

TRABAJO FIN DE GRADO
Grado en Medicina



“Actitud y opinión de obstetras/ginecólogos y matronas en España, ante la indicación de la episiotomía en la atención al parto.”

Nombre del Tutor Clínico: Carlos Santiago Piñel Pérez

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Nombre del Tutor Metodológico: Juan de Mata Donado Campos

Hospital: Ruber Juan Bravo

Nombre del Alumno: Marina Gómez Rico

Villaviciosa de Odón, Mayo 2025

AGRADECIMIENTOS:

Quisiera agradecer y dedicar este trabajo, con todo mi cariño, a mi familia al completo; Papá, Mamá, Iván, Álvaro, Ray, Atenea, Turrón, Oli y, por supuesto, a toda la familia Vikinga. Tampoco quisiera olvidar la fuerza de quienes ya no están aquí. Sin vosotros, este sueño no habría sido posible. Gracias por luchar, por apoyarme en los momentos más difíciles y por ver siempre en mí, más allá de lo que yo era capaz de ver.

Este trabajo y esfuerzo siempre ira por ellos.

También deseo agradecer sinceramente a mis tutores, clínico y metodológico por su acompañamiento en este proceso y compartir conmigo su conocimiento, su tiempo y apoyo en esta etapa final del grado.

Índice

1.	Resumen y Palabras clave	1
2.	Abstract and Keywords	2
3.	Introducción	3
4.	Hipótesis y Objetivos.....	7
5.	Metodología	8
5.1.	Diseño del estudio	8
5.2.	Ámbito y Población de Estudio	8
5.2.1.	Criterios de inclusión	8
5.2.2.	Criterios de exclusión.....	9
5.3.	Cálculo del tamaño muestral	9
5.4.	Variables del estudio	9
5.5.	Recogida de datos	11
5.6.	Plan de análisis estadístico.....	12
6.	Aspectos éticos y legales.....	13
7.	Resultados	14
7.1	Características sociodemográficas y profesionales de la muestra	14
7.2	Práctica habitual y actitud ante la episiotomía	15
7.3	Opinión sobre el respaldo científico de la episiotomía	16
7.4	Frecuencia de indicación de episiotomía según distintas situaciones clínicas	17
7.5	Análisis inferencial: entre edad y actitud ante la episiotomía	18
7.6	Análisis inferencial: entre sexo y actitud ante la episiotomía.....	19
7.7	Análisis inferencial: entre especialidad y actitud ante la episiotomía.....	20
7.8	Análisis inferencial: entre años de experiencia y actitud ante la episiotomía	20
7.9	Análisis inferencial: entre el tipo de hospital y actitud ante la episiotomía	21
7.10	Análisis inferencial: actitud ante la episiotomía según si el hospital es universitario	22
7.11	Análisis inferencial: actitud ante la episiotomía según el número de partos atendidos por mes en los últimos tres años.....	23
8.	Discusión.....	24
8.1	Discusión Resultados	24
8.2	Puntos fuertes del estudio	27
8.3	Limitaciones y sesgos del estudio	28
9.	Conclusión	29
10.	Bibliografía	32
11.	Anexos	35
11.1.	ANEXO 1. Resolución positiva del CEIm-FJD	35
11.2.	ANEXO 2. Compromiso del investigador.....	36
11.3.	ANEXO 3. Cuestionario	36
11.4.	ANEXO 4. Tabla Variables	38
11.5.	ANEXO 5. Declaración de uso de herramientas de Inteligencia Artificial	40

1. Resumen y Palabras clave

INTRODUCCIÓN: La episiotomía rutinaria ha sido ampliamente descartada en la práctica obstétrica en España, aunque, los porcentajes actuales de su realización continúan siendo elevados. A pesar de considerarse una técnica de uso selectivo, en la práctica persiste una elevada variabilidad en su indicación. Esta disparidad puede reflejar diferencias en la formación, en la interpretación de la evidencia científica y en la cultura asistencial de los centros. La necesidad de una actualización basada en evidencia y de una mayor homogeneización es clave para avanzar hacia una atención más respetuosa y centrada en la fisiología del parto.

OBJETIVOS: El objetivo principal fue describir la actitud y opinión de los especialistas en medicina y enfermería obstétrico-ginecológica en España sobre la episiotomía. Como objetivos secundarios, se analizó su relación con variables sociodemográficas, profesionales y clínicas.

METODOLOGÍA: observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, basado en una encuesta online dirigida a profesionales de España (febrero–abril 2025). Se recogieron datos de 232 participantes. La actitud global ante la episiotomía se midió mediante un score en base a diez situaciones clínicas. Se realizaron análisis descriptivos y pruebas de asociación (prueba exacta de Fisher para variables cualitativas; correlación de Spearman para cuantitativas y cualitativas ordinales).

RESULTADOS: El 72,0% (IC 95%: 66,2–77,8%) mostró una actitud moderada hacia la episiotomía. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre la actitud y edad ($\rho = 0,336$), especialidad, años de experiencia, tipo de hospital y número de partos atendidos. El 80,6% consideró que la episiotomía está respaldada científicamente en determinadas situaciones clínicas.

CONCLUSIÓN: Aunque se ha superado la etapa de uso rutinario de la episiotomía, su práctica aún está influenciada por múltiples factores no clínicos. La elevada variabilidad detectada refuerza la necesidad de formación continua, actualización científica y un cambio cultural que permita reducir progresivamente su uso, en línea con las recomendaciones internacionales.

Palabras clave: Episiotomía; Obstetricia; Actitud del personal sanitario; Patrones de práctica clínica; Periné.

2. Abstract and Keywords

INTRODUCTION: Routine episiotomy has been largely abandoned in obstetric practice in Spain, however, the current rates of its use remain high. Although considered a selective technique, significant variability in its indication persists in clinical practice. This disparity may reflect differences in professional training, interpretation of scientific evidence, and institutional care culture. Evidence-based updates and greater standardization are essential to promote a more respectful approach to childbirth, centered on physiological processes.

OBJECTIVES: The main objective was to describe the attitude and opinion of obstetric and gynecology professionals in Spain regarding episiotomy. Secondary objectives included analyzing its relationship with sociodemographic, professional, and clinical variables.

METHODOLOGY: A prospective, descriptive, cross-sectional observational study was conducted through an online survey addressed to professionals in Spain (Feb-Apr 2025). Data from 232 participants were collected. The overall attitude toward episiotomy was assessed using a score based on ten clinical scenarios. Descriptive analyses and association tests were performed (Fisher's exact test for qualitative variables; Spearman's correlation for quantitative and qualitative ordinal variables).

RESULTS: A total of 72.0% (95% CI: 66.2–77.8%) showed a moderate attitude towards episiotomy. Statistically significant associations ($p < 0.001$) were found between attitude and age ($\rho = 0.336$), specialty, years of experience, hospital type, and number of births attended. Additionally, 80.6% of professionals believed that episiotomy is scientifically supported in specific clinical situations.

CONCLUSION: Although the routine use of episiotomy has been surpassed, its practice remains influenced by multiple non-clinical factors. The high variability observed highlights the need for continuous professional development, scientific updating, and a cultural shift to progressively reduce its use, in accordance with international recommendations.

Keywords: Episiotomy; Obstetrics; Attitude of Health Personnel; Practice Patterns, Physicians'; Perineum.

3. Introducción

Durante décadas, la episiotomía fue una práctica rutinaria en la atención al parto. Sin embargo, la evidencia científica ha cuestionado esta sistematicidad, dando paso a un enfoque mucho más restrictivo. La episiotomía es una incisión quirúrgica que se realiza sobre la mucosa vaginal, los músculos superficiales perineales y en ocasiones, llega a alcanzar las fibras del elevador del ano (músculo del suelo pélvico, el cual presenta una fascia anterior encargada de sostener a ambos lados la uretra y la vagina) (1). Esta técnica fue introducida en la práctica clínica en el siglo XVIII, aunque no se empleó de forma rutinaria hasta la primera mitad del siglo XX. Inicialmente su uso generalizado se justificó bajo la creencia de que reducía el riesgo de los desgarros perineales, de la disfunción del suelo pélvico, y de la incontinencia urinaria y fecal, a pesar de la falta de evidencia que lo respaldara y de la subestimación de las complicaciones que este procedimiento podía provocar en las mujeres. (2)

Los desgarros presentan la siguiente clasificación:

- Primer grado: afectando a la piel y la mucosa vaginal
- Segundo grado: afectando a la musculatura excluyendo el esfínter anal
- Tercer grado (clasificación de Sultan):
 - a- menos del 50% del espesor del esfínter anal externo (EAS)
 - b- lesión del 50% o más del espesor del EAS
 - c- lesión que afecta al EAS y al esfínter anal interno (EAI).
- Cuarto grado: desgarro del esfínter anal y la mucosa rectal

Clasificarlos adecuadamente resulta fundamental, ya que su gravedad puede derivar en complicaciones esfinterianas como la incontinencia anal. Por tanto, estos desgarros pueden tener un impacto negativo no solo físico sino también mental y emocional de la mujer, afectando su experiencia del parto, calidad de vida, su actividad sexual y vida social. (3)

Se ha comprobado que esta práctica no solo no reduce el riesgo de desgarro ni su grado, sino que incluso puede aumentarlos. En los casos de partos sin episiotomía se evidencian aumentos de desgarros de primer grado, pero en los casos de los partos con episiotomía

se evidenciaron mayores tasas de desgarros de tercer grado, frente al 0% en el grupo de no episiotomía. (2) Tras la realización de múltiples trabajos científicos, se demostró que no existía ninguna evidencia para su uso rutinario. (4)

Sin embargo, los estudios actuales aconsejan el uso de la episiotomía selectiva frente a la rutinaria. Según la recomendación de la OMS, sugiere que se practique en un índice menor al 10% a pesar de que la obtención de un ratio ideal sigue en estudio. (1,5) Investigaciones han concluido que el uso rutinario de la episiotomía incrementa los riesgos y la morbilidad durante el parto, particularmente, el aumento de desgarros perineales severos (de tercer y cuarto grado). En comparación, su uso restrictivo ha demostrado una reducción de los traumatismos perineales posteriores, reducir la necesidad de suturas por traumatismo perineal y menores complicaciones en la cicatrización tras la primera semana postparto.(6,7) Incluso en el uso selectivo, pueden persistir deficiencias en la atención al parto. En 2018 resultados de desgarros severos en hospitales públicos españoles de un 0,9% en partos no instrumentales (de 201.079 partos no instrumentales, 1.772 sufrieron desgarros GIII-GIV) y en el 5,2% de los partos instrumentales (De 47.188 partos instrumentales, 2.172 sufrieron desgarros GIII-GIV). (8) A esto se añade el consecuente daño perineal post-episiotomía, dispareunia y las complicaciones y cuidados de la incisión. (9)

El concepto de episiotomía selectiva implica su realización en situaciones específicas como son: progreso insuficiente, la presentación de nalgas, la macrosomía fetal, la distocia de hombros, el parto distócico con instrumental (fórceps o extracción con ventosa), los signos de pérdida del bienestar fetal, el periné rígido o la rotura perineal inminente(10,11). No obstante, estas indicaciones continúan siendo motivo de debate, ya que no existe un consenso claro, generando controversias entre profesionales. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos “basada en la evidencia existente, no hay situaciones específicas en las cuales la episiotomía sea esencial, siendo la decisión basada en consideraciones clínicas.” (10,12,13)

Pese a las recomendaciones restrictivas, la práctica de la episiotomía sigue siendo frecuente y, a menudo, variable según el perfil del profesional y el entorno asistencial. Esta variabilidad sugiere que la actitud del profesional sanitario podría desempeñar un papel determinante.

Se encuentran recogidos en el informe de “Atención perinatal en España”, los distintos indicadores relacionados con la calidad asistencial, así como las estrategias dirigidas a mejorar dichos parámetros.

España, en 2018, de 250.704 partos atendidos, en 68.530 se realizó episiotomía. El porcentaje obtenido de episiotomías realizadas en hospitales públicos fue del 27,5% mostrando una tendencia descendente desde el 2010, realizándose en aquel momento un 42% de episiotomías.(8)

A pesar de esta disminución, sigue siendo una cifra superior al límite recomendado por la OMS. Por ende, en este trabajo tiene como objetivo conocer la situación en la que se encuentran los ginecólogos y matronas españoles, acercarnos a su opinión al respecto, su actitud y práctica clínica.

Existen alternativas menos invasivas respaldadas por estudios y mencionadas en las recomendaciones intraparto de la OMS(14), cuyo objetivo final son perinés íntegros durante el parto vaginal. Entre estas alternativas se encuentran: el uso de compresas calientes en la reducción de los desgarros de tercer y cuarto grado, masajes perineales y el apoyo manual sobre el periné en cuatro puntos durante el expulsivo. Esta última técnica busca aprovechar la elasticidad del suelo pélvico para facilitar la expulsión de la cabeza en máxima flexión y reducir la velocidad de paso de la cabeza fetal.(15)

El uso de compresas calientes durante la segunda fase del parto ha demostrado producir vasodilatación local, disminuir la viscosidad sanguínea, reducir la tensión muscular, aumentar el metabolismo tisular y aumentar la permeabilidad capilar; beneficiando el estímulo de receptores cutáneos y disminuyendo la sensación dolorosa perineal, aumentando endorfinas que reducen la isquemia local producida por espasmos musculares. (16) Estas estrategias permiten obtener perinés íntegros en comparación con mujeres control (sin intervención), demostrando que la técnica de “hands off” se asocia a mayor tasa de desgarros de tercer y cuarto grado frente a la técnica de “hands on”. (17) Todo ello con el propósito de alcanzar una política de no episiotomías, sin repercutir en la salud de la mujer ni la del neonato (10,18,19).

Con todo lo expuesto, aunque existen estudios que respaldan la efectividad de estas alternativas para minimizar las intervenciones obstétricas invasivas, se observan disparidades en el grado de actualización entre los profesionales.

En estudios KAP (knowledge, attitude and practice) se observaron reducciones del número de episiotomías en aquellos profesionales menores de 40 años, docentes, mujeres y que asistían a congresos. Asimismo, se evidenció una reducción de dicha práctica tras la promoción de información actualizada. Sin embargo, aún persiste un porcentaje de profesionales que, a pesar de contar con conocimientos y actitudes adecuadas, mantienen practicas inadecuadas, contribuyendo al aumento de la frecuencia de episiotomías. Es decir, no se produce una transferencia completa del conocimiento a la práctica clínica (20) En conjunto, dichos estudios muestran un gran aumento en el número de episiotomías realizadas en aquellos profesionales con falta de conocimientos acerca del impacto de dicha intervención sobre las consecuencias perineales (21,22).

En línea con esto, un estudio realizado en China concluyó que la formación previa, la experiencia acumulada y las normas locales siguen siendo los principales factores que determinan la práctica de la episiotomía, más allá de la evidencia científica. Se observó que los profesionales de mayor edad y los que trabajaban en hospitales de nivel secundario presentaban tasas significativamente más altas de episiotomías, al igual que quienes no habían recibido formación específica sobre cómo evitar desgarros perineales. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de actualizar las guías clínicas e implementar programas formativos eficaces que permitan modificar conductas clínicas arraigadas y reducir el uso injustificado de esta intervención.(1)

De forma similar, un estudio en Vietnam reveló que más del 60% de los profesionales justificaban el uso de episiotomía como medida preventiva ante posibles desgarros, aunque no se basaran en evidencia actualizada. Además, se identificó que el tiempo de experiencia menor a cinco años y la exposición a formación continua eran factores protectores frente al uso rutinario. Este trabajo resalta cómo la falta de acceso a educación médica continuada y a protocolos actualizados puede perpetuar prácticas obstétricas inadecuadas (21)

Por otro lado, en Brasil, una encuesta KAP evidenció que la mayoría de los obstetras reconocen que la episiotomía debería utilizarse solo de forma selectiva. Sin embargo, muchos expresaron inseguridad frente a situaciones clínicas concretas como partos instrumentales o sospecha de sufrimiento fetal, lo que sugiere que, aun con formación, el miedo a complicaciones perinatales podría condicionar la decisión final. Además, las diferencias en formación entre regiones y tipos de hospital condicionaban la implementación práctica de las recomendaciones oficiales.(20)

Este trabajo pretende arrojar luz sobre la situación actual de nuestros profesionales en España y conocer los factores que influyen en la decisión de realizar o no episiotomías selectivas en las mujeres durante el parto, habiendo escasa literatura sobre ello, en comparación con la literatura en torno a la episiotomía rutinaria.

A través de una encuesta de opinión, se analizarán las distintas razones que pueden llevar a que los profesionales realicen episiotomías selectivas en la actualidad. Se pretende profundizar en las diferencias de opinión basadas en su práctica habitual y conocer la influencia que pueden tener factores como la edad y sexo, el hospital donde ejerzan o si cuentan con actividad docente. También se tendrán en cuenta como influyen distintas situaciones intraparto, aunque, según lo analizado, ninguna esté justificada científicamente. (22,23)

4. Hipótesis y Objetivos

HIPÓTESIS:

Se espera que al menos el 44,5%(20) de los profesionales encuestados presenten una actitud moderada hacia la episiotomía, entendida como una mayor predisposición a su uso en distintas situaciones clínicas del parto vaginal.

OBETIVOS

○ OBJETIVO PRINCIPAL

Describir la actitud y la opinión de los especialistas en medicina y enfermería obstétrico-ginecológica en España respecto a la indicación de la episiotomía en la atención al parto, así como la proporción de profesionales que presentan una actitud moderada o restrictiva.

- OBJETIVOS SEGUNDARIOS

- Evaluar si hay diferencias entre profesionales en función de factores sociodemográficos como la edad, el sexo, la especialidad, los años de experiencia, centro asistencial, docencia o número de partos atendidos.
- Describir las situaciones en las que con mayor frecuencia los profesionales realizan episiotomía.

5. Metodología

5.1. Diseño del estudio

El estudio fue observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. La población de estudio fueron especialistas de medicina y enfermería obstétrico-ginecológica en España.

Al ser un estudio descriptivo, el objetivo principal fue describir las características de una población en particular sin manipular variables ni establecer relaciones causales. En este trabajo se determinó la actitud y opinión de especialistas de medicina y enfermería obstétrico-ginecológica en España sobre la episiotomía selectiva. Esto implicó recopilar datos sobre las percepciones y actitudes de los profesionales sobre la episiotomía selectiva sin intentar modificar esas creencias o explicar por qué existían.

Se recopilaron los datos obtenidos sobre la opinión de dichos profesionales tras la aceptación del comité ético de forma prospectiva, y finalizó 2 meses después, sin un seguimiento de los participantes a lo largo del tiempo. Esto permitió obtener una instantánea transversal de las opiniones y actitudes de los profesionales en un momento concreto pudiendo ser de utilidad para comprender el estado actual de las actitudes hacia la episiotomía selectiva en España.

Finalmente se analizaron los datos para describir los objetivos propuestos.

5.2. Ámbito y Población de Estudio

5.2.1. Criterios de inclusión

- Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología en España
- Especialista en Enfermería Obstétrico- Ginecológica en España
- Comprensión del idioma español

5.2.2. Criterios de exclusión

- No se establecieron criterios de exclusión.

Fase de selección: Dentro de la población de referencia se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión del estudio, quedando finalmente la población de estudio completada por todos aquellos participantes que cumplieron los anteriores criterios aceptando participar en el estudio. Se estimó la tasa de participación (cociente entre el número de participantes y el número de elegidos) para estimar en la medida de lo posible el sesgo de selección, que sería menor cuanto más cercana estuviera esta tasa a la unidad.

5.3. Cálculo del tamaño muestral

Se determinó un *tamaño muestral mínimo de 380 profesionales* para estimar la proporción de ginecólogos y matronas con actitud moderada hacia la episiotomía, entendida como una mayor predisposición a su uso en distintas situaciones clínicas del parto vaginal. Este cálculo se basó en una estimación previa del 44,5% (20) como proporción esperada, con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%. Finalmente, se analizaron los resultados de **232 profesionales** que completaron la encuesta.

5.4. Variables del estudio (anexo 4 -tabla)

Se exponen y desarrollan a continuación las variables empleadas en este estudio. En el ANEXO 4 se adjunta una tabla que presenta de forma simplificada estas mismas.

Como variable principal del estudio, se consideró la actitud total ante la episiotomía. Para analizar la actitud general hacia la episiotomía, se construyó una puntuación total (*score*) basada en diez ítems del cuestionario, en los que se interrogaba a los profesionales sobre la frecuencia con la que realizarían una episiotomía en distintas situaciones clínicas (como prematuridad, macrosomía fetal, partos instrumentados, distocia de hombros, entre otras).

Cada ítem ofrecía tres opciones de respuesta: “Nunca”, “En ocasiones” y “Siempre”, codificadas respectivamente con 0, 1 y 2 puntos. La suma de los valores obtenidos en cada ítem permitió establecer una puntuación total que oscilaba entre 0 (actitud

completamente restrictiva) y 20 puntos (uso sistemático de la episiotomía). Por ello, en el análisis descriptivo, esta variable se trató como cuantitativa discreta.

Posteriormente, esta variable fue dicotomizada para su análisis. Se consideró una actitud “restrictiva” (0-5 puntos), y “moderada” (>5 puntos). Esta clasificación permitió facilitar el análisis comparativo e interpretativo de los resultados.

En cuanto a las variables secundarias, se recogieron datos sociodemográficos y clínicos del profesional:

Edad: variable cuantitativa discreta. Sexo: variable cualitativa nominal politómica (Mujer / Hombre / Otros), según identidad de género declarada por el profesional. Especialidad: variable cualitativa nominal politómica, clasificada en cuatro categorías: Especialistas en obstetricia y ginecología de: Medicina, Enfermería, MIR o EIR. Años de experiencia: variable cualitativa ordinal, agrupada en las siguientes categorías: 0–5, 6–10, 11–15, 16–20 y más de 20 años (incluyendo la residencia). Hospital público o privado: variable cualitativa nominal dicotómica, según el lugar de trabajo principal del profesional (público o privado). Hospital universitario: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí / No), en función de si el centro cuenta con formación pregrado o posgrado. Número aproximado de partos atendidos por mes en los últimos 3 años: variable cualitativa ordinal, con las siguientes categorías: 0–5, 6–10, 11–15, 16–20 y más de 20.

Asimismo, se recogió de forma independiente la percepción de los profesionales sobre la frecuencia con la que realizan episiotomías en su práctica clínica habitual, mediante una escala cualitativa ordinal (nunca/en ocasiones/siempre). De forma más específica, se valoró la frecuencia de episiotomías ante determinadas condiciones clínicas, aplicando la misma escala cualitativa ordinal para cada uno de los siguientes escenarios: Primiparidad, prematuridad, presentación de nalgas, macrosomía fetal, distocia de hombros, progresión insuficiente, uso de ventosa obstétrica, uso de fórceps, riesgo de pérdida de bienestar fetal, periné rígido o desgarro inminente. A todas estas se les asignó una puntuación de 0 a 2, que se sumó para calcular la actitud total.

Finalmente, se incluyó la opinión del profesional sobre el respaldo científico de la episiotomía, recogida como una variable cualitativa nominal politómica (Sí / No / No estoy segur@).

5.5. Recogida de datos

Se diseñó un cuestionario de preguntas cerradas para la realización del estudio (en ANEXO 3). Los datos se recogieron mediante un cuestionario autoadministrado accesible a través de un enlace en línea. Este enlace se difundió a través de canales institucionales y profesionales y redes de contactos de los miembros del equipo investigador.

Los participantes fueron captados por los investigadores principales. La participación fue voluntaria y el envío del cuestionario implicó el consentimiento implícito.

Se pudo contar con la colaboración de profesionales que, actuando como colaboradores secundarios, contribuyeron a la distribución del enlace entre potenciales participantes.

El estudio tuvo un enfoque multicéntrico y de ámbito nacional, con el objetivo de alcanzar una muestra amplia y representativa de especialistas en ginecología y matronas en ejercicio en el territorio español.

Para reducir el sesgo de selección, se promovió una difusión sistematizada del cuestionario, procurando llegar a profesionales de distintos niveles asistenciales y comunidades autónomas.

Los datos del estudio fueron recogidos en su totalidad por el investigador principal del estudio, para evitar variabilidad interindividual en su almacenamiento. Para este fin se utilizó el software de gestión de datos de Microsoft Excel®, en su versión del año 2016. Mediante un sistema de codificación, se generó una base de datos anonimizada con las menores posibilidades de error posibles en la entrada de datos y que permitió la transferencia de los mismos a otros programas informáticos para que pudieran ser leídos, entre ellos, los de análisis estadístico. Como técnicas de depuración de datos, se siguieron las recomendaciones de Stellman (1989), se sometieron los datos a pruebas lógicas y de rango en las variables cuantitativas y pruebas de consistencia entre datos en las variables cualitativas y las fechas. La codificación de los sujetos del estudio se realizó mediante un código numérico asignado específicamente para este estudio. Por último, para el análisis estadístico de los datos se volcó la información de la base de datos de Microsoft Excel® en el programa STATA®, en su versión número 13. Los datos fueron conservados durante dos años.

5.6. Plan de análisis estadístico

En el análisis descriptivo:

Para dar respuesta al *objetivo principal*: se estudió la variable cualitativa dicotómica: Actitud ante la episiotomía (moderada/ restrictiva). El resultado se describió mediante frecuencias absolutas y relativas (%/n) y se estimó el correspondiente intervalo de confianza del 95% para la proporción de profesionales con actitud moderada y restrictiva.

Para los *objetivos secundarios* las variables cualitativas se describieron igualmente por medio de frecuencias absolutas y relativas

Previo al análisis de asociación, la normalidad de las variables cuantitativas se comprobó con la prueba de Shapiro-Wilk, por ser más adecuada en subgrupos con tamaño muestral reducido (<50) y más potente que la prueba de Kolmogorov-Smirnov incluso en muestras mayores.

Las variables cuantitativas se describieron mediante la media y la desviación estándar (intervalo de confianza), pudiendo utilizar la mediana o el índice intercuartílico en caso de no seguir la normalidad, usándose en la descripción de la edad y el score de actitud.

En el análisis inferencial:

A la hora de estudiar la correlación *entre la variable cualitativa nominal: actitud ante la episiotomía (transformada a variable dicotómica) y otras variables cualitativas nominales*: sexo, especialidad, tipo de hospital y *ordinales agrupadas*: años de experiencia (0–5, 6–10, 11–15, >15), número aproximado de partos atendidos por mes (0–5, 6–10, 11–15, >20), frecuencia de episiotomía en distintas situaciones clínicas y la opinión sobre el respaldo científico de la episiotomía, se utilizó la prueba exacta de Fisher al presentar recuentos <5, en vez de la prueba de Chi-cuadrado.

Para estudiar la relación entre las *variables cuantitativas del estudio, edad y score total actitud ante la episiotomía (con rango 0-20)*, y su correlación con otras variables ordinales como la frecuencia de episiotomía en distintas situaciones clínicas se utilizó la correlación de Spearman (rho), al no cumplirse el criterio de normalidad.

El programa estadístico que se utilizó fue JAMOVl determinando que el nivel de significación estadística que se empleó fue de $p < 0,05$.

6. Aspectos éticos y legales

El estudio se inició tras la resolución del protocolo de investigación por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Fundación Jiménez Díaz (CEImFJD). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética el 25/02/25 con el código de referencia PIC056-25_HSJ y se ha incluido la resolución positiva en el ANEXO 1.

Dado que los datos fueron completamente anonimizados y no se recopiló información identificativa, el consentimiento por escrito no fue necesario.

El trabajo se realizó respetando las normativas en materia de bioética según la Declaración de Helsinki, en Informe de Belmont, el convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

El estudio se realizó conforme a la legislación de la UE sobre datos personales, en concreto la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Real Decreto 1720/2007, 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. Ver anexo del compromiso.

Todos los investigadores que participaron en este estudio se han comprometido a mantener absoluta confidencialidad y reserva sobre cualquier dato que pudieran conocer con ocasión de la realización del estudio, especialmente los de carácter personal, que no se copiarán o utilizarán con fin distinto a los descritos en este protocolo, ni se cederán a otros, ni siquiera a efectos de conservación. Esta obligación persistirá una vez cumplido el periodo de tiempo para el que se haya autorizado el acceso. Los resultados obtenidos podrán ser divulgados en Congresos, reuniones y publicaciones científicas. Además, el uso de herramientas de inteligencia artificial fue de manera responsable y ética durante la realización de este Trabajo de Fin de Grado. Se declara que todas las decisiones científicas, interpretaciones y redacción final del trabajo fueron realizadas por mí. En el anexo final, ANEXO 5, se detalla el uso específico que se hizo de la IA en este trabajo.

7. Resultados

Se incluyeron 232 profesionales del ámbito obstétrico-ginecológico en España.

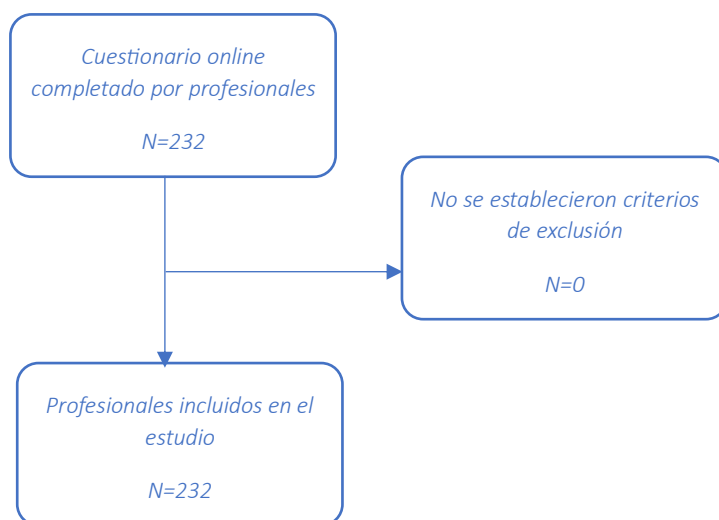


Figura 1: Diagrama de flujo de inclusión y exclusión de los profesionales en el estudio.

7.1 Características sociodemográficas y profesionales de la muestra

De la muestra obtuvimos una edad media de 38,5 años (DE: 9,13), con una mediana de 38 años y un rango entre la edad mínima y la máxima de 26 y 64 años. La distribución no fue normal (Shapiro-Wilk $p < 0,0001$), por lo que se complementó la descripción con medidas no paramétricas.

En la **Tabla 1** se recogen resumidos los datos sociodemográficos y profesionales recogidos.

Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales de los participantes

	Categoría		
Edad			
	Media $\pm$ DE (Mediana)	38,5 $\pm$ 9,1 años (38 años)	
	RIC (P25-P75)	16,0 años (30-46 años)	
	Mínima-Máxima	26-64 años	
Sexo		n	%
	Mujer	184	79.3
	Hombre	43	18.5
	Otro	5	2.2
Especialidad			
	Médico especialista Obst/Gine	171	73.7
	MIR Obst/Gine	42	18.1
	Enfermería especialista Obst/Gine	19	8.2
	EIR Obst/Gine	0	0

	Categoría	n	%
Años de experiencia			
	0-5 años	64	27.6
	6-10 años	37	15.9
	11-15 años	48	20.7
	16-20 años	28	12.1
	>20 años	55	23.7
Centro asistencial			
	Hospital público	186	80.2
	Hospital privado	46	19.8
Docencia			
	Hospital universitario	207	89.2
	Hospital no universitario	25	10.8
Partos al mes en los últimos 3 años			
	0-5 partos/mes	27	11.6
	6-10 partos/mes	84	36.2
	11-15 partos/mes	61	26.3
	16-20 partos/mes	17	7.3
	>20 partos/mes	43	18.5

7.2 Práctica habitual y actitud ante la episiotomía

Al ser consultados sobre la frecuencia con la que realizan la episiotomía en su práctica clínica habitual, la mayoría de los profesionales encuestados respondió que la realizan en ocasiones 90,9% (n = 211), mientras que un 9,1% (n = 21) indicó que nunca la practica. Ningún encuestado señaló realizarla siempre.



Figura 2: Puntuación otorgada a la práctica de los profesionales ante la episiotomía y actitud según el score total.

Con el fin de valorar de forma más precisa la actitud global de los profesionales ante la episiotomía, se construyó un sistema de puntuación específico basado en diez situaciones clínicas concretas. Para cada una de ellas, se preguntó con qué frecuencia consideraban indicada la episiotomía, asignando una puntuación de 0 (nunca), 1 (en ocasiones) y 2 (siempre), con un máximo total posible de 20 puntos. (20,24)

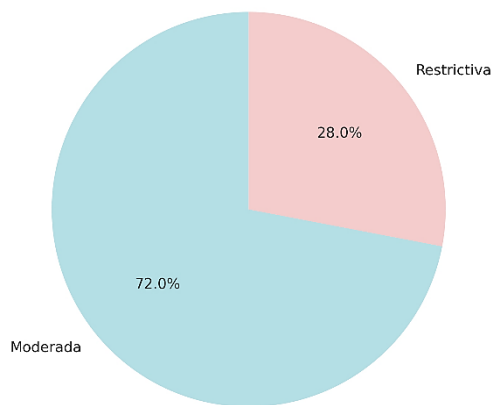


Figura 3: Distribución de la actitud ante la episiotomía según el score total obtenido por cada participante

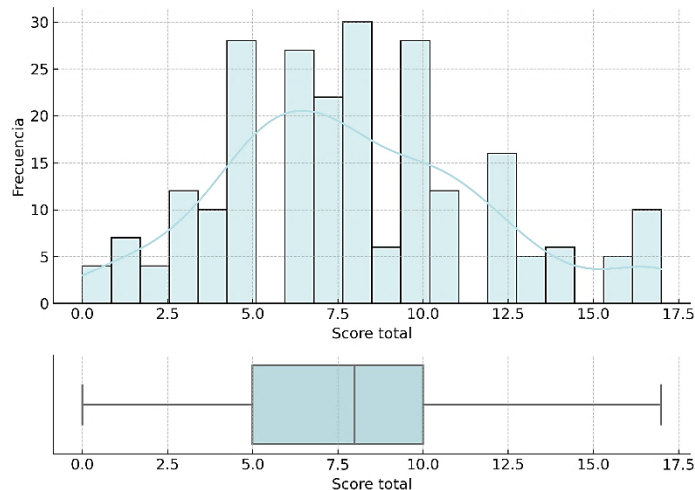


Figura 4: Distribución y diagrama de caja del score total de actitud ante la episiotomía

El score total obtenido permitió clasificar la actitud como moderada (>5 puntos) o restrictiva (≤ 5 puntos). La media del score fue de $7,95 \pm 3,91$, con una mediana de 8, un mínimo de 0 y un máximo de 17 puntos (con un máximo teórico de 20). El rango intercuartílico (RIC) fue de 5 a 10 puntos, indicando que la mitad central de la muestra se concentró en ese intervalo. La variable no siguió una distribución normal (prueba de Shapiro-Wilk, $p < 0,001$).

Del total de la muestra ($n = 232$), el 72,0% ($n = 167$) presentó una actitud moderada, mientras que el 28,0% ($n = 65$) mostró una actitud restrictiva. El intervalo de confianza del 95% para la proporción de profesionales con actitud moderada fue de 66,2% a 77,8%, mientras que para aquellos con actitud restrictiva fue de 22,2% a 33,8%.

7.3 Opinión sobre el respaldo científico de la episiotomía

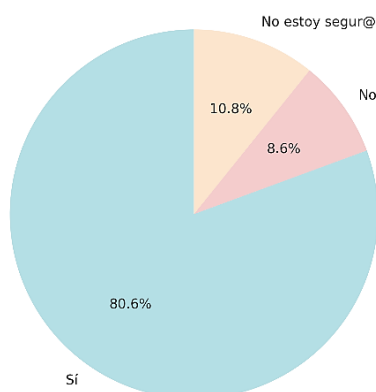


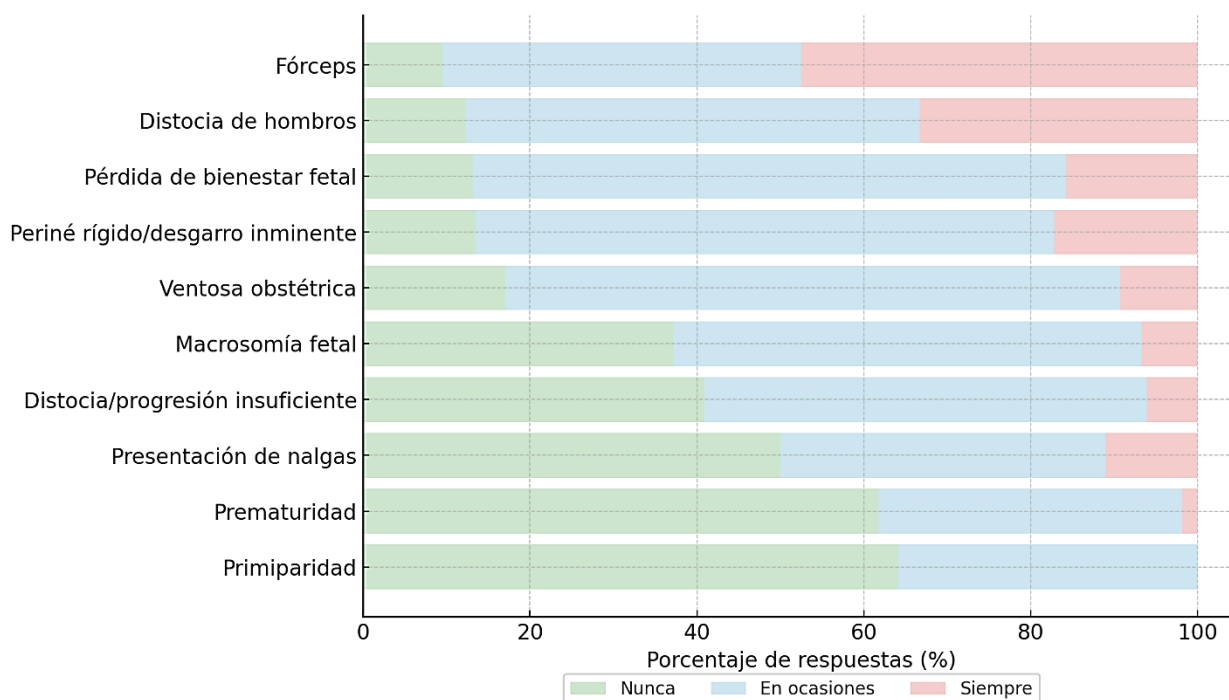
Figura 5: Distribución de la opinión sobre el respaldo científico de la episiotomía

Se preguntó a los participantes si consideran que la literatura científica respalda la indicación de la episiotomía en determinadas situaciones clínicas del parto. El 80,6% de los profesionales ($n = 187$) respondió que sí, un 8,6% ($n = 20$) consideró que no, y un 10,8% ($n = 25$) declaró no estar seguro.

7.4 Frecuencia de indicación de episiotomía según distintas situaciones clínicas

Se evaluó con qué frecuencia los profesionales consideran indicada la episiotomía en diez situaciones clínicas habituales en la asistencia al parto. Las opciones de respuesta fueron: *nunca*, *en ocasiones* y *siempre*. Los resultados se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Frecuencia de indicación de episiotomía en distintas situaciones clínicas según la percepción de los profesionales encuestados.



Las situaciones con mayor tendencia a indicar la episiotomía (siempre o en ocasiones) fueron: Partos asistidos con fórceps: el 47,5% respondió "siempre" y el 43,0% "en ocasiones". La distocia de hombros: un 33,3% respondió "siempre" y un 54,4% "en ocasiones". La pérdida del bienestar fetal: 15,7% "siempre" y 71,2% "en ocasiones". Periné rígido o desgarro inminente: 17,2% "siempre" y 69,4% "en ocasiones". Partos asistidos con ventosa: el 73,7% indicó "en ocasiones", y el 9,4% "siempre".

Por otro lado, hubo menor frecuencia de indicación en situaciones como: Primiparidad: el 64,1% respondió "nunca" y 0% "siempre". Prematuridad: el 61,8% respondió "nunca", y solo un 1,8% "siempre". Presentación de nalgas: 50,0% "nunca" y 11,0% "siempre".

7.5 Análisis inferencial: entre edad y actitud ante la episiotomía

Se analizó la relación entre la edad de los profesionales y su actitud ante la episiotomía, considerando esta última como una variable dicotómica (restrictiva/moderada).

La edad media fue ligeramente mayor entre quienes presentaron una actitud moderada (media = $39,1 \pm 10,2$ años) en comparación con los profesionales con actitud restrictiva (media = $37,2 \pm 5,29$ años). La mediana fue de 38 años (RIC: 31–46 años) en el grupo moderado y de 37 (RIC: 33–41 años) en el grupo restrictivo.

Dado que la variable edad no sigue una distribución normal en ninguno de los grupos (Shapiro-Wilk $p < 0,05$), no se utilizó la prueba t de Student para comparar medias. En su lugar, se utilizó la correlación de Spearman para analizar la relación entre la variable cuantitativa edad y otras variables ordinales, como la frecuencia de indicación de episiotomía en distintas situaciones clínicas.

La relación entre la edad y el score total de actitud se representa en la **Figura 6**. El gráfico muestra una tendencia ascendente, evidenciada por la línea de regresión ajustada, lo que visualmente apoya la correlación positiva obtenida en el análisis ($\rho = 0,336$; $p < 0,001$), indicando que, a mayor edad, mayor predisposición a realizar episiotomía en diferentes contextos clínicos.

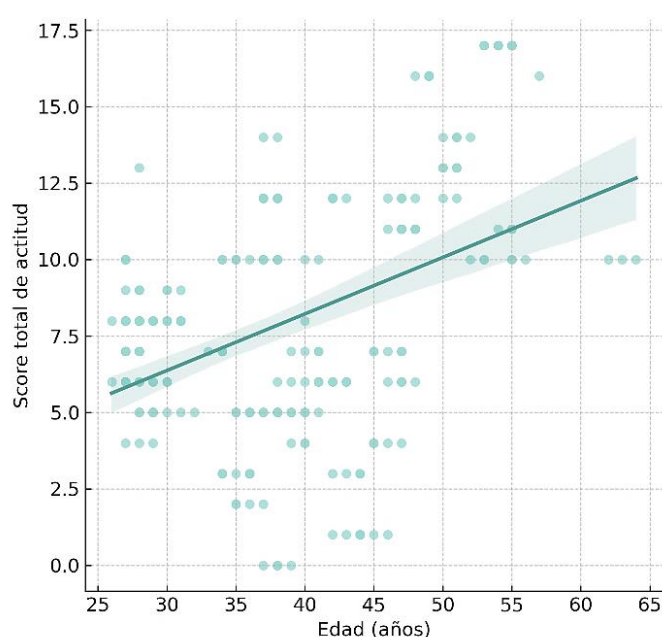


Figura 6: Relación entre la edad de los profesionales y su puntuación total en el score de actitud ante la episiotomía

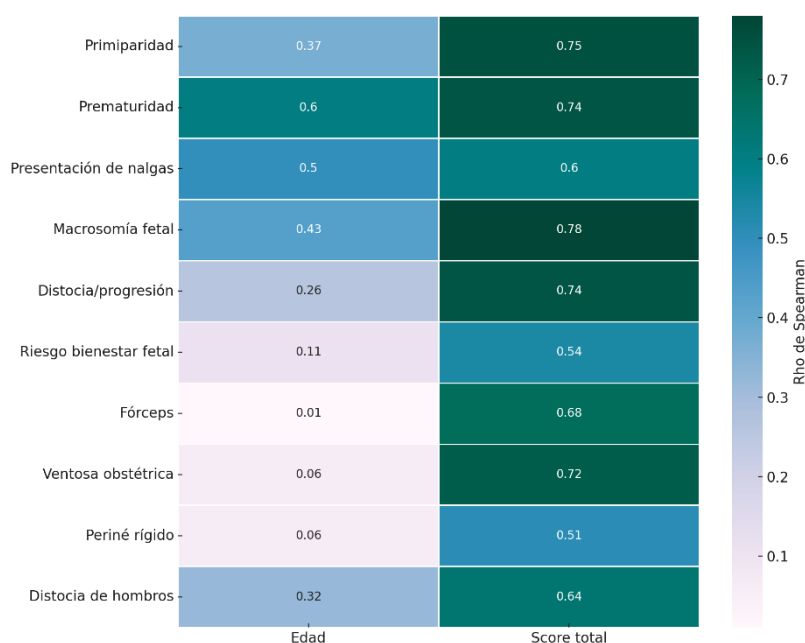


Figura 7: Matriz de correlaciones de Spearman entre la edad, el score total y las distintas situaciones clínicas evaluadas.

Para visualizar de forma conjunta la intensidad y dirección de estas asociaciones, se construyó una matriz de correlaciones de Spearman entre la edad, score total de actitud y las principales variables ordinales del estudio, representada en la **Figura 7**. Siendo los valores positivos más cercanos a 1 correlaciones más fuertes. Las correlaciones más altas se observaron en los casos de prematuridad ($p = 0,60$), presentación de nalgas ($p = 0,50$), macrosomía fetal ($p = 0,43$) y primiparidad ($p = 0,37$), lo que indica que, a mayor edad, existe una mayor tendencia a indicar episiotomía en estos escenarios. También se detectaron correlaciones moderadas en distocia de hombros ($p = 0,32$) y progresión insuficiente del parto ($p = 0,26$). Por el contrario, en situaciones como el uso de fórceps, ventosa obstétrica, periné rígido o riesgo de pérdida de bienestar fetal, la relación con la edad fue muy baja o prácticamente nula ($p \leq 0,11$), sugiriendo que la edad del profesional influye poco en estas decisiones clínicas.

7.6 Análisis inferencial: entre sexo y actitud ante la episiotomía

Se exploró la relación entre el sexo del profesional y su actitud ante la episiotomía, ambas variables cualitativas. La actitud se clasificó como moderada o restrictiva, y el sexo se recogió en tres categorías: *hombre*, *mujer* y *otros*.

En la **Tabla 3** se muestra la distribución porcentual de la actitud según el sexo:

Tabla 3: Distribución porcentual de la actitud ante la episiotomía según el sexo

Sexo	Actitud moderada (%)	Actitud restrictiva (%)
Hombre	60,5%	39,5%
Mujer	76,6%	23,4%
Otros	0,0%	100,0%
Total de la muestra	72,0%	28,0%

Entre los hombres ($n = 43$), el 60,5% mostró una actitud moderada y el 39,5% restrictiva. En las mujeres ($n = 184$), el 76,6% presentó actitud moderada y el 23,4% restrictiva. En la categoría "otros" ($n = 5$), el 100% presentó actitud restrictiva.

Aunque el análisis de Fisher sobre los tres grupos mostró una significación estadística aparente ($p < 0,001$), esto se debe a la presencia de una celda vacía (0%) en el grupo "otros", compuesto únicamente por cinco participantes. Por esta razón, se repitió el análisis considerando únicamente los grupos con tamaño suficiente (hombres y mujeres), donde no se encontró asociación significativa entre el sexo y la actitud ante la

episiotomía ($p = 0,999$; prueba exacta de Fisher), por lo que no se puede afirmar que exista una asociación entre el sexo del profesional y su actitud ante la episiotomía.

7.7 Análisis inferencial: entre especialidad y actitud ante la episiotomía

Se evaluó la relación entre el puesto de trabajo del profesional (especialidad) y su actitud ante la episiotomía. Para ello, se compararon cuatro grupos: Especialistas en Medicina Obstétrico-Ginecológica, Médicos internos residentes (MIR) de obstetricia y ginecología, Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas) y EIR de matrona (no se incluyeron por baja representación)

La prueba exacta de Fisher se utilizó para evaluar la asociación entre las variables cualitativas, ya que algunas de las celdas presentaban recuentos esperados inferiores a 5. El análisis reveló una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p = 0,001$), lo que indica que la actitud ante la episiotomía varía según el puesto de trabajo.

Este resultado se representa de forma visual en la **Figura 8**, donde se aprecia que los MIR muestran una actitud significativamente más moderada (92,9%) mientras que desciende entre los especialistas en medicina (67,8%) y en enfermería obstétrico-ginecológica (63,2%).

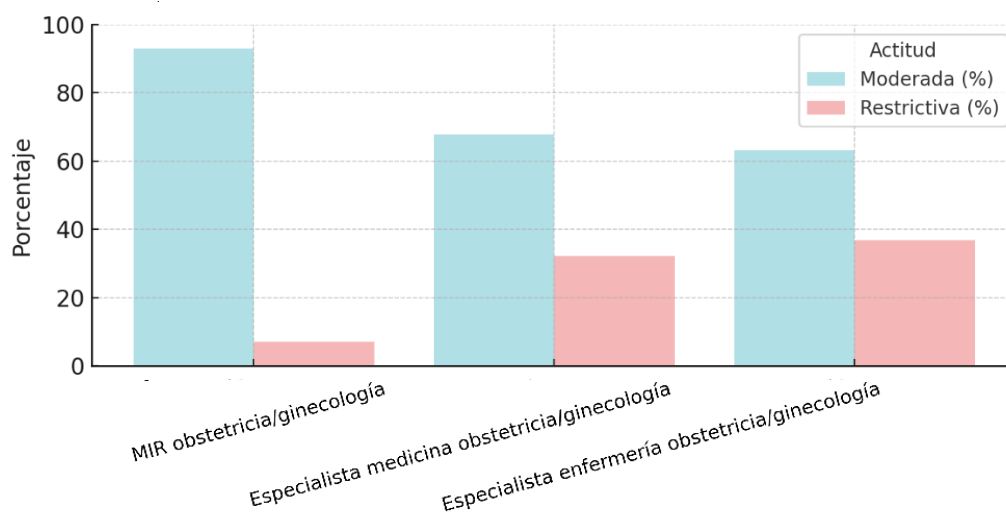


Figura 8: Actitud ante la episiotomía según la especialidad/puesto de trabajo

7.8 Análisis inferencial: entre años de experiencia y actitud ante la episiotomía

Se analizó la relación entre los años de experiencia profesional (incluyendo la residencia) y la actitud ante la episiotomía. La variable experiencia se agrupó en cinco categorías ordinales: 0–5, 6–10, 11–15, 16–20 y más de 20 años.

Como se muestra en la **Tabla 4**, los profesionales con menor experiencia (0–5 años) presentaron una actitud moderada en el 84,4% de los casos, mientras que los profesionales con mayor antigüedad mostraron un aumento progresivo de la actitud restrictiva, destacando los grupos de 6-10 años y de 16–20 años.

Tabla 4: Distribución de la actitud ante la episiotomía según los años de experiencia

Años de experiencia	Moderada (%)	Restrictiva (%)
0–5 años	84,4%	15,6%
6–10 años	48,6%	51,4%
11–15 años	54,2%	45,8%
16–20 años	50,0%	50,0%
>20 años	100,0%	0,0%
Total de la muestra	72,0%	28,0%

El análisis se realizó mediante la prueba exacta de Fisher, debido a la presencia de recuentos esperados bajos en algunas celdas. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p < 0,001$), lo que indica que la actitud ante la episiotomía se asocia con los años de experiencia profesional.

Este patrón se representa gráficamente en la **Figura 9**, donde se observa una disminución progresiva de la actitud moderada a medida que aumenta la experiencia profesional.

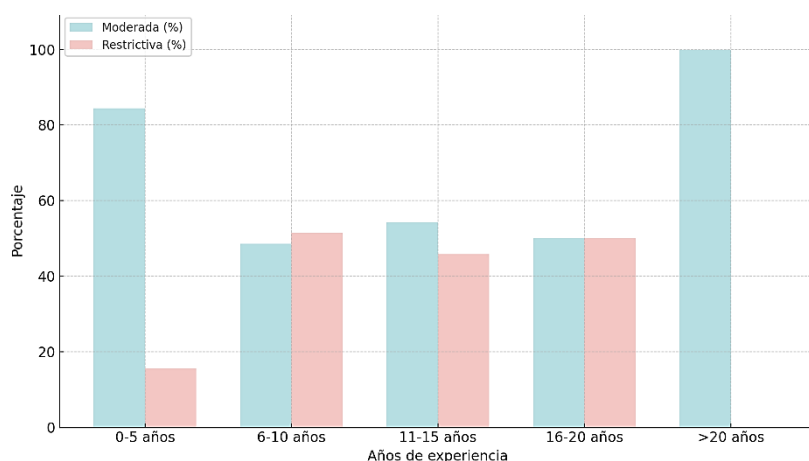


Figura 9: Actitud ante la episiotomía según los años de experiencia profesional

7.9 Análisis inferencial: entre el tipo de hospital y actitud ante la episiotomía

Se analizó la relación entre el tipo de hospital principal en el que trabaja el profesional (público o privado) y su actitud ante la episiotomía. Ambas variables fueron dicotómicas: actitud moderada/restrictiva y hospital público/privado. La distribución se muestra en la **Tabla 5:**

Tabla 5: Distribución de la actitud ante la episiotomía según los años de experiencia

Tipo de hospital principal	Moderada (%)	Restictiva (%)
Público	81,2%	18,8%
Privado	34,8%	65,2%
Total de la muestra	72,0%	28,0%

La prueba exacta de Fisher mostró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0,001$), lo que indica que la actitud ante la episiotomía se asocia con el tipo de hospital. Este contraste se representa gráficamente en la **Figura 10**.

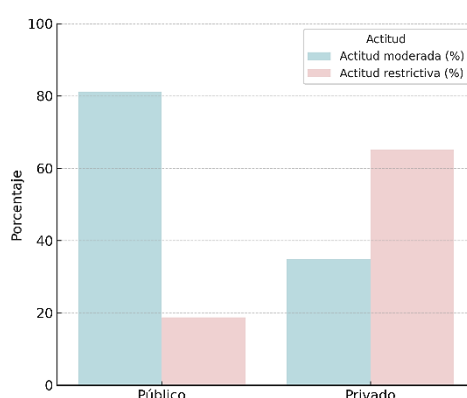


Figura 10: Distribución de la actitud ante la episiotomía según el tipo de hospital principal

7.10 Análisis inferencial: actitud ante la episiotomía según si el hospital es universitario

Se estudió la relación entre el hecho de trabajar en un hospital universitario y la actitud ante la episiotomía. Ambas variables fueron dicotómicas: actitud moderada/restrictiva y hospital universitario/no universitario. Se aplicó la prueba exacta de Fisher, que mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$), lo que indica una asociación entre el tipo de hospital y la actitud ante la episiotomía. La distribución se muestra en la

Tabla 6:

Tabla 6: Distribución de la actitud ante la episiotomía según hospital universitario

Hospital universitario	Moderada (%)	Restictiva (%)
Sí	76,8%	23,2%
No	32,0%	68,0%
Total de la muestra	72,0%	28,0%

Los profesionales que trabajan en hospitales universitarios mostraron con mayor frecuencia una actitud moderada (76,8%), mientras que en hospitales no universitarios predominó la actitud restrictiva (68,0%).

7.11 Análisis inferencial: actitud ante la episiotomía según el número de partos atendidos por mes en los últimos tres años

Se evaluó la relación entre el número aproximado de partos atendidos por mes en los últimos tres años y la actitud ante la episiotomía. El número de partos se recogió como una variable ordinal en cinco categorías: 0–5, 6–10, 11–15, 16–20 y >20.

La distribución se muestra en la **Tabla 7**:

Tabla 7: Distribución de la actitud ante la episiotomía según número de partos atendidos al mes en los últimos 3 años

Partos/mes	Moderada (%)	Restringida (%)
0–5	88,9%	11,1%
6–10	71,4%	28,6%
11–15	80,3%	19,7%
16–20	17,6%	82,4%
>20	72,1%	27,9%
Total de la muestra	72,0%	28,0%

Dado que algunas celdas presentaban recuentos bajos, se aplicó la prueba exacta de Fisher, que resultó estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Esto indica que la actitud ante la episiotomía varía en función del número de partos atendidos por mes.

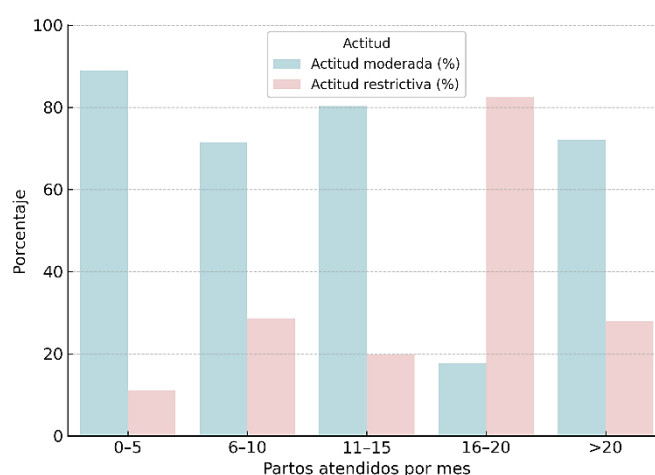


Figura 11: Distribución de la actitud ante la episiotomía según el número de partos atendidos por mes en los últimos tres años

La distribución de la actitud ante la episiotomía según el número de partos atendidos por mes se representa en la **Figura 11**. Se observa que los profesionales que atienden entre 16 y 20 partos mensuales presentan la mayor proporción de actitud restrictiva (82,4%), en contraste con quienes atienden menos de 5 partos al mes, entre quienes predomina la actitud moderada (88,9%). En el resto de grupos (6–10, 11–15 y >20

partos/mes), la actitud moderada también fue mayoritaria, aunque sin alcanzar los valores de los grupos con menor carga asistencial.

8. Discusión

8.1 Discusión Resultados

Los hallazgos de este estudio permiten responder al objetivo general planteado: describir y analizar la actitud y opinión de los profesionales de obstetricia y ginecología, tanto médicos como de enfermería, ante la episiotomía en España, así como explorar su relación con factores sociodemográficos y laborales. La mayoría de los profesionales encuestados (72,0%; IC 95%: 66,2-77,8%) presentan una actitud moderada hacia la episiotomía, entendida como una mayor predisposición a su uso en diversas situaciones clínicas del parto vaginal, siempre en el contexto de episiotomías selectivas. Este hallazgo confirma la hipótesis planteada inicialmente, donde se esperaba que al menos el 44,5% de los participantes adoptaran esta actitud.(20) Esta proporción es considerablemente más alta que la reportada en estudios previos, lo que podría reflejar diferencias contextuales en cuanto a la práctica clínica, formación continua o cambios recientes en los protocolos asistenciales.

Aunque se obtuvieron hallazgos estadísticamente significativos, el tamaño muestral no alcanzó el mínimo previsto inicialmente para permitir inferencias representativas sobre la población total de profesionales obstétrico-ginecológicos de España. Por tanto, los resultados deben interpretarse con cautela y en el contexto exploratorio del estudio.

En consonancia con esto, se observó que la actitud ante la episiotomía varía según factores como la edad, la experiencia profesional o el puesto de trabajo (especialidad). La correlación positiva entre edad y actitud moderada ($\rho = 0,336$; $p < 0,001$) sugiere que los profesionales de mayor edad tienden a utilizar la episiotomía con mayor frecuencia en situaciones clínicas específicas. Esta tendencia podría relacionarse con una formación basada en modelos asistenciales más intervencionistas o con una menor exposición a las recomendaciones más recientes. En la literatura se ha señalado que la lenta difusión de las guías y la resistencia de obstetras con larga trayectoria, han frenado la reducción de episiotomías en ciertos lugares, pudiendo estar relacionado con la tendencia de algunos médicos experimentados a desconfiar de las nuevas

recomendaciones o considerar que “en su experiencia” la episiotomía sigue siendo útil, lo que dificulta erradicar las intervenciones. (25)

También se identificó que los profesionales en formación (MIR) presentan una actitud más intervencionista en comparación con los especialistas en ejercicio. Esta diferencia puede explicarse, al menos en parte, por la falta de experiencia, la inseguridad ante el parto vaginal o una visión más técnica centrada en evitar complicaciones, sin haber presenciado suficientemente el impacto a largo plazo de estas intervenciones. (26,27) Esta hipótesis también se apoya en el análisis de la experiencia profesional, donde los extremos (menor y mayor experiencia) muestran mayor tendencia a una actitud intervencionista. (4) Estos resultados subrayan la necesidad de reforzar la formación basada en evidencia durante la residencia, con especial énfasis en la fisiología del parto y las alternativas no invasivas para la protección perineal.

Dentro de este mismo análisis por puesto de trabajo (especialidad), se observó que los especialistas en medicina obstétrico-ginecológica mostraron mayor proporción de actitud moderada, mientras que los de enfermería presentaron mayor frecuencia de actitud restrictiva. Estos hallazgos podrían reflejar distintos enfoques en la formación, responsabilidades durante el parto o acceso a actualizaciones científicas.

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas entre los tipos de hospital: los profesionales que trabajan en hospitales privados mostraron mayor frecuencia de actitud restrictiva. Podría estar influenciado por el modelo de atención más personalizado y el seguimiento longitudinal de las pacientes, pudiendo promover una mayor concienciación sobre los efectos secundarios de la episiotomía. En contraste, los hospitales públicos, donde hay más residentes y un enfoque más protocolizado, tendieron a mostrar una actitud más moderada.(7,28)

En cuanto al número de partos atendidos por mes, no se observó un patrón lineal claro. Sin embargo, destaca que los profesionales que atienden entre 16 y 20 partos mensuales mostraron la mayor proporción de actitud restrictiva, mientras que quienes atienden menos de 5 partos al mes fueron los más intervencionistas. Esta aparente contradicción podría reflejar distintos grados de confianza clínica: mientras que los menos expuestos

pueden recurrir a la episiotomía como medida de seguridad, los más experimentados podrían mostrar una tendencia más conservadora basada en su pericia clínica.

Respecto a la situación clínica de la presentación de nalgas, se observó que la proporción de los profesionales encuestados que respondió que “nunca” realiza episiotomía en ese contexto fue del 50,0%. Este dato, que inicialmente podría interpretarse como una actitud restrictiva, debe ser valorado con cautela. Es posible que algunos profesionales hayan respondido “nunca” no por una preferencia activa de evitar la episiotomía, sino porque directamente no asisten partos vaginales en presentación podálica, práctica poco habitual en muchos centros sanitarios. Esto introduce un sesgo de interpretación en esta pregunta concreta del cuestionario, ya que no distingue entre la no indicación clínica de la episiotomía y la no exposición a este tipo de partos. Esta limitación refuerza la importancia de contextualizar las respuestas según la experiencia asistencial específica de cada profesional.

En relación con la opinión sobre el respaldo científico de la episiotomía destacamos un dato especialmente relevante, donde el 80,6% de los profesionales encuestados considera que la episiotomía está respaldada por la literatura científica en determinadas situaciones clínicas (teniendo en cuenta una actitud tanto moderada como restrictiva), frente a un 8,6% que opina lo contrario y un 10,8% que se muestra inseguro al respecto. Este dato refleja una aceptación generalizada de la episiotomía como práctica clínica aún vigente, a pesar de que múltiples guías internacionales, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(14), recomiendan una utilización estrictamente selectiva en un porcentaje mucho menor que el aplicado, además de existir múltiples técnicas que protegen el periné de las mujeres durante el parto en las distintas situaciones clínicas expuestas y aseguran un abordaje menos intervencionista.(29) Estas percepciones sugieren que algunos profesionales pueden no estar al día en cuanto a la evidencia actual, o bien que interpretan las situaciones clínicas como indicaciones justificadas incluso cuando no existe consenso científico.

Esta aparente contradicción puede deberse a diversos factores. Por un lado, la experiencia acumulada de los profesionales puede generar una percepción subjetiva de efectividad, especialmente en partos instrumentalizados, distocia de hombros, sospecha de periné rígido o situaciones con sospecha de macrosomía o sufrimiento fetal. Por otro,

la falta de formación actualizada y la variabilidad en los protocolos de los centros sanitarios podrían dificultar el acceso a la evidencia más reciente sobre las consecuencias perineales a corto y largo plazo asociadas a esta intervención.(4)

En este sentido, estudios como los de García-Cerde et al. (2021), Wu et al. (2013) y Hartmann et al. (2005) destacan que una parte importante de las episiotomías no responden a criterios clínicos objetivos, sino a factores como la comodidad del profesional, la percepción de control del parto, la presión institucional o jerárquica, la disponibilidad de recursos o incluso la falta de formación actualizada. En muchos casos, las decisiones se basan más en hábitos aprendidos o percepciones de eficacia que en la evidencia científica, que respaldan los datos obtenidos, descritos y analizados en este estudio. (4,30,31)

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de formación continua basada en evidencia, la implementación de protocolos consensuados y actualizados, auditorías internas con retroalimentación y un enfoque asistencial centrado en la fisiología del parto, la minimización del daño perineal y la autonomía de la mujer durante el proceso de nacimiento y un seguimiento longitudinal por parte de los profesionales que intervienen en el parto. Además, abren la puerta a investigaciones futuras que profundicen en las motivaciones profesionales detrás de estas decisiones y en las barreras que dificultan la implementación de guías clínicas actualizadas.

8.2 Puntos fuertes del estudio

Este estudio representa uno de los pocos trabajos realizados en España que evalúa la actitud y opinión de profesionales especializados en obstetricia y ginecología de Medicina y Enfermería ante la episiotomía selectiva desde un enfoque mixto que incluye tanto variables sociodemográficas como clínicas. Se ha elaborado un cuestionario específico, estructurado y accesible, que permitió captar información detallada de una muestra heterogénea de profesionales. Además, se diseñó un sistema de puntuación para cuantificar la actitud global hacia la episiotomía a partir de diferentes escenarios clínicos, permitiendo una interpretación más completa del posicionamiento profesional.

El uso de este sistema de puntuación permite un enfoque más objetivo que la simple recogida de opiniones aisladas. Asimismo, el análisis estadístico ha sido exhaustivo, con

un control adecuado de los supuestos de normalidad, empleo de pruebas inferenciales apropiadas, y validación mediante correlaciones y pruebas exactas cuando fue necesario.

8.3 Limitaciones y sesgos del estudio

A pesar de sus fortalezas, este estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, destaca la limitación relacionada con el tamaño muestral. Aunque se alcanzó una muestra de 232 participantes, esta cifra no permite realizar inferencias generalizables a toda la población de profesionales obstétrico-ginecológicos de España. El tamaño previsto inicialmente era mayor, y la participación quedó limitada al periodo de difusión establecido.

Respecto a los posibles sesgos, se han identificado los siguientes:

- Sesgo de selección: Es probable que hubiese una muestra por conveniencia, que quienes decidieron participar en la encuesta tengan un mayor interés en el tema o posturas más definidas, lo cual puede afectar la representatividad. Para mitigar este sesgo, se promovió la participación mediante distintos canales y se diseñó un cuestionario accesible y conciso.
- Sesgo de información: El cuestionario fue de elaboración propia (sin validación formal estadística), basado en literatura científica y experiencia clínica. A pesar de haber sido revisado y estructurado cuidadosamente, no fue sometido a validación psicométrica, lo que puede afectar la validez interna del estudio. Aunque el cuestionario fue revisado y estructurado cuidadosamente, facilitándose instrucciones claras, no puede descartarse la existencia de errores en la interpretación o respuesta por parte de los encuestados. Sin embargo, algunas preguntas clínicas, como la referida a la episiotomía en partos en presentación de nalgas, podrían haber sido malinterpretadas. Es posible que algunos profesionales respondieran “nunca” no porque eviten activamente la episiotomía en ese contexto, sino porque directamente no asisten partos vaginales en esa situación, lo que introduce un sesgo en la interpretación de esa respuesta.
- Sesgo del encuestado/ deseabilidad social: Las respuestas podrían estar influenciadas por el deseo de mostrar una práctica clínicamente aceptable,

especialmente en preguntas sensibles. Se intentó minimizar este sesgo garantizando el anonimato y explicando la importancia de contestar con sinceridad.

- Sesgos de confusión: Pueden existir variables no recogidas en el estudio (como protocolos institucionales, cultura asistencial del centro, carga laboral o experiencias previas) que influyan en los resultados. No obstante, se intentó reducir este efecto mediante la inclusión de variables relevantes y el uso de análisis multivariado cuando fue pertinente.
- Sesgo de mala especificación: Se considera poco probable debido a la planificación exhaustiva del análisis estadístico por parte del equipo investigador conocedor de la temática, utilizando herramientas como Jamovi para asegurar la consistencia y validez de los análisis.
- Reducción excesiva en la variable principal: Aunque el score de actitud facilitó el análisis estadístico, la dicotomización en dos categorías (restrictiva / moderada) puede haber simplificado en exceso la complejidad del razonamiento clínico individual y la toma de decisiones contextualizadas.

En conjunto, estas limitaciones no invalidan los hallazgos, pero invitan a interpretarlos con prudencia y a considerar este estudio como un punto de partida útil para futuras investigaciones de mayor alcance y representatividad, y no como una generalización definitiva del conjunto de profesionales del país.

9. Conclusión

Las conclusiones de este estudio se presentan en función de los objetivos planteados inicialmente:

1. Describir la proporción de especialistas de medicina y enfermería obstétrico-ginecológica en base a su actitud ante la episiotomía en el parto vaginal. El 72,0% de los profesionales encuestados mostró una actitud moderada hacia la episiotomía, entendida como una mayor predisposición a su uso en distintas situaciones clínicas. Este resultado supera ampliamente la proporción planteada en la hipótesis inicial (44,5%), confirmándola estadísticamente (IC 95%: 66,2–77,8%).

2. Evaluar si existen diferencias en dicha actitud según características sociodemográficas o profesionales.

La edad presentó una correlación positiva significativa con el score total de actitud ($\rho = 0,336$; $p < 0,001$), indicando que los profesionales de mayor edad tienden a adoptar una actitud más intervencionista. Se observaron diferencias estadísticamente significativas según la especialidad o el puesto de trabajo ($p = 0,001$), con mayor actitud moderada entre residentes (MIR), probablemente debido a inseguridad o menor experiencia clínica (31). La variable años de experiencia mostró también diferencias significativas ($p < 0,001$), observándose mayor actitud intervencionista en los extremos (0–5 años y >20 años). En cuanto al tipo de centro, los profesionales de hospitales públicos y universitarios presentaron con mayor frecuencia una actitud moderada ($p < 0,001$ en ambos casos). Por último, el número de partos atendidos mensualmente también se asoció de forma significativa ($p < 0,001$): los profesionales que atendían menos de 5 partos mostraron mayor actitud intervencionista.

3. Describir las situaciones clínicas en las que los profesionales consideran más justificada la episiotomía.

Las situaciones en las que se reportó mayor frecuencia de episiotomía fueron: uso de fórceps (90,5%), riesgo de pérdida de bienestar fetal (86,9%), periné rígido o desgarro inminente (86,6%), uso de ventosa (83,1%) y sospecha de macrosomía (62,8%). Por el contrario, ante partos en presentación de nalgas, el 50,0% respondió que nunca realiza episiotomía. Este dato debe interpretarse con cautela, ya que podría deberse a que muchos profesionales no asisten partos vaginales en esta situación lo que introduce un sesgo de interpretación. (32)

Por último, al preguntar por la percepción de respaldo científico, el 80,6% de los profesionales respondió que la episiotomía está respaldada por la literatura en determinadas situaciones clínicas, mientras que un 8,6% opinó que no y un 10,8% declaró no estar seguro. Este hallazgo sugiere una aceptación mayoritaria de la intervención, aunque no necesariamente en consonancia con las guías más actualizadas. (15,27)

Estos resultados refuerzan la necesidad de alinear la práctica clínica con las recomendaciones actuales de organismos como la OMS, que promueven un uso selectivo de la episiotomía por debajo de los datos obtenidos en este estudio. La elevada proporción de actitudes moderadas observada, así como la variabilidad entre profesionales y entornos asistenciales, pone de manifiesto la importancia de fomentar la formación continua basada en evidencia, revisar los protocolos institucionales y promover estrategias que reduzcan la intervención innecesaria. Asimismo, es fundamental tener en cuenta la complejidad del razonamiento clínico y la influencia de factores contextuales, para lograr una atención al parto más segura, actualizada y centrada en la mujer.

10. Bibliografía

1. Yang J, Bai H. Knowledge, attitude and experience of episiotomy practice among obstetricians and midwives: a cross-sectional study from China. *BMJ Open*. 2021 Apr;11(4):e043596.
2. Hernández Pérez J, Azón López E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz B, Mérida Donoso Á. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. *Enferm Glob*. 2014 Jul;13(3):398–424.
3. Crookall R, Fowler G, Wood C, Slade P. A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. *J Adv Nurs*. 23 de mayo de 2018;
4. Garcia-Cerde R, Torres-Pereda P, Olvera-Garcia M, Hulme J. Health care workers' perceptions of episiotomy in the era of respectful maternity care: a qualitative study of an obstetric training program in Mexico. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec;21(1):549.
5. Waldman R. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. enero de 2019;133(1):185-185.
6. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD000081.
7. Shahraki AD, Aram S, Pourkabirian S, Khodaei S, Choupannejad S. A comparison between early maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy and routine episiotomy in primiparous vaginal delivery. *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci*. diciembre de 2011;16(12):1583-9.
8. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. 2021.
9. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. En: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1999 [citado 8 de abril de 2025]. p. CD000081. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000081>
10. M. Amorim M, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health*. diciembre de 2017;14(1):55.
11. Camacho-Morell F, Barba I, Simó A, Cañada E. Restrictive use of episiotomy at University Hospital of La Ribera, Alzira, Valencia, Spain. 8 de mayo de 2018;

12. Lai CY, Cheung HW, Hsi Lao TT, Lau TK, Leung TY. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* diciembre de 2009;22(12):1116-21.
13. Pereira GMV, Hosoume RS, De Castro Monteiro MV, Juliato CRT, Brito LGO. Selective episiotomy versus no episiotomy for severe perineal trauma: a systematic review with meta-analysis. *Int Urogynecology J.* noviembre de 2020;31(11):2291-9.
14. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [2018 [cited 2024 Mar 25]]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/260178>
16. Maghalian M, Alikamali M, Nabighadim M, Mirghafourvand M. The effects of warm perineal compress on perineal trauma and postpartum pain: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 26 de agosto de 2023;309(3):843-69.
17. Díez I, Cassadó J, Martín A, Muñoz E, Bauset C y López-Herrero E. Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63(01):48-53. DOI: 10.20960/j.pog.00261
18. Leenskjold S, Høj L, Pirhonen J. Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures. *Dan Med J.* mayo de 2015;62(5):A5075.
19. Faden YA, Fatani AM, Fallatah BM, Rawa TS, Almasri SA, El Amin NO, et al. Examining the Association Between Episiotomy and Severe Perineal Tears in a Tertiary Care Center Implementing a Restrictive Episiotomy Policy. *Cureus* [Internet]. 17 de noviembre de 2022 [citado 25 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/123963-examining-the-association-between-episiotomy-and-severe-perineal-tears-in-a-tertiary-care-center-implementing-a-restrictive-episiotomy-policy>
20. Cunha CMP, Katz L, Lemos A, Amorim MM. Knowledge, Attitude and Practice of Brazilian Obstetricians Regarding Episiotomy. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet.* noviembre de 2019;41(11):636-46.
21. Trinh AT, Roberts CL, Ampt AJ. Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam. *BMC Pregnancy Childbirth.* diciembre de 2015;15(1):101.
22. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth Berkeley Calif.* septiembre de 2005;32(3):219-23.
23. Austad KE, Rao SR, Hibberd PL, Patel AB. Trends and determinants of the use of episiotomy in a prospective population-based registry from central India. *BMC Pregnancy Childbirth.* 12 de septiembre de 2024;24(1):598.

24. Tex-Jack D, Eleke C. Perspectives of skilled birth attendants and pregnant women regarding episiotomy: a quantitative approach. *Afr Health Sci.* 27 de septiembre de 2021;21(3):1355-61.
25. D Mandelbaum A, E Rudasil S, Aguayo E, Chan E, Sanaiha Y, G Cohen J, et al. National Trends in Utilization of Episiotomy and Factors Associated with High-Utilization Centers in the United States. *J Womens Health Dev* [Internet]. 2021 [citado 15 de abril de 2025];04(03). Disponible en: <https://www.fortunejournals.com/articles/national-trends-in-utilization-of-episiotomy-and-factors-associated-with-highutilization-centers-in-the-united-states.html>
26. Hernández Pérez J, Azón López E, Peinado Berzosa R, Val Lechuz B, Mérida Donoso Á. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. *Enferm Glob.* 1 de julio de 2014;13(3):398-424.
27. Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 30 de junio de 2005;56(2):116-26.
28. Shahbazi Sighaldehy S, Eskandari E, Khosravi S, Ebrahimi E, Haghani S, Shateranni F. Comparison of maternal and neonatal outcomes of midwifery-led care with routine midwifery care: a retrospective cohort study. *BMC Nurs.* 11 de febrero de 2025;24(1):158.
29. Hussein SA. The barriers and facilitators of introducing evidence-based practices around the use of episiotomy in Jordan [master's thesis]. Sydney: University of Western Sydney; 2014
30. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, et al. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review: Summary [Internet]. In: AHRQ Evidence Report Summaries. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 1998-2005. 112. 2005. Disponible en: Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11967/>
31. Wu LC, Lie D, Malhotra R, Allen JC, Tay JSL, Tan TC, et al. What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery.* agosto de 2013;29(8):943-9.
32. World Health Organization. WHO Division of Family Health Maternal Health and Safe Motherhood. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva: World Health Organization; 1996.

11. Anexos

11.1. ANEXO 1. Resolución positiva del CEIm-FJD

DICTAMEN INICIAL PARA PROYECTOS DE INVESTIGACION

Dra. Lucía Llanos Jiménez, Secretaria Técnica del COMITE DE ÉTICA DE LA INVESTIGACION DE LA FUNDACION JIMENEZ DIAZ

CERTIFICA:

Que en la reunión del CEIm-FJD que tuvo lugar el 25/02/2025 (acta nº 04/25) se evaluó el estudio referido y, ha decidido:

A P R O B A R

La propuesta para que se realice el estudio:

Título: "Actitud y opinión de los ginecólogos y matronas ante la episiotomía en la atención al parto".

Investigador Principal: CARLOS SANTIAGO PIÑEL PEREZ. Hospital Quirónsalud San José

Servicio: Ginecología

Promotor: HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAN JOSÉ

Código: EPINION

Código CEI: PIC056-25_HSJ

Documentos con Versiones:

PROTOCOLO Versión, Febrero de 2025, rectificado en marzo de 2025

Además, hace constar que:

1. En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente –Decreto 39/94 de la CAM– para que la decisión del citado CEIm sea válida.
2. El Estudio reúne las normas éticas estándar de nuestra Institución para la realización de este tipo de estudios.
3. Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio.
4. El CEImFJD, tanto en su composición como en sus procedimientos, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con la legislación vigente que regula su funcionamiento, y que la composición del CEIm FJD es la indicada en el anexo I, teniendo en cuenta que en el caso de que algún miembro participe en el estudio o declare algún conflicto de interés no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen.
5. Asimismo, hacemos constar que no existe contraprestación económica para el centro y los investigadores.
6. Además, este comité recuerda al Promotor (*) la obligación, en el caso de que se trate de un estudio prospectivo, de realizar el registro del estudio en una base de datos de acceso público antes de reclutar el primer paciente así como el seguimiento del estudio de acuerdo a la legislación vigente.

(*) Para estudios promovidos por investigadores del IISFJD, se debe contactar con la Unidad de Investigación Clínica para información sobre cómo proceder para registrar el estudio (lucia.llanos@quironsalud.es)

Lo que firmo en Madrid a 25 de Febrero de 2025


Dra. Lucía Llanos Jiménez
Secretaría Técnica CEImFJD

PIC056-25_HSJ

11.2. ANEXO 2. Compromiso del investigador

El estudiante y su tutor nos comprometemos a conocer y cumplir la normativa reguladora en materia de protección de datos de carácter personal en concreto, declaramos haber leído y comprendido Ley Orgánica3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía delos derechos digitales y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27/04/2016, así como el resto de normativa de desarrollo, y las previsiones al respecto contempladas en la Ley 41/2002, de14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El estudiante se obliga a mantener absoluta confidencialidad y reserva sobre cualquier dato que pudiera conocer con ocasión de la realización del trabajo, especialmente los de carácter personal, que no podrá copiar o utilizar con fin distinto al que esté determinado, ni tampoco ceder a otros ni siquiera a efectos de conservación. Esta obligación subsistirá una vez cumplido el periodo de tiempo para el que se le haya autorizado el acceso.

El estudiante declara haber leído y se compromete a conocer y cumplir la “Política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid”, publicado en la Orden 491/2013, de 27 de junio y todas las políticas, normas y procedimientos de la CSCM y/o el Hospital que emanen del citado código

Firmado

Tutor clínico

Estudiante

11.3. ANEXO 3. Cuestionario (20,24)

SE ADJUNTA EL CUESTIONARIO QUE SE EXPEDIÓ TRAS SER ACEPTADO POR EL COMITÉ DE ÉTICA:

Estimado/a participante, le invitamos a participar en un estudio sobre la actitud y opinión de los ginecólogos y matronas ante la episiotomía en la atención al parto. Su participación es completamente voluntaria y consiste en responder un cuestionario anónimo. No se recogerá ninguna información que permita identificarle, por lo que sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y utilizadas únicamente con fines de investigación. Al continuar con el cuestionario y enviarlo, usted acepta participar en el estudio de forma voluntaria.

Agradecemos su tiempo y colaboración.

1. Información sociodemográfica y profesional

Por favor, proporcione la siguiente información:

(a) Edad: [Espacio para la respuesta numérica]

(b) Sexo: Mujer/Hombre/ Otro

(c) Especialidad (marque la opción que mejor le represente): Especialista en Ginecología y Obstetricia/ Especialista en Enfermería Obstétrica-Ginecológica/ MIR de Ginecología y Obstetricia/ EIR de Ginecología y Obstetricia

(d) Años de experiencia profesional (incluyendo la residencia): 0-5 años/ 6-10 años/ 11-15 años/ 16-20 años/ Más de 20

2. Información sobre el entorno laboral

(a) Por favor, indique el tipo de centro en el que desempeña principalmente su actividad asistencial: Hospital público/hospital privado

(b) Hospital universitario: si/no.

3. Actividad asistencial

¿Cuántos partos mensuales ha atendido aproximadamente en los últimos 3 años?: 0-5/ 6-10/ 11-15/ 16-20/ Más de 20

4. Frecuencia de realización de episiotomía

(a) En su práctica clínica habitual, ¿con qué frecuencia realiza episiotomía en la asistencia al parto? Nunca/en ocasiones/Siempre

(b) En relación con su práctica clínica, indique con qué frecuencia suele realizar episiotomía en los siguientes escenarios:

(i) Primiparidad: Nunca/en ocasiones/ siempre

(ii) Prematuridad: Nunca/en ocasiones/ siempre

(iii) Parto en presentación de nalgas: Nunca/en ocasiones/ siempre

(iv) Sospecha de macrosomía fetal: Nunca/en ocasiones/ siempre

(v) Distocia de hombros: Nunca/en ocasiones/ siempre

(vi) Progresión insuficiente del parto: Nunca/en ocasiones/ siempre

(vii) Uso de ventosa obstétrica: Nunca/en ocasiones/ siempre

(viii) Uso de fórceps: Nunca/en ocasiones/ siempre

(ix) Riesgo de pérdida de bienestar: Nunca/en ocasiones/ siempre

(x) Periné rígido o desgarro inminente: Nunca/en ocasiones/ siempre

5. Opinión sobre la evidencia científica actual

¿La literatura científica respalda la indicación de la episiotomía en determinadas situaciones? **Sí/ No/ No estoy segur@**

¡Gracias por su participación!

11.4. ANEXO 4. Tabla Variables

Variable	Tipo de variables	Categoría/unidad de medida	Explicación si lo requiere
PRINCIPAL			
Actitud total ante la episiotomía	Cuantitativa discreta / Cualitativa nominal dicotómica	0-20 puntos/ Restringida o Moderada	Suma de puntuaciones asignadas a cada situación clínica. Análisis descriptivo, variable cuantitativa. Análisis inferencial se dicotomizó. Restringida si el total del score es ≤ 5 ; moderada si es > 5 .
SECUNDARIAS			
Edad	Cuantitativa discreta		
Sexo	Cualitativa nominal politémica	Mujer/Hombre/ Otros	Identidad de género declarada por el profesional.
Especialidad/Puesto de trabajo	Cualitativa nominal politémica	Especialista obstetra- ginecológico: Medicina/ Enfermería/MIR/ EIR	
Años de experiencia	Cualitativa ordinal	0-5 / 6-10 / 11-15 / 16-20/ > 20	Categorías según años de experiencia. (incluyendo la residencia)
Hospital Público o Privado	Cualitativa nominal dicotómica	Publico/Privado	Lugar de trabajo principal.
Hospital Universitario	Cualitativa nominal dicotómica	Sí o No	Centro con formación pregrado/postgrado.
Número aproximado de partos atendidos por mes	Cualitativa ordinal	0-5 / 6-10 / 11-15 / 16-20/ > 20	Media de actividad asistencial.
Con qué frecuencia realiza episiotomía en su práctica clínica habitual	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Frecuencia autodeclarada general.
Frecuencia de episiotomía por primiparidad	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2.
Frecuencia de episiotomía por prematuridad	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2.
Frecuencia en partos de presentación de nalgas	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2.

Frecuencia por macrosomía fetal	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2. Peso al nacer igual o superior a 4000g o un percentil 90.
Frecuencia ante distocia de hombros	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2. Situación en la cual la cabeza del recién nacido se encuentra fuera del canal del parto, pero uno o ambos hombros quedan atrapados detrás de la pelvis de la madre.
Frecuencia ante progresión insuficiente del parto	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2.
Frecuencia con ventosa obstétrica	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2.
Frecuencia con fórceps	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2.
Frecuencia por riesgo de pérdida de bienestar fetal	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2. Los signos serían: - Taquicardia fetal >160lpm con variabilidad <5lpm. - Frecuencia cardíaca fetal basal <100lpm. -Disminución de la variabilidad (silente o sinusoidal). - Aumento de la variabilidad >25lpm. - Deceleraciones variables ligeras o moderadas durante más de 30mins -Deceleraciones tardías (Dips tipo II) - Deceleraciones prolongadas recurrentes (2 o más deceleraciones de <70lpm en >90segundos en 15mins) sin relación con alteraciones de la dinámica uterina
Frecuencia por periné rígido o desgarro inminente	Cualitativa ordinal	Nunca / En ocasiones / Siempre	Se le asignó puntuación 0-1-2.
Opinión sobre respaldo científico de la episiotomía	Cualitativa nominal politómica	Sí / No / No estoy segur@	Peso al nacer igual o superior a 4000g o un percentil 90.
Actitud ante la episiotomía (total)	Cualitativa nominal dicotómica (derivada)	Restringida / Moderada	Suma de puntuaciones de las variables anteriores dando un score ≤5restringida/>5 moderada

11.5. ANEXO 5. **Declaración de uso de herramientas de Inteligencia Artificial**

En cumplimiento de los principios de transparencia y responsabilidad académica, se declara que durante la realización del presente Trabajo de Fin de Grado se ha hecho uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA), concretamente del modelo ChatGPT (OpenAI), como soporte metodológico y técnico en los siguientes aspectos:

1. Orientación metodológica

- Apoyo en la estructuración del apartado de Material y Métodos, garantizando la correcta descripción del diseño, la muestra, la recogida de datos y el análisis estadístico, a partir del protocolo previamente elaborado por la autora y su tutor.
- Revisión de la terminología estadística y adecuación al lenguaje académico.

2. Soporte en el análisis estadístico

- Asistencia en la interpretación de resultados estadísticos, previamente calculados mediante el software Jamovi.
- Orientación sobre la elección de las pruebas estadísticas adecuadas según el tipo de variable y el cumplimiento de los supuestos requeridos.

3. Revisión de estilo y formato

- Sugerencias para mejorar la claridad, cohesión y redacción científica del documento final, sin alterar el contenido original aportado por la autora.
- Propuesta de ajustes formales en la presentación de tablas, figuras y referencias bibliográficas.

4. Revisión crítica y conclusiones

- Orientación en la formulación de conclusiones equilibradas, basadas en la interpretación clínica y estadística de los resultados.

En ningún caso se ha utilizado la herramienta para generar contenido sin supervisión humana, crear resultados ficticios, alterar los datos reales o suplantar el trabajo académico que corresponde a la autora del TFG y a su tutor.

Todo el contenido presentado ha sido validado, corregido y adaptado por la autora y supervisado en todo momento por su tutor clínico.