalmente al estiramiento muscular, presión sobre esfínter anal, estiramiento de la mucosa vaginal, y micro abrasiones que quizá no son visibles externamente pero si se evidencian a nivel interno. En el caso de laceraciones evidentes, ya sea por la realización de una episiotomía o por un desgarro, la herida que está en proceso de curación es una zona molesta de roce constante que producirá dolor en mayor o menor medida dependiendo de la gravedad de la misma.

Así mismo pueden aparecer molestias urinarias derivadas de la práctica de sondaje vesical o de la presión de la cabeza del feto sobre la uretra, lo cual se traduce a su vez en incomodidad perineal⁽⁴⁾.

Todas estas situaciones de estrés físico producen alteraciones del suelo pélvico que provocarán dolor perineal en el posparto.

En el planteamiento del proyecto surgieron las siguientes cuestiones: ¿cuál es la incidencia y la prevalencia del dolor perineal en las mujeres tras el parto vaginal?, ¿cuáles son las características de los grupos más prevalentes? ¿Qué factores influyen en el dolor perineal? Se planteó un estudio cohorte ya que estos estudios son planteados una vez que se dispone de información a cerca de diversos factores asociados al daño a investigar, que en nuestro caso sería el dolor perineal puerperal, de este modo los estudios de cohortes se basan en el seguimiento en el tiempo de uno o más grupos que se diferencian entre si por la presencia o ausencia de una variable dependiente: el dolor perineal. Se incluyeron todas las variables que según la bibliografía se consideraron relevantes, se establecieron los cortes en el tiempo para las entrevistas también atendiendo a la bibliografía más reciente y es entonces cuando comenzó la puesta en marcha del desarrollo inicial del proyecto.

Uno de los objetivos de este trabajo es conocer, desde el punto de vista de la matrona⁽⁵⁾, y por tanto desde la perspectiva holística del parto y la maternidad, cuales son los factores asociados al dolor perineal en el posparto, estudiando los resultados del parto, las variables implicadas y el resultado del mismo.

El dolor perineal en el posparto está asociado principalmente a traumatismos perineales y a la reparación y evolución de los mismos, ya sea por laceraciones, por sobredistensión del paquete muscular del suelo pélvico, o por presión ejercida sobre el mismo. Esto incluye las variables principales: episiotomía, desgarros, parto distócico o eutócico, tipo de reparación perineal, o aplicación de hielo local como características más relevantes que a continuación detallaremos individualmente.

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más utilizado en la actualidad, y sin embargo no existe evidencia que respalde su uso indiscriminado, más bien todo lo contrario⁽⁶⁾. Consiste en un corte quirúrgico habitualmente realizado con tijeras que se practica en el periné de la mujer para aumentar el diámetro del mismo y favorecer la expulsión fetal. Un ensayo realizado en Nigeria afirma que la percepción de molestias asociadas con la episiotomía valorada a los diez días posparto, fue mayor en el grupo al que se realizó esta técnica de manera rutinaria, con diferencias significativas sobre el grupo al que no se le practicó, sobre todo en la dificultad para sentarse, deambular y el temor de reiniciar la actividad sexual^(7,8,9). En 2006 la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) publicó su postura oficial en la asistencia al parto incidiendo en cuestiones como la utilización selectiva de la episiotomía, al igual que la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), y diversos organismos e instituciones como la Junta de Andalucía y la Generalitat de Catalunya, al igual la asociación el parto el nuestro^(10,11,12,13,14).

Otra variable importante a tener en cuenta es el tipo de técnica elegida para la reparación perineal. Habitualmente y de manera estandarizada entre los profesionales se utiliza la sutura discontinua o separada que consiste en: sutura continua para

vagina, cierre de la misma y puntos sueltos para músculo y piel, por otro lado (menos frecuente) la sutura continua: continua para vagina, músculo, subcutáneo y piel con intradérmica. El tipo de sutura parece influir en el dolor perineal en el posparto por la presión ejercida por los puntos en el posparto al edematizarse en tejido perineal, de éste modo ejerce menos presión sobre un punto determinado la sutura continua, provocando menos molestias posteriormente, sin mencionar que es más estética. Un ensayo clínico realizado por Kettle C. en 2008 encontró diferencias estadísticamente significativas en cuanto al dolor perineal a la palpación, que fue mayor en mujeres con sutura perineal separada, comparándolas con mujeres a las que se les realizó sutura continua de todas las capas a reparar⁽¹⁵⁾.

El frío local para el alivio del dolor a corto plazo ha sido utilizado durante muchos años en el tratamiento del trauma tisular localizado. La inflamación o edema en un área lesionada, como es el caso del periné tras el expulsivo, ocurre debido a la mayor permeabilidad de los vasos sanguíneos periféricos dilatados.

En la aplicación de frío, se reduce la irrigación sanguínea de la piel, lo que puede reducir la inflamación del tejido (edema) y la hemorragia y así reducir la equimosis y aliviar el dolor localizado. Atendiendo a este criterio un estudio de East CE del 2008 halló que las pacientes informaron menos dolor de 24 a 72 horas después del parto cuando usaron compresas de hielo que cuando no recibieron ningún tratamiento, aunque pasado este tiempo las diferencias algicas entre ambos grupos no presentaron diferencias significativas⁽¹⁶⁾.

La diferenciación entre partos eutócicos y distócicos vaginales en cuanto al dolor en el posparto parece evidente, no solo porque en los partos instrumentales la necesidad de actividades más agresivas para el periné como es una amplia episiotomía, si no por la misma acción del propio instrumento sobre el paquete muscular perineal. De este modo otros factores asociados al traumatismo del periné y por tanto al dolor del mismo incluían la diferenciación del tipo de parto ya que en el caso de los distócicos vaginales los instrumentos aumentan los diámetros a pasar por el canal del parto y provocan mayor presión sobre el suelo pélvico y mayor necesidad de intervenciones cruentas.

Un parto normal o eutócico ocurre de vértice, es decir en occípito púbrica, siendo esta adaptación fetal a la pelvis materna la que aprovecha mejor los espacios de los diámetros pélvicos. En ocasiones los fetos adaptan su presentación a pelvis materna y el resultado de este proceso no siempre es una presentación de vértice, siendo la más común la occípito sacra, es en este caso donde al estar apoyado el occipucio en el periné posterior producirá más molestias. Así están más asociados a traumatismos perineales las posiciones anómalas fetales (destacando occípito posterior) ya que en estas posiciones están aumentados los diámetros de la presentación en relación con el

conjugado obstétrico, dificultando así el parto, enlenteciendo el proceso y ejerciendo más presión sobre las estructuras pélvicas.

Atendiendo a otras variables como el peso del recién nacido se ha observado que pesos superiores a los 4.000 gr. y el uso de anestesia epidural están relacionados con un incremento del dolor perineal, sólo asociado a nulíparas, según este estudio la primiparidad presentan un riesgo aumentado de padecer lesiones perineales y por tanto algias posteriores, parece ser que por el riesgo aumentado de desgarro de tercer y cuarto grado^(17,18).

Los desgarros perineales son laceraciones que se producen en el periné y que se clasifican entre otras cosas atendiendo a las capas afectadas, de este modo: los desgarros de primer grado afectan únicamente a piel y/o mucosa vaginal, los de segundo grado afectan a zona muscular (habitualmente músculo bulbocavernoso), el desgarro de tercer grado afecta a esfínter anal y el de cuarto grado afecta a mucosa rectal. De este modo se consideran más graves y que presentan más morbilidad en el posparto los desgarros de tercer y cuarto grado, no solo en lo referente a dolor perineal, si no también incontinencia rectal y todas las incomodidades que eso conlleva. Klein valoró el dolor posparto en el primer, segundo y décimo día, llegando a la conclusión de que el dolor más leve lo sufrieron las mujeres que mostraban un periné intacto. Los desgarros espontáneos de primer y segundo grado son menos dolorosos que la episiotomía mediolateral, y los desgarros III y IV son los más dolorosos⁽⁴⁾.

Ante esta situación se observó que el dolor perineal era frecuente en las mujeres tras el parto, pero los estudios que existen hasta la actualidad suelen comparar las algias atendiendo a una sola variable, ya sea episiotomía: si, no, tipo de sutura, aplicación de hielo: si, no, necesidad de analgesia, etc. Con este estudio se pretende comparar las diferentes variables, todas incluidas en el mismo estudio entre si, y valorar así los factores asociados al dolor perineal, en las diferentes entrevistas a través del tiempo, así como las características de los grupos más prevalentes.

HIPÓTESIS

A partir de los 15 días posparto no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la incidencia y prevalencia de dolor perineal entre las diferentes variables.

OBJETIVO GENERAL

Estimar la incidencia y prevalencia del dolor perineal tras el parto vaginal atendido en un hospital de nivel terciario del Área 8 de la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la incidencia y la prevalencia de dolor perineal a las 48 horas tras el parto.
- Estimar la incidencia y prevalencia de dolor perineal a los 15 días tras el parto.
- Estimar la incidencia y prevalencia de dolor perineal a los 40 días posparto.
- Estimar la incidencia y prevalencia de dolor perineal a los 3 meses posparto.
- Conocer las características de los grupos más prevalentes en cada entrevista.
- Determinar la causa del dolor perineal en cada cohorte.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Tipo de investigación

Investigación cuantitativa. Diseño longitudinal en el que una cohorte es observada en el tiempo, a través de cortes transversales atendiendo a sus características.

Población diana

Mujeres cuyo parto se asista en los paritorios del hospital correspondiente.

Criterios de inclusión

- Gestantes a término.
- Gestantes con control de embarazo normal y sin patología importante.
- Parto vaginal ya sea eutócico o instrumental, asistido en los paritorios del ámbito y control puerperal al menos durante 48 horas posparto en el bloque obstétrico del hospital correspondiente.

Criterios de exclusión

- Grandes multíparas
- Distocia de hombros
- Embarazo con patología importante: preeclampsia, síndrome de Hellp, corioamnionitis, muerte fetal, patología psiquiátrica asociada.
- Antecedentes de alteraciones del suelo pélvico tratadas o no con cirugía.
- ✓ Incontinencia urinaria y/o fecal, prolapso genital y/o rectal, disfunción sexual: vaginismo o dispareunia, dolor pélvico crónico.
- ✓ Intervenciones Quirúrgicas: Material protésico en la cirugía del prolapso. Técnicas para evitar las recurrencias. Tratamiento quirúrgico de los

compartimentos vaginales anterior, posterior y superior.

- Dificultad idiomática.

Tamaño de la muestra

El tamaño muestral es de 648 mujeres realizado mediante tablas de tamaño muestral en estudios longitudinales. Calculado con un porcentaje estimado de pérdidas de un 20%.

Técnica de muestreo

Muestreo aleatorio calculado con Epidat 3.1.

Variables dependientes

- Dolor: según escala EVA.
- Hematoma: según escala REEDA.
- Infección: según escala REEDA.
- Edema: según escala REEDA.
- Dehiscencia: según escala REEDA.
- Rubor: según escala REEDA.
- Dispareunia: si, no.

Variables independientes

Principales

- Tipo de parto: eutócico o distócico (especificar tipo de instrumento en este caso).
- Episiotomía: si, no (incluidos los desgarros).
- Tipo de sutura: continua por capas, estándar (denominada como: continua vagina, puntos sueltos en músculo y piel).
- Aplicación de frío local en el puerperio inmediato: si, no.

Secundarias

- Analgésicos: si, no (especificar el motivo y el tipo de analgesia).
- Peso de recién nacido.
- Tiempo de expulsivo.
- Raza: caucásica, asiática, sudamericana, africana, árabe.
- Edad.
- Paridad (partos vaginales anteriores).

Recogida de datos

La captación de mujeres se hará en el paritorio del hospital donde se realizará la captación en base a la técnica de muestreo elegida. Una vez sea elegida y se proceda a realizar el primer contacto con ella se le informará del propósito del estudio y se le entregará la hoja de consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de los datos y agradeciendo su colaboración.

Se obtendrán los datos a través del partograma y del formulario de asistencia al parto (programa SELENE), y mediante 4 entrevistas: a las 48 horas, a los 15 días, a los 40 días y a los 3 meses posparto.

Entrevista inicial a las 48 horas: se llevará a cabo por la matrona en la planta de maternidad. Se valorará el estado del periné según la escala REEDA de esta manera se objetiva una herramienta para evitar el sesgo de valoración entre diferentes investigadores. La intensidad del dolor según escala EVA (teniendo en cuenta la variable de toma de analgesia que puede modificar los resultados de la EVA).

Segunda entrevista a los 15 días posparto: se efectuará por la matrona vía telefónica para garantizar la accesibilidad y continuidad del estudio. Se evaluarán 2 aspectos fundamentales: el dolor perineal mediante EVA y molestias asociadas al periné (dificultad para deambular y sentarse, temor para realizar deposiciones) a través de la realización de un cuestionario de preguntas cerradas dicotómicas de fácil comprensión y respuesta.

Tercera entrevista a los 40 días posparto: se realizará por la matrona mediante entrevista telefónica. Se aplicarán los mismos cuestionarios que en la segunda entrevista, incluyendo la pregunta de dispareunia.

Cuarta entrevista a los 3 meses posparto: igual que la tercera entrevista.

Prueba piloto

Seleccionaremos a 10 gestantes cuyo parto tenga lugar en el hospital de referencia que cumplan los criterios de inclusión.

Iniciaremos la captación siguiendo el muestreo elegido hasta alcanzar las 10 acordadas, estimándose la duración de la prueba piloto en aproximadamente un mes. A cada púérpera se le realizarán las valoraciones establecidas a las 48 horas, 15, 40 días posparto, y 3 meses iniciándose la recogida de datos en la planta del hospital donde serán ingresadas tras el puerperio inmediato y continuándose mediante 3 entrevistas telefónicas para controlar su evolución.

Los objetivos de nuestra prueba piloto serán los siguientes:

- Probar la utilidad y claridad de los instrumentos que utilizaremos en la recogida de datos.
- Entrenar a las personas que serán las encargadas de recoger los datos, interpretar los resultados y conclusiones obtenidas.
- Conocer las limitaciones que plantea el estudio: económicas, de recursos humanos, materiales, grado de participación.

Aspectos éticos

Los progresos científicos y tecnológicos que día a día aportan el conocimiento de modernos procedimientos y avances en la medicina, por una parte, conllevan un sinnúmero de beneficios para las personas sanas o enfermas; pero, por otra, surgen de las investigaciones que se realizan en seres humanos diversos dilemas éticos, como producto, en determinadas ocasiones, del no cumplimiento de normas, códigos o reglamentación en la investigación.

Dado lo delicado de muchos de los temas que será necesario abordar y los posibles problemas éticos que pueden derivarse del desarrollo de la investigación consideramos parte importante del proyecto la aprobación por parte del comité de ética del hospital que evalúe los aspectos metodológicos y éticos de la investigación y que aporte garantías a los sujetos del estudio sobre el proceder de la actividad que se desarrolle.

Después de valorar los aspectos metodológicos, éticos y legales de los protocolos que vayan a ser realizados, ponderando el balance de riesgos y beneficios para los sujetos participantes, podemos afirmar que hemos respetado los postulados éticos vigentes en la actualidad: la Declaración de Helsinki (1964) y sus revisiones posteriores, el informe Belmont (1978) y Convenio de Oviedo (1997) que contienen los principios básicos, que deben ser respetados en la realización de la investigación con seres humanos, para la protección de los derechos y la dignidad de las personas hemos buscado sin duda la equidad y la óptima distribución de recursos en pos de una excelencia en la investigación científica.

Destacamos en este apartado el principio de autonomía, expresado mediante el consentimiento informado este principio debe contemplar la revisión minuciosa y responsable del documento, considerando aspectos como la protección a la intimidad y confidencialidad de los datos.

Concretaremos diciendo que nosotros los investigadores somos los responsables de los principios de no maleficencia y de beneficencia, la puérpera de ejercer su

autonomía y el estado de cautelar el principio de justicia, y en este marco desarrollaremos nuestra investigación.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizará con programa SPSS 15.0. Se calculará una regresión múltiple para ver las distintas variables en el tiempo, el riesgo relativo según variables, y la regresión logística en los cortes transversales.

Las escalas REEDA y EVA, se transformarán en cualitativas y se aplicará la prueba de Chi cuadrado para observar la asociación entre las variables y si hay diferencias estadísticamente significativas.

CRONOGRAMA

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
ACTIVIDADES																			
PERMISOS																			
P. PILOTO																			
RECOGIDA DATOS																			
ANALISIS ESTADISTICO																			
COMUNIC. RESULTADOS																			

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
2. Royal College of Midwife. Midwifery Practice Guideline. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. January 2005. Disponible en: http://www.rcm.org.uk/professional/docs/guidelines_formatted_070105v2.doc
3. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Analgesia rectal para el dolor causado por el trauma perineal después del parto (Revisión Cochrane). The Cochrane Database 2008; 4. Disponible en: <http://www.update-software.com>
4. Klein C. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. Am J Obstet Gynecol. 1994 Sep; 171(3):591-598.

5. International Confederation of Midwives. Definición de matrona. [consultado 04/02/09]. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/index>. Versión en castellano disponible en: www.federacion-matronas.org
6. Downe S. Rebirthing midwifery. RCM Midwives. 2005 Aug; 8(8): 346-9.
7. Sule ST, Shittu SO. Puerperal complications of episiotomies at Ahmadu Bello University Teaching Hospital, Zaria, Nigeria. East Afr Med J. 2003 Jul;80(7):351-6.
8. Romero J. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. Matr Prof 2002; 8:33-9.
9. Herrera B, Gálvez, A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog. Obstet. Ginecol. 2004 (sept.);47(9): 414-22.
10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de consenso SEGO de asistencia al parto. Madrid: SEGO, 2007.
11. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
12. Asociación el Parto es Nuestro. [consultado el 03/12/2008]. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es>
13. junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ªed. Sevilla: Consejería de Salud, 2005.
14. Generalitat de Catalunya. Protocol per l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut, 2003.
15. Kettle C, Hills RK. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la eipisiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane). The Cochrane Database. 2008; 2. Disponible en: <http://www.update-software.com>
16. East CE, BeggL, Hensall en, Marchant P, Wallace K. Frío local para el alivio del dolor producido por el trauma perineal prolongado durante el parto (Revisión Cochrane). The Cochrane Database. 2008; 3. Disponible en: <http://www.update-software.com>
17. Bodner K, Bodner-Adler B, Wagenbichler P, Kaider A, Leodolter S, Husslein P. Perineal lacerations during spontaneous vaginal delivery. Mayerhofer K. Wien Klin Wochenschr. 2001 Oct;113(19):743-6.

18. Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán M. Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2002; 62(2): 115-121.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Icart Isern MT, Fuentelsaz Gallego C, Pulpón Segura A M. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2001.

Icart MT, Caja C. Protocolo de investigación (I). Diseño. Rev Rol Enferm. 1991; 152: 11-16.

EPIDAT_3.1. Análisis epidemiológico de datos tabulados.

Fuentelsaz Gallego C. Cálculo del tamaño de la muestra. Matr Prof. 2004; 5(18)

Paquete estadístico SPSS 14.0 para windows.

Bolúmar F, Delgado M. Diseño de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Esplugas de Llobregat: Salud Pública; 1996.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

Asociación el Parto es Nuestro
<http://www.elpartoesnuestro.es>

Organización mundial de la salud
<http://www.who.int/>

Federación de asociaciones de matronas de España
<http://www.federacion-matronas.org>

Información sobre la episiotomía
<http://www.episiotomia.info>

Sociedad Española de Ginecología y obstetricia
<http://www.sego.es>

ANEXO 1

ESCALA VISUAL ANÁLOGA

	AUSENTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	INTENSO
--	---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

ANEXO 2

Responda a las siguientes preguntas en referencia a su periné:

- ¿Le molesta al andar? sí, no.
- ¿Le molesta al sentarse? sí, no.
- ¿Le molesta al hacer deposición? sí, no.
- ¿Ha mantenido relaciones sexuales? Si, no. (en caso afirmativo responda la siguiente pregunta)
- ¿Le molesta al mantener relaciones sexuales? sí, no.
- ¿Ha tomado algún analgésico en las últimas 12 horas? sí, no.

En caso afirmativo especifique:

- ✓ Tipo de analgésico:
- ✓ Motivo por el que lo ha tomado

ANEXO 3

Cuadro 1					
Escala de REEDA					
Puntos	Rubor	Edema	Equimosis	Descarga o secreción	Adherencia o aproximación
0	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Cerrada
1	>0.25 cm. en ambos lados a partir de la herida	Perineal >1 cm. a partir de la herida	>0.25 en ambos lados ó 0.5 cm. en un lado	Serosa	Separación de la piel >3 ml
2	>0.5 cm. en ambos lados de la herida	Perineal y/o vulvar entre 1 y 2 cm. a partir de la herida	Entre 0.25 y 1 cm. bilateral o entre 0.5 y 2 cm. unilateral	Serosanguinolenta	Separación de la piel y grasa subcutánea
3	<0.5 cm. en ambos lados de la herida	Perineal y/o vulvar, >2 cm a partir de la herida	<1 cm bilateral ó 2 cm unilateral	Sanguinolenta y/ o purulenta	Separación de la piel, grasa subcutánea y fascia

ANEXO 4

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO²⁰

Título del estudio.....

Yo.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.
Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma del participante:

Firma del informador:

Recibido: 12 junio 2009.

Aceptado: 5 julio 2009.