



Grau
Infermeria

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT I EL BENESTAR
UVIC | UVIC-UCC

Treball final de grau

L'IMPACTE DE PANDÈMIA DE LA COVID-19 EN LA PRÀCTICA CLÍNICA DE L'EPISIOTOMIA

Maria Antònia COLI i FERRAGUT

mariaantonia.coli@uvic.cat

Grau d'Infermeria (4t curs. Grup M12)

Tutora: Sandra Ezquerria Samper

Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar – Universitat de Vic

Vic, maig de 2022

Índex

1. Resum	4
2. Marc teòric	6
2.1. El part	6
2.1.1. Tipus de part	7
2.1.2. Etapes del part	7
2.1.3. Complicacions del part	8
2.2. La violència obstètrica	9
2.2.1. Concepte general	9
2.2.2. La violència de gènere	9
2.2.3. La violència obstètrica	10
2.2.4. Violència obstètrica com a violència de gènere	11
2.2.5. Situació legal de la violència obstètrica	11
2.3. L'episiotomia	12
2.3.1. Concepte	12
2.3.2. Tècniques i reparació de l'episiotomia	14
2.3.3. Episiotomia vs esquinçades	15
2.3.4. Episiotomia selectiva o de rutina	16
2.3.5. Complicacions de l'episiotomia	17
2.4. Taxa d'episiotomia	18
2.4.1. Taxa actual d'episiotomia	18
2.4.2. Taxa ideal	20
2.4.3. Cost de les episiotomies	20
2.4.4. Mesures que disminueixen la taxa de les episiotomies	20
2.5. La dona com a centre de les cures	23
2.5.1. Què es coneix de l'episiotomia?	23

2.5.2. Pla de Part.....	24
2.5.3. Promoció del part humanitzat.....	25
2.6. Situació del part durant la Covid-19.....	27
2.6.1. Concepte de la Covid-19.....	27
2.6.2. El part durant la Covid-19.....	28
2.6.3. L'episiotomia durant la Covid-19	29
3. Hipòtesis i objectius	31
3.1. Hipòtesi.....	31
3.2. Objectius.....	32
4. Metodologia	33
4.1. Àmbit d'estudi	33
4.2. Disseny.....	34
4.3. Població i mostra/participants.....	34
4.4. Criteris d'inclusió i exclusió.....	35
4.5. Variables i mètodes de mesura	36
4.6. Anàlisi dels registres.....	38
4.7. Aspectes ètics	38
5. Resultats.....	39
6. Discussió	45
7. Conclusions	50
8. Bibliografia	52
9. Annexes.....	66
10. Agraïments	68
11. Nota final de l'autor. El TFG com experiència d'aprenentatge	69

1. Resum

Objectiu general

Analitzar l'impacte que ha tingut la pandèmia de la COVID-19 sobre la pràctica clínica de l'episiotomia.

Metodologia

Anàlisi retrospectiu transversal del seguiment de tot el període d'embaràs realitzats durant la primera onada de la pandèmia comparat amb un període similar abans de la pandèmia.

Resultats

No s'han detectat diferències significatives amb relació a la realització d'episiotomies abans i durant la pandèmia (24,5% - 23,6% respectivament). L'anàlisi de la relació de la paritat de les dones i la realització d'episiotomies indica, però, que el 80,4% van ser a dones primíparaes, tot i que quan es compara abans i durant la pandèmia són 32,2% - 34,6% respectivament. De la mateixa manera que abans de la pandèmia en el sistema de salut privat es feien més episiotomies, durant la pandèmia passa el mateix.

Discussió

Els resultats de l'estudi concorden amb la recerca científica publicada sobre la mateixa.

Conclusions

La pràctica clínica de l'episiotomia no ha mostrat canvis durant la pandèmia, tot i que hi ha altres factors que influeixen en la realització d'aquesta tècnica com són la paritat i el sistema de salut.

Paraules clau

Episiotomia, COVID-19, part, paritat.

ABSTRACT

General objective

To analyse the impact of the pandemic on the practice of episiotomy.

Methodology

Cross-sectional retrospective analysis of the entire period of pregnancy performed during the first wave of the pandemic compared to a similar period before the pandemic.

Results

No significant differences were found in the performance of episiotomies before and during the pandemic (24.5% - 23.6%, respectively). The analysis of the relationship between women's parity and episiotomies indicates, however, that 80.4% were practiced to primiparous women, although when compared before and during the pandemic they are 32.2% - 34.6% respectively. Before the pandemic more episiotomies were performed in the private health care system and the same happens during the pandemic.

Discussion

The results of the study are in line with published scientific research on the issue.

Conclusions

The clinical practice of episiotomy has not changed during the pandemic, although there are other factors that influence this technique, such as parity and the health system.

Key words

Episiotomy, COVID-19, birth, parity.

2. Marc teòric

Justificació

El part és un procés natural, el qual s'hauria de dur a terme amb el mínim intervencionisme i instrumentalització possible.

L'episiotomia és una intervenció quirúrgica que es realitza a la dona durant la fase expulsiva del part. Aquesta pràctica clínica està molt qüestionada per nombrosos professionals de la salut i la situació de pandèmia ha comportat una crisi sanitària que incideix en les cures que es donen a les dones durant el moment del part.

La pràctica clínica de l'episiotomia durant l'època de la pandèmia és un tema poc tractat. És per això que s'ha volgut estudiar si s'han donat alteracions d'aquesta intervenció durant el període de pandèmia.

En context de pandèmia el respecte als drets humans de les dones que se sotmeten en el part continua sent rellevant i és convenient determinar si s'ha produït una violació d'aquests.

2.1. El part

S'entén el part com el procés fisiològic natural pel qual la mare expulsa el fetus a l'exterior. Aquesta expulsió es porta a terme gràcies a l'activació de l'úter mitjançant les contraccions uterines graduals que té la dona i que faciliten que el fetus descendeixi per la cèrvix, la vagina i finalment cap a l'exterior.

2.1.1. Tipus de part

Hi ha dos tipus de part:

- Vaginal: La Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia defineix el part vaginal com el treball de part en una embarassada sense factors de risc durant la gestació, que s'inicia de manera espontània entre les setmanes 37 i 42, i que després d'una evolució fisiològica acaba amb el naixement d'un nounat normal que s'adapta de manera adequada a la vida extrauterina. Aquest tipus de part també pot ser instrumentat i es porta a terme amb fòrceps, ventoses, etc. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO], s.d.a).
- Cesària: intervenció quirúrgica en la qual es realitza una incisió a la part inferior abdominal amb la finalitat d'extreure el fetus i la placenta del cos de la mare, ja que no s'ha pogut portar a terme per tipus vaginal (SEGO, s.d. b).

2.1.2. Etapes del part

El part es compon de tres etapes (Artal-Mittelmark, 2019c; Pajares, 2021):

- Primera etapa o etapa de dilatació: Les contraccions provoquen la dilatació del coll de l'úter, afavorint així que el fetus pugui posicionar-se a la vagina. Aquesta fase també es coneix com el treball de part.
- Segona etapa o etapa d'expulsió: Comprèn des de la dilatació completa del coll uterí fins que el fetus surt a l'exterior, és a dir, neix.
- Tercera etapa o etapa de deslliurament: Des que neix el nadó fins a l'expulsió de la placenta, aquest període pot durar des d'uns pocs minuts fins als 30 minuts.

Per norma general, el part sol desencadenar-se sense complicacions. Els problemes greus solen ser poc freqüents i, en general, predictibles, però de totes maneres, en segons quines situacions, els problemes es poden donar de manera inesperada i brusca. Per aquest motiu és important fer visites de seguiment amb els professionals sanitaris per tal de prevenir els riscos i augmentar les possibilitats de dur a terme un part segur.

Els problemes o complicacions poden consistir en (Elixhauser i Wier, 2006):

- El moment del part.
- En el fetus o el nadó que acaba de néixer.
- Problemes en la mare.
- Problemes en l'expulsió de la placenta.

Tal com trobarem de manera posterior en el desenvolupament del treball, en aquest cas ens hem centrat en les complicacions que es poden donar durant el procés de part.

2.1.3. Complicacions del part

Entre les complicacions més comunes es pot trobar (Moldenhauer, 2020; Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver [NICHD], 2019):

- Treball de part que no progressa: pot ser causat per la debilitació de les contraccions uterines, que el coll uterí no es dilati de manera correcta o bé perquè sorgeixin problemes del fetus per realitzar el descens cap al canal del part.

- Esquinçades perineals: és probable que els teixits perineals s'esqueixin durant l'expulsió del fetus.
- Problemes en el cordó umbilical: el cordó umbilical pot enrotllar-se al fetus a una de les extremitats o al coll.
- Freqüència cardíaca anormal.
- Distòcia d'espatlla.
- Sagnat excessiu.

Pel que fa a l'episiotomia, aquesta tècnica es fa quan hi ha una gran probabilitat que la dona pateixi una esquinçada durant el part, tot i que veurem més endavant, que no sempre té perquè ser així.

2.2. La violència obstètrica

2.2.1. Concepte general

La violència es descriu com l'ús de manera intencionada de la força física o el poder real o com a amenaça contra un mateix, persona, comunitat o grup que provoca un dany psicològic, la mort, la privació o el mal desenvolupament (Committee on Equality and Non-Discrimination, 2019).

2.2.2. La violència de gènere

Per entendre la violència obstètrica, cal comentar el que s'entén per violència de gènere. La violència de gènere fa referència a qualsevol acció que danya a la persona pel fet de pertànyer a un gènere en concret. Les diferències de poder,

posicionen a les dones i nenes amb situació de risc que comporten que es puguin produir diverses formes de violència. Així mateix, homes i nens també poden patir-la.

2.2.3. La violència obstètrica

Així mateix, l'Organització de les Nacions Unides (ONU, 2019) defineix la violència obstètrica de la següent manera:

“La violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud” (p. 7).

La violència obstètrica engloba qualsevol acció de dany per la dona en totes les fases del part, però sobretot en la fase d'expulsió, que és quan la dona es troba més vulnerable per sofrir-la.

De la mateixa manera, s'entén la violència obstètrica com una pràctica exercida, o no, per part del professional en qualsevol etapa del puerperi, part o postpart i independentment del sistema de salut, que és o es percep com a violenta. Algunes d'aquestes accions engloben episiotomies sense consentiment, parir en segons quines postures o intervencions que són doloroses sense anestèsia (Committee on Equality and Non-Discrimination, 2019).

Dit això, podem veure que hi ha moltes definicions per a aquest terme, és a dir, hi ha una falta de consens per mesurar i definir la violència obstètrica. Igualment que altres tipus de violència cap a la dona, aquesta ha estat normalitzada a causa de la seva invisibilitat, tal com va passar el passat 12 de juliol, quan el Consell General de Col·legis Oficials de Metges va negar l'existència de la violència obstètrica.

A Espanya, un 38,3% de les dones ha percebut patir violència obstètrica, el 44,4% afirma haver patit procediments innecessaris i el 83,4% comenta que no se li va donar el consentiment informat quan se li havia de practicar alguna

intervenció (Aparici, 2021).

La violència obstètrica es basa sobre el model biomèdic i patriarcal predominant en el sistema de salut, provocant accions com la medicalització o l'intervencionisme, i aquests tenen un efecte directe en el procés natural del part.

De la mateixa manera, l'Estratègia d'Atenció al Part Normal explica la necessitat de fer participar les dones en la presa de decisions, així com el respecte de les decisions escrites en el pla de part i també, que puguin decidir en qüestió dels riscos i beneficis que comporta la seva elecció (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

2.2.4. Violència obstètrica com a violència de gènere

Després de les definicions, podem remarcar que la violència obstètrica és una forma de violència de gènere, ja que la violència obstètrica s'origina a causa de la inferioritat del que és femení front al masculí. No hem de confondre aquesta violència amb la falta d'atenció mèdica, però sí amb els possibles errors tot i tenir els coneixements necessaris per oferir les cures pertinents a la dona. L'ONU (2019) exposa que en molts països la violència obstètrica no és vista com una violència de gènere, ja que són accions normalitzades que es recolzen darrere els protocols hospitalaris, fent així que les víctimes que pateixen aquesta violència la vegin com a quelcom normal, pel simple fet de parir.

2.2.5. Situació legal de la violència obstètrica

Fent incís a les Nacions Unides, explica que la violència obstètrica és una acció que comporta un problema global, generalitzat i sistemàtic i amb aquesta violència no només s'estan vulnerant els drets humans, sinó que també es veuen afectats els drets a la vida, a la salut, a la integritat física i a la no discriminació (Committee on Equality and Non-Discrimination, 2019).

L'any 2020, el Comitè per l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona de les Nacions Unides (2020), va dictaminar per primer cop que amb la violència obstètrica totes les formes de discriminació contra les dones han estat vulnerats, fent així que Espanya hagi d'adoptar mesures polítiques per combatre aquesta violència.

La violència obstètrica es pot representar com una violació dels drets humans, ja que es reprimeix, per una part, els drets de la salut i per l'altra els drets sexuals i reproductius de la dona, entesos aquests dos com a drets indivisibles dels drets humans. Aquestes pràctiques intolerables fan que la dona pateixi problemes en l'àmbit físic i psíquic, així com els alts costos econòmics que generen aquestes praxis en el part, però el més important és l'ètica i la moralitat de la societat, la qual ha d'aconseguir formar una comunitat més equitativa i respectuosa, lliure de qualsevol mena de violència (Ramírez et al., 2021).

2.3. L'episiotomia

2.3.1. Concepte

L'episiotomia és una tècnica que es porta a terme a la dona durant el part. Consisteix en realitzar una secció en el perineu per tal d'ampliar el canal del part i facilitar la sortida del fetus. Aquesta pràctica clínica es considera una intervenció de cirurgia menor i és un dels procediments quirúrgics més generalitzats a la medicina occidental (Jacobson i Zieve, 2020). Etimològicament, la paraula episiotomia prové dels termes grecs "epision", que equival a la regió púbica, i "tomé", que significa tall. Per tant, consisteix en la realització d'una incisió en el perineu, a l'orifici extern de la vulva, amb l'objectiu d'ampliar el canal de part i facilitar-hi la sortida del fetus.

En segons quines situacions, és necessària la intervenció quirúrgica per mitjà

d'una episiotomia per tal de reduir les possibles complicacions que pot desencadenar el treball de part per a la dona i el fetus. Les indicacions que segueix la realització de la tècnica són (Héctor, 2021):

- El treball de part comporta un estrès al nadó, fent que es puguin crear complicacions, ja que la fase d'empènyer ha de ser tan curta com sigui possible.
- Fetals: macrosomia, presentació pelviana o de cara, cap o espatlla massa grans per l'obertura vaginal de la mare, presentació de natges, etc.
- Quan és necessari utilitzar instruments per ajudar a treure el fetus, com per exemple fòrceps, ventoses, etc.
- Maternes: quan la vagina o la vulva són poc elàstiques, podent provocar així una esquinçada precoç, o bé, quan es pateix alguna cardiopatia, hipertensió endocranial, etc.

Existeixen tres tipus d'episiotomia, les quals es defineixen com (Corredera, 2019):

- Mediolateral: es realitza una incisió des del foramen vaginal cap a qualsevol dels costats en sentit diagonal i es forma un angle de 45° respecte a la línia mitjana del perineu. Aquesta tècnica és la que es practica més en l'àmbit europeu. També és la més practicada a Espanya, tot i que també es fa la medial o central. Com a elements a destacar sobre aquesta tècnica, té una taxa molt baixa d'esquinçades, d'un 1%, i la seva cicatrització és molt bona. Com a punt feble, pot aparèixer disparèunia en els mesos següents o hi pot haver una retracció del vestíbul.
- Medial o central: es duu a terme una incisió de manera vertical en línia recta des del forat vaginal cap a l'anús, tot i que no s'arriba a l'anús. Segueix la

línia mitjana del perineu. El principal avantatge d'aquest tipus d'episiotomia és que la dona tindrà una ràpida cicatrització, afavorint així un postpart millor. Tot i això, els desavantatges principals són el risc d'infeccions i les afectacions a l'anus.

- Lateral: aquest tipus d'episiotomia es troba en desús per no determinar avantatges en la seva realització.

El moment de realitzar l'episiotomia és clau. Si es fa la incisió abans d'hora, la mare podria sofrir una hemorràgia i, si es tarda massa a fer-se, els músculs podrien estar massa distesos, fent que es produeixi una esquinçada. Així doncs, es recomana que l'episiotomia es faci en el moment en què el cap del fetus estiri l'obertura vaginal.

La decisió de dur a terme un tipus o l'altre depèn del o la professional que farà la tècnica i dels seus coneixements. Dit això, com ja s'ha dit anteriorment, a Espanya la més usada és la mediolateral.

Si bé l'episiotomia es duu a terme amb la finalitat d'evitar l'esquinçada per part de la dona en el moment del part, moltes vegades l'esquinçada no es pot evitar. S'estima que entre un 80-85% de les dones pateixen una lesió perineal durant el part, ja bé sigui en forma d'episiotomia o esquinçada (Díez et al., 2020).

2.3.2. Tècniques i reparació de l'episiotomia

Un cop es fa l'episiotomia, aquesta tècnica necessita sutura, ja que es tracta d'una intervenció quirúrgica. La sutura de l'episiotomia es coneix com a episiorràfia i s'ha de dur a terme de la forma més anatòmica possible per part d'un o una professional especialitzada, continuant així les normes asèptiques. La sutura es fa per plànols, és a dir, es comença pel múscul, seguidament de la mucosa i per acabar, la pell, es realitza amb l'objectiu de fer una reconstrucció del múscul. Se solen utilitzar sutures reabsorbibles. Amb la sutura, la finalitat és

la correcta cicatrització, així com evitar possibles hemorràgies i com a conseqüent, la infecció (Instituto de Salud de Bucaramanga, 2019).

Si la sutura es fa correctament, amb aproximadament quinze dies, la zona estarà recuperada, tot i que s'han de tenir en compte la individualitat de cada dona (Sessa, 2020).

2.3.3. Episiotomia vs esquinçades

Hi ha diversos tipus d'esquinçades que es classifiquen depenent de la zona anatòmica que es veu afectada. Per una banda, hi ha el traumatisme anterior, que danya els llavis, la cara anterior de la vagina o el clítoris. D'altra banda, hi ha el traumatisme posterior, afectant la cara posterior de la vagina, pell, músculs perineals o esfínter anal (Benito et al., 2020).

Així mateix, el traumatisme posterior es pot dividir segons la classificació de Sultan (Hospital Clínic et al., 2016):

- Grau I: afecta la pell del perineu i/o a l'epiteli vaginal.
- Grau II: afecta la fàscia i a la musculatura del perineu sense afectar l'esfínter anal.
- Grau III: afecta el mecanisme de l'esfínter de l'anús, hi ha tres subtipus. El subtipus A afecta amb menys d'un 50% a l'esfínter anal extern. El subtipus B es veu afectat més d'un 50% l'esfínter anal extern i finalment el C, l'esquinçada es produeix tant a l'esfínter anal intern com extern.
- Grau IV: afecta totalment l'esfínter anal i la mucosa rectal. Aquesta definició és la més corrent, però no totes les esquinçades es poden englobar dintre d'aquesta, pel fet que també podria aparèixer una esquinçada amb afectació a la mucosa anal, però amb l'esfínter intacte

(Benito et al., 2020).

La reparació dependrà de les característiques de les esquinçades, ja que per exemple no es recomana suturar les lesions del perineu anterior si no és el cas que la ferida sagni o hi hagi una distorsió anatòmica. A les esquinçades de grau I tampoc es realitza sutura sempre que no hi hagi sagnat actiu i les vores estiguin pròximes entre si. A part del grau II ja es realitza sutura. Per al tancament de les de grau III i IV, la sutura es fa per capes, primerament la mucosa anal, seguidament de l'esfínter anal intern i extern consecutivament, paret rectovaginal, múscul, mucoses, vagina i pell (Benito et al., 2020).

Segons expliquen Sagi-Dain i Sagi (2015), l'episiotomia provoca una sutura més fàcil que les esquinçades, ja que es tracta d'una incisió recta i precisa. En canvi, amb les esquinçades incontrolables, la sutura és menys precisa. De fet, Sagi-Dain i Sagi (2015) fan un estudi a quatre hospitals públics d'Israel que confirma que la reparació de l'episiotomia és més fàcil que no pas la de l'esquinçada.

Els factors de risc obstètric que poden comportar l'aparició d'una esquinçada en el moment del part poden ser: episiotomia, instrumentalització durant el part, nul·liparitat, sobrepès i, entre d'altres, macrosomia (Juárez et al., 2021).

2.3.4. Episiotomia selectiva o de rutina

En les darreres dècades es pot observar una tendència cap a la pràctica de l'episiotomia de manera selectiva versus la seva pràctica rutinària, ja que presenta millors resultats i s'hi preveuen menys complicacions per a la mare i el nadó. L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2018) recomana que no es practiquin episiotomies de manera rutinària en parts eutòcics o vaginals de manera espontània, perquè que no hi ha beneficis i la tècnica selectiva vers la rutinària provoca un increment de dones amb el perineu íntegre o amb menys trauma vaginal després del part. L'episiotomia aplicada de manera selectiva presenta, en general, un major percentatge de perineu intacte, menys necessitat de reparació del perineu, menys percentatge de reparació amb qualsevol mena

de sutura, menys intensitat de dolor, així com menys dolor en el dia de l'alta (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Així i tot, com que l'episiotomia es realitza en funció de les consideracions clíniques del personal sanitari i les indicacions per a realitzar-la de manera selectiva no estan prou arrelades entre els i les professionals, sovint es duu a terme de manera rutinària. Les creences dels professionals i/o altres factors com la macrosomia, la nul·liparitat o el temps durant el període expulsiu, d'aquesta manera, sovint continuen incentivant la pràctica de la tècnica (Rodrigo et al., 2019; Anal i Injuries, 2021). De manera similar, si bé la prevenció de lesió o trauma perineal (esquinçada perineal, disfunció del sòl pelvià, incontinència urinària i/o fecal) continua sent la raó o justificació que molts i moltes professionals adopten per a la pràctica de l'episiotomia, existeixen estudis que qüestionen la seva utilitat (Anal i Injuries, 2021).

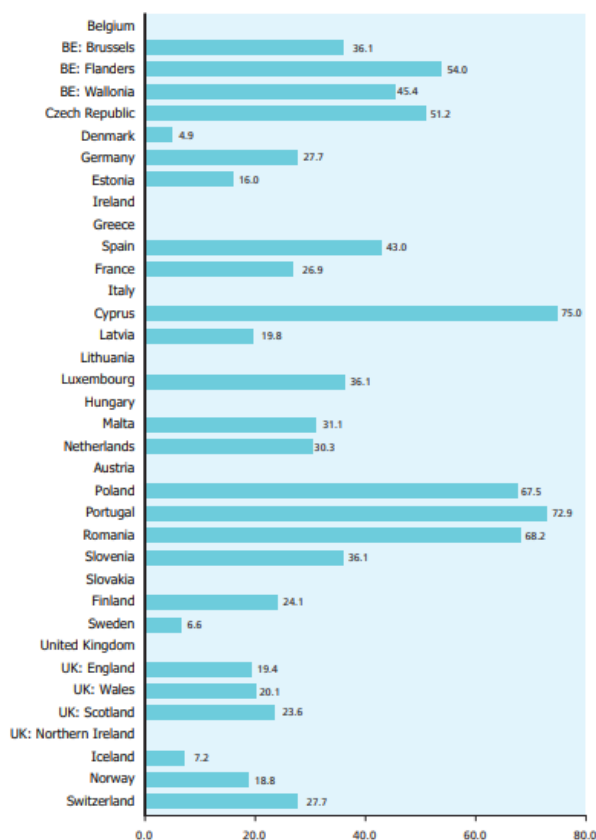
2.3.5. Complicacions de l'episiotomia

Les complicacions que estan relacionades directament amb l'episiotomia es poden classificar en complicacions de curt i llarg termini (Gün et al., 2016). Les complicacions a curt termini engloben el dolor, hematoma a la zona vaginal, resultats anatòmics inadequats, extensió de la incisió de l'episiotomia, entre d'altres. Quant a les complicacions a llarg termini, els efectes varien des de la infecció crònica, disfunció anorectal, incontinència urinària, disfunció sexual i dolor.

2.4. Taxa d'episiotomia

2.4.1. Taxa actual d'episiotomia

La taxa d'episiotomia varia molt a escala mundial. Si bé no existeixen moltes dades actuals sobre el tema, cal destacar que l'any 2002 a Taiwan es realitzaven episiotomies en el 100% dels casos. D'altra banda, l'any 2001 al Canadà es practicava l'episiotomia en un 23,8% dels casos i als Estats Units en un 32,7% (Goueslard et al., 2018). A escala europea, les dades estan més actualitzades i els percentatges que es tenen varien depenent del país. En el 2008, es va fer una recollida de dades per part de la "European Perinatal Health Report" en la qual es presentaven les xifres de les episiotomies en els diferents països europeus.



Gràfic 1. European Perinatal Health Report (2013). Percentatge de parts vaginals que se'ls va practicar una episiotomia en el 2010, 20 (2), 102.

<https://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>

El Gràfic 1 mostra que l'any 2010 la taxa d'episiotomies d'hospitals públics a escala espanyola es posicionava amb un 43% dels parts eutòcics i Espanya era l'octau país amb el percentatge més alt dels vint-i-nou països europeus estudiats.

En el moment del nostre estudi no es comptava amb dades agregades sobre la pràctica de l'episiotomia en l'àmbit espanyol. Per al cas específic de València, Recio Alcaide (2015), va reportar taxes de realització d'episiotomies de 57,7% en hospitals públics i de 72% en els privats l'any 2012. Les dades més actuals que es tenen resulten d'un estudi realitzat l'any 2017 per García-Lorca et al., (2019). En aquest estudi està implicat l'Hospital Clínic Universitari de la Arriaxaca, el qual pertany a la Regió de Múrcia, i les dades descriuen que es va fer l'episiotomia a un 36,5% de les dones. Més concretament, en parts eutòcics aquesta xifra és del 20,5% i en parts instrumentats el percentatge d'episiotomies és superior al 95%.

Les dades mostren que existeixen grans diferències en les taxes d'episiotomies entre diferents comunitats autònomes. També indiquen menors taxes de realització de la tècnica en aquells hospitals que segueixen un model de bones pràctiques recomanat per la *Estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Les bases d'aquest document ja es posen en pràctica per part de diferents professionals de la salut i de les administracions sanitàries de les Comunitats Autònomes des de l'any 2012. Dit això, es pot notar la diferència notòria de percentatges en el nostre país, que oscil·len del 33 al 73% (Recio Alcaide, 2015).

La tendència a Espanya a mesura que van passant els anys és cap al descens. El Ministeri de Sanitat pública un informe en el qual es pot observar aquest descens, el seu informe emet la taxa d'episiotomies en els hospitals públics espanyols entre el 2010 i el 2018. En el 2010 el percentatge d'episiotomies era del 42,14%, així, el 2018 aquest percentatge havia baixat al 27,52% (Ministerio de Sanidad, 2021).

2.4.2. Taxa ideal

La taxa ideal de la pràctica de l'episiotomia no està estipulada. Així i tot, com s'ha exposat anteriorment, es recomana el seu ús de manera selectiva, ja que la pràctica rutinària aporta complicacions a curt i a llarg termini. L'episiotomia de rutina augmenta la possibilitat de patir una esquinçada de tercer i quart grau, així com incontinència urinària o complicacions en l'esfínter anal. Per tot això, l'OMS explica que el percentatge ha d'oscil·lar entre un 20% i 30% d'episiotomies i la realització d'aquesta tècnica en un percentatge major no estaria justificada (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

2.4.3. Cost de les episiotomies

A part de provocar complicacions a curt i llarg termini en la salut de les dones, la realització rutinària de l'episiotomia també suposa una gran despesa econòmica. Carroli i Belizan (s. d.) van realitzar un càlcul per determinar els diners que s'estalviaria la sanitat si s'implanta una política de realització selectiva de l'episiotomia. Va calcular que un país com Veneçuela, on el 97% dels parts es fan en el sector públic, s'estalviarien entre 3 i 7,5 milions de dòlars anuals únicament en material de sutura. Per altra banda, a Brasil se n'estalviarien entre 15 i 30 milions també en material de sutura.

A part de provocar complicacions a curt i llarg termini, la realització rutinària de l'episiotomia també suposa una gran despesa econòmica. El Ministeri de Sanitat (2019) va publicar la mitjana de preus pels tipus de parts i s'estima que es fa una despesa d'aproximadament 2.487 euros per cada part vaginal instrumentalitzat.

2.4.4. Mesures que disminueixen la taxa de les episiotomies

En alguns països en el que el procés d'atenció a la dona està més actualitzat amb relació a les prevencions d'aquesta tècnica es recomanen una sèrie de mesures com són la termoteràpia, els massatges perineals o la posició de la

dona per prevenir les esquinçades o les possibles episiotomies. Aquestes mesures s'apliquen amb la finalitat de preparar el perineu per al moment del part.

La termoteràpia és una tècnica molt extensa per part de tots els professionals de la salut, ja que no necessita prescripció mèdica i no presenta efectes secundaris greus sempre que es faci de manera adequada per tal d'evitar les cremades. Es realitza de manera directa i produeix un augment del flux sanguini a causa de la dilatació dels vasos, provocant així un augment de l'oxigen i nutrients. En definitiva, aquesta tècnica aporta un augment de l'elasticitat tissular, ja que es produeix un efecte sobre les fibres de col·lagen provocant la disminució de l'edema i la inflamació. També aporta un efecte analgèsic perquè la calor augmenta el llindar del dolor i una relaxació de la musculatura del perineu, provocant així una distensió d'aquest i una major prevenció enfront de les episiotomies o esquinçades (Rull, 2010).

Diverses guies i protocols professionals com els de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (Díez et al., 2020) i el protocol per a l'assistència natural al part normal de la Generalitat de Catalunya (Amat et al., 2020) recomanen l'aplicació de compreses o banys calents durant el període expulsiu del part com a mesura de confort, relaxació i distensió del perineu.

Una altra mesura física preventiva per tal d'evitar el trauma perineal són els massatges perineals. Aquests massatges consisteixen a estimular amb les mans la pell i els teixits. El massatge perineal es realitza sobre el perineu posterior, el qual està format pel pla muscular profund on es pot localitzar el conducte i l'esfínter anal i el nucli fibrós central del perineu (Creus et al., 2013). Aquesta mesura ha demostrat ser efectiva a partir de la setmana 32 de gestació. Es recomana que es faci com a mínim dues vegades a la setmana, tot i que també es pot fer diàriament. L'evidència científica demostra que quan es duu a terme el massatge es millora l'elasticitat del perineu i, consegüentment, es redueix la probabilitat d'esquinçades o episiotomies. El massatge es pot portar a terme per part de la dona o la parella (Creus et al., 2013).

Els avantatges del massatge perineal són (Creus et al., 2013):

- Augment de l'elasticitat i afavoriment de la circulació de sang a la zona, fent que es produeixi una relaxació de la zona en el moment del part.
- Reducció de la pràctica de l'episiotomia i el dolor postpart.
- Promoció de l'autocura i del coneixement del cos.
- No produeix efectes adversos greus.
- Participació de la parella sempre que la dona ho desitgi.

La preparació per la tècnica consisteix en (Creus et al., 2013):

- Rentat de mans i ungles netes i curtes.
- Buidar la bufeta d'orinar abans de començar amb el massatge.
- Preparar el lloc, és a dir, buscar un lloc a casa acollidor i agafar un mirall per veure el perineu i familiaritzar la dona amb el seu cos.
- Posicionar-se de manera semi asseguda.
- Es poden aplicar compreses d'aigua tèbia o banys per tal de relaxar la zona.
- En el cas de fer-se el massatge la mateixa dona s'utilitzaran els dits grossos. En cas que sigui la parella o una tercera persona, s'usarà el dit índex i cor.
- És recomanable fer servir olis o cremes específiques per lubricar els dits.

Està contraindicat realitzar el massatge quan hi hagi infeccions vaginals o vulvars, la dona presenti varius vulvars o hi hagi altres complicacions en l'embaràs (Creus et al., 2013). Es recomana la consulta a la matrona o especialista per a qualsevol mena de dubte. Així mateix, cal comentar que el massatge perineal hauria d'intervenir dintre del programa de part de la dona.

Finalment, una altra mesura per prevenir el trauma perineal és la posició de la dona durant el període expulsiu del part. Existeix un gran debat sobre quina és la posició durant el part. Hi ha nombroses posicions (vertical, litotomia, asseguda...) i és necessari que la dona elegeixi quina és la posició amb la qual està més còmoda en el moment del part. En aquest sentit, els factors culturals

tenen una gran influència en la posició que adopten les dones en el moment del part. Quan el part es porta a terme a l'hospital, es pot donar el cas que el personal sanitari a l'hora d'intervenir no tingui en compte la comoditat i les necessitats de la dona en aquell moment.

Per a les dones sense anestèsia epidural, l'OMS (2018) recomana que es fomenti l'elecció personal de la dona i que sigui ella la que triï la posició durant el període expulsiu. L'evidència científica recomana posicions verticals durant el període expulsiu del part, ja que aquestes redueixen la pràctica d'episiotomies i parts instrumentats (OMS, 2018). Tot i aquest avantatge, també s'ha demostrat que la posició vertical pot provocar un major nombre d'esquinçades de segon grau i un augment de l'hemorràgia en el postpart. La posició asseguda proporciona un menor percentatge d'esquinçades i proporciona una major autonomia a la dona (Lugones i Ramírez, 2012). Cada postura té els seus avantatges i desavantatges i, per tant, s'ha de fomentar la lliure elecció de la dona i que aquesta elegeixi i canviï de posició en el moment que ella vulgui.

2.5. La dona com a centre de les cures

Durant el part la dona es pot sentir dèbil i indefensa i, per això és important dotar-la d'informació per a que pugui decidir sobre les accions i cures que se li practiquen.

2.5.1. Què es coneix de l'episiotomia?

L'episiotomia és una intervenció quirúrgica que es realitza en gran part baix el criteri mèdic o sanitari. Tot i això, hi ha dones que no reben la informació necessària sobre aquesta tècnica i no coneixen els beneficis i perjudicis que aquesta intervenció té sobre el seu cos.

Becerra i Cruz (2016) demostren en un estudi fet a un hospital d'Arequipa l'any 2016 que les dones estaven interessades a rebre informació sobre la tècnica de l'episiotomia, però que en segons quines situacions el personal sanitari es mostrava reticent a donar el qüestionari informatiu sobre la tècnica. Així doncs, el nivell d'informació que tenien les dones sobre l'episiotomia era deficient. El 50% de les dones obtenien una informació deficient sobre la tècnica; el 48,5% mostraven una informació regular i només un 1,5% de les dones rebia un nivell d'informació bo.

Martínez i Rego (2020) van fer un estudi amb quatre dones sobre la informació que van rebre sobre el procés i la tècnica de l'episiotomia. Les quatre dones van rebre informació referent a l'episiotomia en relació a "per què" es portava a terme i quins beneficis tenia aquesta tècnica. Així i tot, cap d'elles va rebre informació sobre les conseqüències que l'episiotomia podia provocar. Només tres de les quatre entrevistades tenia informació sobre com podien prevenir l'episiotomia i tan sols una d'elles va rebre informació durant el part en la realització de l'episiotomia. Finalment, cap d'elles va rebre informació prèvia al part sobre les conseqüències de la tècnica.

2.5.2. Pla de Part

El pla de part consisteix en un document en el qual la dona comenta les seves preferències, desitjos i expectatives sobre el procés del part i el naixement. Tot això fa referència a qui vol que l'acompanyi en el moment del part, quines són les posicions que vol adoptar durant tot el procés de part, quin ambient vol o quin tipus d'analgèsia vol utilitzar. Es tracta de fomentar un part respectat, en el qual la dona estigui informada en tot moment i es respectin els seus temps (Hidalgo-Lopezosa et al., 2017).

Aquest document es realitza per part de la dona i hi pot participar la seva parella. El Pla de Part, per tant, estableix un vincle de comunicació amb el personal sanitari i permet a la dona participar en l'elecció de com es desenvoluparà el part. El paper de la matrona d'Atenció Primària és clau en aquest aspecte, ja que és

la responsable d'acompanyar a la dona durant el procés de realització del Pla de Part (Macías et al., 2018). L'Organització Mundial de la Salut recomana la utilització del Pla de Part perquè fomenta el part com un procés natural i contribueix a evitar procediments rutinaris i instrumentats (Macías et al., 2018).

En definitiva, el Pla de Part té com a objectiu millorar l'atenció per tal de respectar els drets i les decisions de les dones en tot moment i fomentar la pràctica professional amb el menys intervencionisme possible. Les recomanacions de l'OMS (2018) critiquen l'existència d'un percentatge elevat de dones sanes a qui es practica com a mínim una intervenció durant el part, entre elles l'episiotomia. Davant d'això, el Pla de Part contribueix a deixar constància del que es desitja en tot moment, ja que un excessiu intervencionisme professional pot provocar en la dona i les famílies una experiència negativa del part.

2.5.3. Promoció del part humanitzat

El part humanitzat o respectat és aquell en què prioritza l'empatia vers la dona per tal que aquesta confiï en el seu cos i les seves possibilitats en el moment del part. En el part respectat, s'ofereix una atenció basada en el respecte dels pares i el nadó que ha de néixer. El lema "40 semanas respetemos los tiempos de nacimiento" promou el part humanitzat enfront de les pràctiques antinaturals i violentes per a la dona i el nadó (Gago, 2014). El part humanitzat redueix els parts sobremedicalitzats i empodera la dona utilitzant estratègies i pràctiques que facin el part més humà (Johannsen, 2016).

Tal com explica l'OMS (2018), el part és un procés fisiològic i natural en el qual la mare és la que ha de prendre les decisions i l'equip sanitari ha d'intervenir únicament en aquells moments que la situació ho requereixi. Per tant, el part humanitzat ha de ser un moment positiu i gratificant, fent que sigui una experiència segura per tota la família. El part humanitzat aporta beneficis a la mare, ja que en tot moment la dona se sent empoderada i els professionals de la salut creen un entorn tranquil i segur per tal que la dona se senti còmoda i

capacitada per portar a terme tot el part, evitant medicacions tal com analgèsia si ella així ho desitja o posicions incòmodes per a ella.

A part dels beneficis físics, també cal comentar els beneficis en l'àmbit personal o emocional de la parella de la dona, ja que gràcies a l'ambient tranquil i segur, aquesta persona pot participar i fer costat a la dona abans, durant i després del part (Johannsen, 2016).

El part humanitzat també aporta beneficis per al nadó. "La hora sagrada" està recomanada per l'OMS (Gobierno de Argentina, 2018), que explica que als nadons nounats que no necessiten cures especialitzades se'ls ha de posar en contacte pell amb pell de la mare durant la seva primera hora de vida. Es tracta d'un moment únic i emocional per part de la dona i el nadó que aporta beneficis a curta i llarga durada. Alguns d'aquests beneficis són evitar la hipotèrmia del nadó, promoure la lactància materna, reduir l'estrès del nadó i l'ansietat de la mare, entre d'altres. És a dir, s'estableix un vincle materno-infantil que aporta beneficis en el desenvolupament emocional, psicològic i cognitiu del nadó (Johannsen, 2016).

Hi ha una sèrie de factors que cal tenir en compte a l'hora de tenir un part humanitzat. Aquests són conèixer rigorosament els serveis, les opcions i el tracte que ofereixen els professionals sanitaris, actuar amb temps i acomplir un Pla de Part, conèixer el lloc on s'ha de realitzar el part i tenir una persona de confiança, preferiblement professional sanitari, per poder parlar dels temes que preocupen a la dona i a la parella.

2.6. Situació del part durant la Covid-19

2.6.1. Concepte de la Covid-19

El desembre de 2019 es va notificar a Wuhan un brot de pneumònia d'origen desconegut. Després de l'anàlisi del genoma de les mostres respiratòries de les cèl·lules epitelials es va mostrar que era un nou coronavirus relacionat amb el SARS-CoV (Ciotti et al., 2020). A partir de llavors, el virus es va estendre arreu del món, provocant així que en març del 2020 l'OMS declarés el brot com a pandèmia. El mes de maig de 2020 hi havia 4806299 persones infectades i 318599 persones mortes pel virus (Ciotti et al., 2020; Mayo Clinic, 2021).

Els símptomes de la malaltia apareixen entre el segon dia i els catorze dies després d'estar en contacte amb el virus. Els símptomes més habituals de la malaltia són febre, tos i cansament, pèrdua de gust i d'olfacte. Hi ha també altres símptomes com dispnea, dolors musculars, dolors a la gola, diarrea, etc. (Mayo Clinic, 2021). Els símptomes poden variar de lleus a molt greus. Els nens i nenes presenten la mateixa simptomatologia que els adults, però de manera lleu. Les persones que presenten més risc de patir la Covid-19 són les persones majors, ja que l'edat és un factor de risc o les persones amb una malaltia de base són més susceptibles a contraure i patir de manera greu la Covid-19. Aquestes malalties preexistents són el càncer, la diabetis tipus 1 i 2, malalties cardíques, sobrepès, hipertensió arterial, entre d'altres (Mayo Clinic, 2021).

La Covid-19 és un virus fàcil de propagar i es contagia de persona en persona que han estat en contacte a una distància de menys de dos metres. El virus es transmet per gotes respiratòries que s'alliberen amb la tos, l'esternut o la parla. També es contagia si es toca una superfície la qual està contagiada pel virus i es toquen llavors les mucoses dels ulls, la boca o el nas (OMS, 2020).

2.6.2. El part durant la Covid-19

Durant la pandèmia l'OMS (2021a) va publicar a la seva pàgina web una sèrie de preguntes freqüents amb relació a l'atenció al part i obstètrica. Hi va establir que les dones amb sospita o contagiades de Covid-19 tenien dret a rebre una atenció prenatal, neonatal, postnatal, intrapart i mental. Això incloïa un tracte de respecte i dignitat, acompanyament per part de la persona que ella escollís, mesures adequades per alleugerir el dolor, comunicació clara per part dels professionals i elecció de la postura durant tot el període del part si era possible.

Referint-se al context dels Estats Units, Profit et al. (2020) expliquen que durant el període de pandèmia, els parts a casa o a centres de maternitat van augmentar. Això va reduir la taxa de parts instrumentats, cesàries o episiotomies. Els parts fora dels hospitals van créixer per la preocupació de moltes famílies de contraure la malaltia en els hospitals, la reducció de les visites i per la falta d'acompanyament durant el part. Epidemiòlegs i càrrecs dels hospitals destinaven a les llevadores a centres de maternitat o casa de les persones que havien de parir, ja que la situació de l'hospital era crítica a causa de l'ocupació de persones malaltes per Covid-19.

Segons la Federació d'Associacions de Matrones d'Espanya (FAME, 2021), la situació de la malaltia de la Covid-19 ha provocat que si la mare és positiva, els professionals sanitaris la separen del seu fill que acaba de néixer o bé que aquesta no pot tenir l'acompanyament de la persona de referència durant el període de part, tot i les oposicions de l'OMS davant d'aquests fets.

La pandèmia de la Covid-19 pot haver-se erigit com una barrera contra els drets de la dona. Tal com exposa el Ministeri de Salut de la Nació d'Argentina (2020) "és difícil garantir el dret absolut a l'acompanyament de les persones en situació de treball de part i part i és de gran necessitat fer prevaldre la bioseguretat, per a evitar la propagació del virus". L'atenció humanitzada al part no va en contra d'aquesta política sinó que afavoreix una atenció menys medicalitzada i amb més privacitat. Tot això, aquest abordatge es pot haver vist en risc durant la pandèmia.

2.6.3. L'episiotomia durant la Covid-19

Tal com s'apunta a la secció prèvia, les condicions de la pandèmia han pogut provocar un augment de la violència obstètrica, causant pràctiques clíniques innecessàries.

Un estudi realitzat durant el 2019 en els diversos entorns hospitalaris mundials (Sadler et al., 2020), explica que el 54,5% de les dones, va comentar haver patit violència obstètrica de tipus física, entre la qual es troba la pràctica de l'episiotomia.

En el 2021 l'OMS va decidir que el tema a tractar en el Dia Mundial front a la Seguretat del Pacient era el d'afavorir una atenció materna i neonatal segura, per aquest motiu va dictar unes recomanacions per tal de tenir una experiència positiva durant el part i una atenció al part i durant el part de qualitat (OMS, 2021b).

Durant la primera onada de la pandèmia, hi ha entorns hospitalaris en què l'atenció i els drets del part es van veure vulnerats i aquesta atenció està disminuint. Algunes de les restriccions o intervencions que es porten a terme durant el part en temps d'onada de Covid-19 no estan basades amb evidència científica i, per tant, són una violació dels drets cap a la dona (Sadler et al., 2020).

Es fa un estudi des del setembre del 2020 al juny del 2021 (Silva et al., 2021), el qual fa una comparació amb dones que van assistir de manera virtual un programa d'exercici supervisat i dones que no, ja que el confinament durant la pandèmia dificultava que la dona pogués assistir de manera presencial.

Durant el confinament, el sedentarisme va augmentar a tota la societat i això va provocar que les dones embarassades també es veiessin afectades amb aquesta situació. L'evidència científica (Silva et al., 2021) afirma que la pràctica d'activitat física i exercici físic poden actuar com agent preventiu de traumes perineals. En aquest estudi (Silva et al., 2021) es comenta que el programa

d'exercici durant la pandèmia de Covid-19 ajuda a les dones a disminuir la taxa de possibles esquinçades o episiotomies.

Amb l'arribada de la pandèmia, els drets de les dones durant el període del part s'han vist afectats. Aquestes qüestions s'han vist reflectides amb la mala praxi dels professionals sanitaris durant el moment del part. Algunes d'aquestes actuacions es basen en l'ús d'instrumentalització innecessària (fòrceps i ventoses), cesàries i induccions no justificades (El Parto Es Nuestro, 2020). Des d'aquesta mateixa associació, *El Parto es Nuestro*, es denuncia la mala praxi a causa de la pandèmia. L'entitat es queixa de la vulneració dels drets de les dones i de les seves famílies de la situació que es viu.

Un estudi europeu (Lazzerini et al., 2022) explica que més de la meitat de les dones que van tenir un part vaginal instrumentalitzat durant la pandèmia no va donar el consentiment en què se'ls practiqués una intervenció. Així mateix, l'equip d'aquesta investigació comenta que durant el període de pandèmia han augmentat els abusos amb relació al part.

A més, un altre estudi centrat a Catalunya (Ezquerria et al., 2022) explica la situació de la tècnica de l'episiotomia amb relació a les dones positives per coronavirus i és que en el 50% de les dones positives se'ls havia practicat aquesta intervenció quirúrgica. D'altra banda, la literatura científica (Rodrigo et al., 2019) apunta que si bé la tendència actual es basa a reduir el nombre d'episiotomies, es continuen duent a terme un gran nombre d'elles, i les dones que es sotmeten més a aquesta tècnica solen ser les nul·líparas.

3. Hipòtesis i objectius

3.1. Hipòtesi

Hipòtesi general:

- La pràctica clínica de l'episiotomia ha augmentat durant la pandèmia.

Hipòtesis secundàries:

1. L'impacte de la pandèmia en la pràctica clínica de l'episiotomia varia depenent de la paritat.
 - Existeix una major prevalença de les episiotomies en les dones primíparas i no pas en les múltipares durant la pandèmia.
 - La pandèmia provoca un augment d'episiotomies en les dones primíparas.
2. L'impacte de la pandèmia en la pràctica de l'episiotomia varia en funció de si el part es dona en el sistema de salut públic o en el sistema de salut privat.
3. Durant la pandèmia es van realitzar més episiotomies en el sistema privat que no en el públic.
 - La pandèmia provoca un augment d'episiotomies en el sistema privat de salut.

3.2. Objectius

General:

- Analitzar els impactes que ha tingut la pandèmia sobre la pràctica clínica de l'episiotomia.

Secundaris:

- Determinar la taxa d'episiotomies durant la pandèmia depenent de la paritat.
- Distingir les diferències d'episiotomies durant la pandèmia depenent del sistema de salut (públic o privat).

4. Metodologia

Aquest Treball de Fi de Grau s'emmarca dins del projecte d'investigació **Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya**, dut a terme pel grup de recerca SoPCI - Societats, Polítiques i Comunitats Inclusives- de la UVic-UCC i la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures de la mateixa universitat. Sota el paraigua del projecte principal, d'acord amb els interessos de l'estudiant i sota els principis de transferència de coneixement i de màxim recorregut a la recerca, s'ha plantejat la idoneïtat d'incorporar el TFG en el projecte, tot donant un acompanyament intensiu a l'estudiant per a la realització d'un treball d'investigació d'aquestes característiques. Aquest seguiment exhaustiu, a més de contribuir al rigor i la qualitat del treball presentat per l'estudiant, ha evitat concentrar l'aportació de l'estudiant a un estadi específic de la recerca i, en canvi, ha optat per incorporar-la des de la definició de l'objectiu de la recerca fins a la discussió dels resultats i l'elaboració de les conclusions. L'estudiant ha participat, per tant, en els diferents trams del procés investigador i s'ha format en tots ells. La feina col·laborativa entre l'estudiant, la tutora i la resta del grup d'investigació derivarà, així mateix, en productes científics i de caràcter divulgatiu que, més enllà del Treball de Final de Grau, donin a conèixer els resultats de la investigació a diferents perfils de públics.

4.1. Àmbit d'estudi

L'estudi s'ha realitzat a la comunitat autònoma de Catalunya. Es basa en la recollida de dades a dones que resideixen a Catalunya i que han portat a terme el seguiment del prepart, part i postpart en qualsevol mena d'hospital localitzat en una de les regions sanitàries de Catalunya.

4.2. Disseny

Per tal de determinar els resultats de l'estudi, s'ha portat a terme una recerca quantitativa, basada en una recollida de dades a partir d'una enquesta. Per tant, es tracta d'un estudi quantitatiu analític i observacional. A més a més, l'estudi és transversal, ja que s'estudia els individus en un moment determinat i retrospectiu pel fet que s'analitzen situacions i fets que ja han succeït. Un estudi analític i observacional, a més, significa que l'investigador o investigadora no intervé en l'estudi, només observa i es planteja contrastar una hipòtesi.

La fase de recollida de dades es va donar durant els mesos de juliol, agost i setembre de 2021. El qüestionari es va difondre en línia en català, castellà i anglès. Va ser distribuït per xarxes socials, duent a terme accions específiques de difusió en mitjans de comunicació locals i/o vinculats amb la temàtica.

L'anàlisi comparada de les característiques sociodemogràfiques de la mostra amb l'Estadística de Naixements publicada per l'Institut Català d'Estadística (dades 2017 i 2020) apunta a un biaix en el nivell d'estudis de les participants en l'enquesta, les quals presenten un nivell d'instrucció notablement més elevat que el conjunt de dones embarassades a Catalunya en els últims anys. Per això, i partint de les estadístiques oficials, s'ha procedit a la ponderació de la mostra amb la finalitat de reajustar aquest biaix.

4.3. Població i mostra/participants

La població objecte de l'estudi van ser dones que haguessin estat embarassades entre l'1 de gener de 2018 i el moment de tancament de l'enquesta i que complissin els criteris d'inclusió (apartat 5.4). En total es van obtenir 2.600 respostes a l'enquesta, de les quals 2.070 es van considerar vàlides (1.862 grup diana i 208 grup control). Amb relació al grup control, aquest és referent a les dones que van tenir el part anteriorment a l'onada de pandèmia. Així mateix, el

grup diana són aquelles dones que van parir durant el temps de pandèmia. La grandària de la mostra ofereix un marge d'error del $\pm 2,3\%$ per a un 95,5% de confiança i escenari de màxima indeterminació.

Pel que fa a l'estudi, d'aquest total de 2070 respostes, es van acotar els criteris d'inclusió i exclusió per analitzar la pràctica de l'episiotomia quedant així un total de 1013 respostes corresponents a aquelles dones que van tenir el part per via vaginal (82% del total) i 222 parts per cesària (18% del total). Així mateix, les dades recullen un total de 239 episiotomies en part vaginal pel que fa al grup diana o dones que van parir entre la declaració del primer estat d'alarma i el mes d'octubre de 2021. Totes les episiotomies corresponen a parts per via vaginal i cap a parts mitjançant cesària.

La tècnica de mostreig utilitzada és no probabilístic intencional, ja que se selecciona a l'individu depenent del sexe, en aquest cas el sexe femení.

4.4. Criteris d'inclusió i exclusió

Els **criteris d'inclusió** a l'estudi global van ser:

- Viure a la Comunitat de Catalunya i haver rebut atenció a l'embaràs, part i postpart en una de les regions sanitàries catalanes.
- Dones embarassades de l'1 de gener de 2018 fins al moment de tancament de l'enquesta (finals de setembre de 2021).

Els **criteris d'exclusió** de l'estudi global van ser:

- No viure a Catalunya i/o no haver rebut atenció a l'embaràs, part i postpart en una de les regions sanitàries catalanes.
- Dones embarassades abans de l'1 de gener de 2018.

Els **critèris d'inclusió** a l'estudi específic d'aquest TFG van ser:

- Viure a la Comunitat de Catalunya i haver rebut atenció al part en una de les regions sanitàries catalanes.
- Dones que van parir de manera vaginal entre l'1 de gener de 2018 i el moment de finalització de l'enquesta.

Els **critèris d'exclusió** de l'estudi específic d'aquest TFG van ser:

- No viure a la Comunitat de Catalunya ni haver rebut atenció al part en una de les regions sanitàries catalanes.
- No haver parit entre l'1 de gener de 2018 i el moment de finalització de l'enquesta.
- Haver parit mitjançant cesària.

4.5. Variables i mètodes de mesura

Hipòtesis d'investigació:

Hipòtesi general:

- La pràctica clínica de l'episiotomia ha augmentat durant la pandèmia.

Hipòtesis secundàries:

1- L'impacte de la pandèmia en la pràctica clínica de l'episiotomia varia depenent de la paritat.

- Existeix una major prevalença de les episiotomies en les dones primíparas que no pas en les múltiples durant la pandèmia.

- La pandèmia provoca un augment d'episiotomies en les dones primípare.
- 2- L'impacte de la pandèmia en la pràctica de l'episiotomia varia en funció de si el part es dóna en el sistema de salut públic o en el sistema de salut privat.
- 3- Durant la pandèmia es van realitzar més episiotomies en el sistema privat que no en el públic.
- La pandèmia provoca un augment d'episiotomies en el sistema privat de salut.

Taula 1. Variables, tipus de variables i mètodes de mesura.

Font: elaboració pròpia.

Variable	Tipus de variable	Mètode de mesura
Realització d'episiotomia	Variable dependent	Qualitativa nominal (sí/no)
Realització d'altres intervencions agregades a la episiotomia	Variable dependent	Qualitativa nominal (maniobra de Kristeller, fòrceps, ventosa, etc.)
Any naixement dona	Variable independent	Quantitativa numèrica (dd/mm/aaa)
Mida del municipi de residència	Variable independent	Qualitativa ordinal
Regió sanitària	Variable independent	Qualitativa nominal
Fills anteriors a aquest embaràs	Variable independent	Quantitativa discreta
Seguiment del part segons sistema de salut	Variable independent	Qualitativa nominal (públic / privat / altres)

Prova Covid-19 en el moment del part	Variable complementària	Qualitativa nominal (positiu, negatiu considerat fals negatiu, negatiu).
--------------------------------------	-------------------------	--

4.6. Anàlisi dels registres

Les dades de l'enquesta s'havien transferit prèviament a l'inici del Treball Final de Grau al format del paquet estadístic SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) per al seu tractament i anàlisi. La fase de l'anàlisi de dades general contemplà la depuració de la matriu, la preparació de les variables i l'anàlisi estadística pròpiament. Per a la realització d'aquest treball de recerca s'ha elaborat una anàlisi específica que considera l'episiotomia com a variable central d'estudi i també s'ha construït una variable ad hoc que agrega les episiotomies amb altres tipus d'intervenció. Dites variables s'han explotat de forma univariada i bivariada (encreuades amb les variables independents) a través de l'anàlisi de freqüències. Finalment, s'ha procedit a treballar els resultats en un full de càlcul per a la creació de material gràfic.

4.7. Aspectes ètics

Per a la realització de l'estudi s'ha tingut en compte la Llei Orgànica 3/2018, del 5 de desembre de 2018 de Protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, que estableix que les dades seran exclusivament utilitzades per la realització de l'estudi i que es preservarà la confidencialitat i intimitat de la persona, ja que en cap moment consta al qüestionari el nom o dades personals que puguin identificar a aquelles persones que han participat en el projecte. Les dades només es poden usar amb la finalitat acordada per les diverses investigadores i seran elles les úniques que les tindran al seu abast.

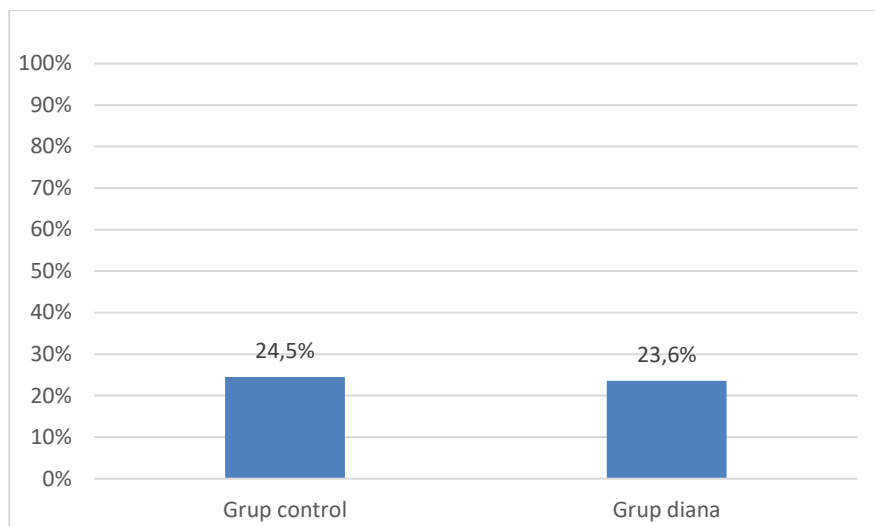
Aquest estudi va estar revisat i aprovat pel Comitè d'Ètica de la Universitat de Vic. D'aquesta manera, es garanteixen els criteris ètics de la investigació.

5. Resultats

Referent a la hipòtesi general del Treball de Final de Grau (La pràctica clínica de l'episiotomia ha augmentat durant la pandèmia) les dades agregades de la realització de les episiotomies no mostren una diferència significativa amb la pràctica clínica de l'episiotomia abans i durant la pandèmia. Dit això, la literatura científica sobre aquesta temàtica apunta que hi ha factors que poden incrementar la probabilitat de realitzar l'episiotomia, com poden ser: paritat i sector de salut. Per aquest motiu, en el treball hem volgut analitzar aquestes variables per determinar quins factors i quins perfils de dones s'han vist exposades a aquesta pràctica clínica. Per aquest motiu ens hem plantejat dues hipòtesis secundàries. La primera hipòtesi secundària (L'impacte de la pandèmia en la pràctica clínica de l'episiotomia varia depenent de la paritat) **sí que es compleix**, ja que durant la pandèmia l'episiotomia s'ha practicat més en les dones primíparas que no pas en les múltipares. A més, quan es duu a terme aquesta tècnica, també s'utilitza altra instrumentalització. Amb relació a la segona hipòtesi secundària (L'impacte de la pandèmia en la pràctica de l'episiotomia varia en funció de si el part es dona en el sistema de salut públic o en el sistema de salut privat) **sí que es compleix**, ja que la nostra investigació apunta que l'episiotomia és major en els centres privats que no pas en els públics. A continuació, es desglossen més detalladament cada un dels resultats obtinguts.

Hipòtesi general: pràctica clínica de l'episiotomia abans i durant la pandèmia

La tècnica de l'episiotomia en les dones que van tenir el part durant la pandèmia es va donar en un 23,6% dels casos i entre les dones que van parir abans de la pandèmia en un 24,5% (Vegeu Gràfic 2). Donades aquestes dades i el marge d'error amb què s'ha treballat en aquest estudi ($\pm 2,3\%$), concloem que no hi ha diferències significatives en la pràctica de l'episiotomia abans i durant la pandèmia.

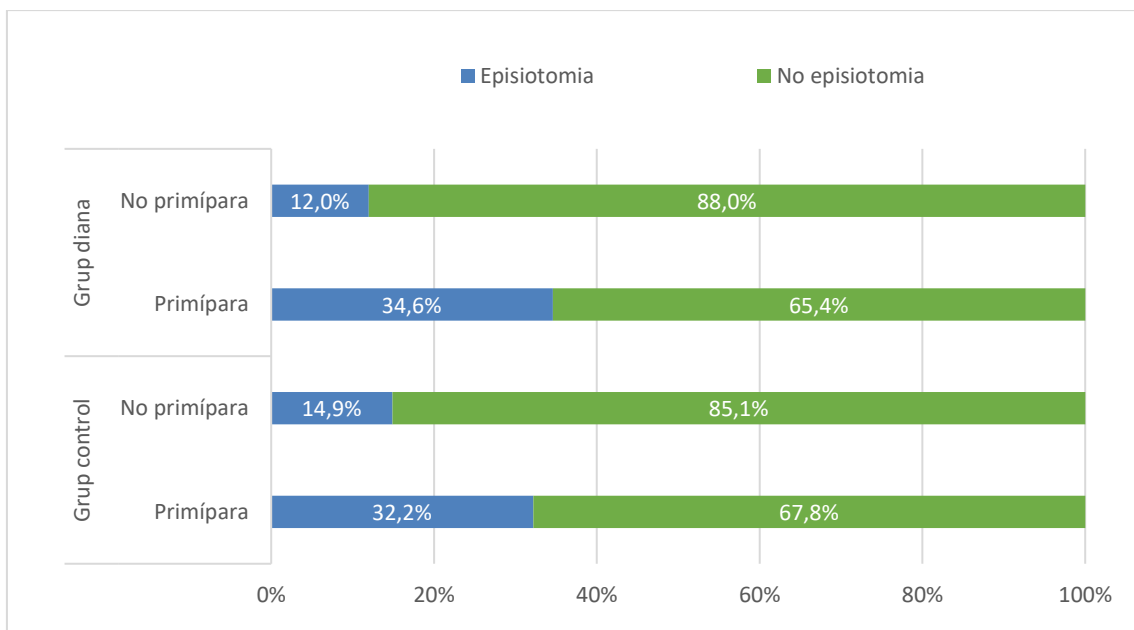


Gràfic 2. Episiotomies sobre el total de parts vaginals en el grup control i diana. En percentatge.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

Hipòtesi secundària 1: pràctica clínica de l'episiotomia segons paritat

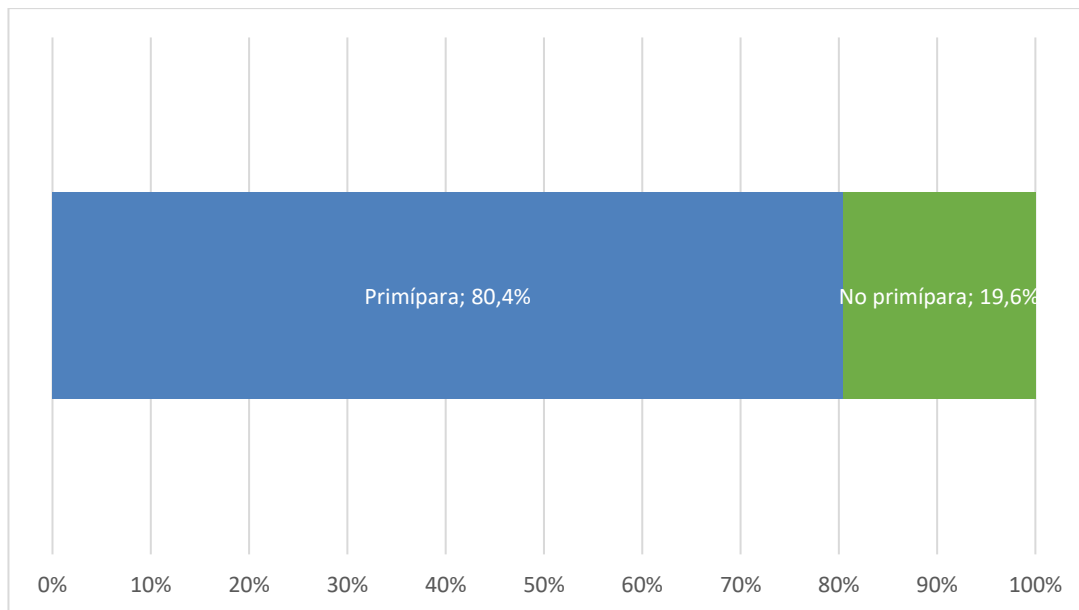
Quan analitzem la variable de paritat en funció de si ens trobem en el context de pandèmia (grup diana) o abans del mateix (grup control) es plantegen els següents resultats: en el grup control, el percentatge d'episiotomies a primíparas és del 32,6% i les no primíparas del 14,9%, en el cas del grup diana, el percentatge d'episiotomies en primíparas és del 34,6% i en dones no primíparas del 12%. Si comparem aquests dos resultats, podem dir que no es troba un canvi significatiu entre les episiotomies realitzades a les dones primíparas abans i durant la pandèmia (Vegeu Gràfic 3).



Gràfic 3. Distribució de les episiotomies entre dones primípara i múltiples en el grup control i el grup diana.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

Vists aquests resultats, ens centrem a analitzar la pràctica de l'episiotomia durant la pandèmia. Les dades mostren que l'episiotomia es veu molt influenciada per la paritat de la dona. El 80,4% de les episiotomies que es van fer van ser a dones primípara i la resta, el 19,6%, a no primípara (Vegeu Gràfic 4). Això mostra una diferència notòria entre la tècnica de l'episiotomia en les dones que han tingut altres parts i les que no, sent així un factor predisposant per l'episiotomia el fet de ser primípara.



Gràfic 4. Tècnica de l'episiotomia durant la pandèmia segons paritat.

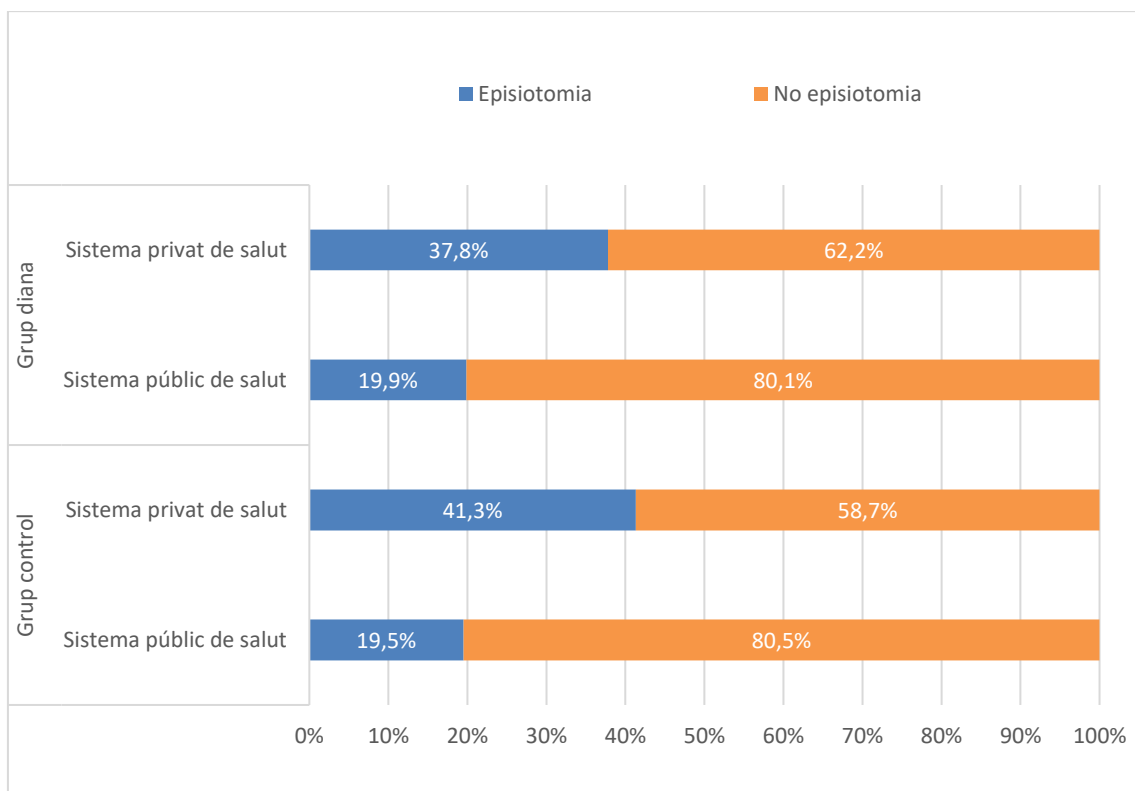
Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

Vista la informació prèvia, procedim a encreuar la primiparitat i el sistema de salut públic i privat. Les dades ens mostren que del total de parts vaginals en el sistema de salut públic, el 59,3% es van realitzar a primíparaes i, en el sector privat de salut, del total de parts vaginals el 64,9% correspon a primíparaes. Així doncs, les dones primíparaes optaren més per fer el seguiment del part en els hospitals privats, aproximadament amb una diferència entre els dos sectors del 5%.

Hipòtesi secundària 2: pràctica clínica de l'episiotomia depenent del sector de salut.

El seguiment del part es divideix en dos grans grups: el sistema de salut públic i el sistema de salut privat de salut. Del total de 1.081 parts vaginals documentats a l'estudi, les dades mostren que es va atendre 851 (79%) en el sector públic i 230 (21%) en el sector privat.

S'ha comparat el tipus de sector sanitari amb la pràctica de l'episiotomia en les dones del grup diana i del grup control per tal de detectar possibles variacions explicables pel factor pandèmia. Tal com es mostra en el Gràfic 5, el percentatge d'episiotomies realitzades en el sector públic abans de la pandèmia és de 19,5% i durant la pandèmia és de 19,9%. En el sector privat abans de pandèmia és de 41,3% i durant la pandèmia és 37,8%. Per tant, no es troben diferències significatives en el grup control i el grup diana en aquest aspecte.



Gràfic 5. Distribució de les episiotomies en part vaginal segons tipus de centre en el grup control i el grup diana.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

D'altra banda, si ens centrem en el context pandèmia (grup diana), el nombre total d'episiotomies equival a 239 casos dels 1.010¹ parts vaginals. Pel que fa al sistema públic, es van portar a terme 796 parts vaginals i d'aquests, a 158 (19,9%) es va realitzar una episiotomia. En canvi, en el sistema privat, del total de 214 parts vaginals, 81 casos (37,8%) van patir una episiotomia. Tal com es mostra al gràfic anterior (Gràfic 5), tot i fer-se menys episiotomies en el sector privat, el percentatge d'episiotomies realitzat en el sistema privat amb relació amb el nombre de parts vaginals, és el doble que el percentatge d'episiotomies realitzades del sistema de salut públic.

¹ El nombre total de parts vaginals estimat se situa en una forquilla d'entre 1.010 o 1.013.

6. Discussió

Aquesta investigació analitza l'impacte que ha tingut la pandèmia de la Covid-19 sobre la pràctica clínica de l'episiotomia en les dones a Catalunya. Més concretament, s'ha volgut esbrinar si la pandèmia ha provocat un increment de l'ús de la tècnica de l'episiotomia, una pràctica clínica qüestionada per molts professionals. Ja l'any 1996 l'OMS va recomanar l'ús de l'episiotomia de manera restrictiva de manera que no superés el 30% dels parts i va identificar la taxa oportuna com a inferior al 10% dels parts (OMS, 1996). Segons el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (2012), la taxa d'episiotomies no hauria de superar el 15%. Si bé no es compta amb dades actualitzades, a escala europea, aquesta taxa està per sobre de la xifra dictada per l'OMS. En el 2010, països com Portugal, Xipre i Polònia presentaven unes taxes d'episiotomies de més d'un 60% dels parts eutòcics (Blondel et al., 2016). A escala espanyola, es tenen dades locals que apunten a percentatges del 36,5% dels parts eutòcics (García-Lorca et al., 2019). Aquesta diversitat de dades mostra que si bé és molt difícil concretar la xifra recomanable d'episiotomies, resulta important continuar defensant, en línia de les recomanacions de l'OMS, l'ús restrictiu de la tècnica (Anal i Injuries, 2021).

Dit això, diverses veus han apuntat que l'arribada de la pandèmia pot haver provocat una instrumentalització innecessària en els parts (fòrceps i ventoses) i cesàries i induccions no justificades, les quals poden reflectir una mala praxi per part dels i les professionals sanitàries durant el període del part i una afectació dels drets de les dones (El Parto Es Nuestro, 2020). Pel que fa concretament a l'episiotomia, nombrosos estudis realitzats a diversos països d'Europa, tal com, Espanya, Portugal, França, Romania, Croàcia, etc. (Hidalgo-Lopezosa et al., 2021; Inversetti et al., 2021; Lazzerini et al., 2022), indiquen que la pandèmia no ha generat diferències significatives en la pràctica clínica de l'episiotomia. Els mateixos estudis conclouen, però, que el seu ús anterior a la pandèmia, juntament amb altres instrumentalitzacions i intervencions innecessàries, ja era excessiu. En aquest sentit, els resultats del nostre estudi coincideixen amb les tendències internacionals publicades.

Les dades resultants del nostre estudi també apunten que amb la pandèmia no s'ha donat un increment de les episiotomies entre les dones primíparas, tot i que, d'altra banda, indiquen que durant la pandèmia s'han practicat més episiotomies a dones primíparas. La literatura (Camacho et al., 2017; Sangkomkamhang et al., 2020)² defensa que, ja que en context pre-pandèmic, el percentatge d'episiotomies en primíparas era més elevat per raons com la reduïda distensió del perineu i la intenció de disminuir el treball del part. D'altra banda, existeix molt poca recerca sobre els impactes de la pandèmia segons paritat. Així i tot, Inversetti et al. (2021) mostren un major percentatge d'episiotomies en primíparas durant la pandèmia en un estudi realitzat en un hospital de maternitat en el nord d'Itàlia. Davant de l'escassetat d'evidència científica, però, serà important que es generin més estudis sobre l'impacte que ha tingut la pandèmia en l'episiotomia en funció de la paritat.

Pel que fa a l'evolució de la pràctica clínica d'episiotomies segons el sistema de salut, les dades del nostre estudi mostren que en el sistema de salut privat no existeixen diferències significatives amb relació a la pràctica de l'episiotomia abans i durant la pandèmia i que en context de pandèmia es fan més episiotomies en el sistema privat de salut que no pas en el públic. Aquestes dades són consistents amb l'evidència corresponent al període pre-pandèmic en el sentit que es practica més intervencionisme i medicalització del part en hospitals privats, que no pas en els públics (Hernández-Martínez et al., 2019; Mena-Tudela et al., 2020). No hem trobat literatura sobre l'impacte de la pandèmia en la realització de les episiotomies pel tipus de sistema sanitari i, en aquest sentit, els resultats del nostre estudi constitueixen una contribució molt rellevant.

Cal afegir, a més, que la comparativa realitzada de les dades del tipus de sistema sanitari (públic o privat) amb les regions sanitàries catalanes mostren que generalment les taxes de realització d'episiotomies més elevades coincideixen en les regions on hi ha una major concentració del sistema privat, com és el cas

² Altres estudis conclouen que l'edat de la mare és un factor protector enfront de les episiotomies i que a major edat, la taxa d'episiotomies és més reduïda (Ballesteros-Meseguer et al., 2016).

de Barcelona, la qual compta amb un total de 24 hospitals privats, seguidament va Girona, que compta amb tres hospitals privats. Així doncs, si analitzem l'episiotomia amb la regió sanitària i el sistema de salut descobrim que Barcelona lidera la taxa més gran, posicionant-se amb un 17,7% dels casos, en canvi, Girona, que és la segona regió amb més hospitals privats, la taxa d'episiotomies és del 9,9%. Aquests resultats ens plantegen la possible inequitat territorial depenent del lloc on es porta a terme el part.

Tot i que ni les dades resultants del nostre estudi ni la literatura científica analitzada conclouen que amb la pandèmia s'ha donat un increment de la pràctica de l'episiotomia, la literatura sí que ens parla d'un augment d'instrumentalitzacions: durant la pandèmia, la instrumentalització ha estat molt present, anant des de cesàries innecessàries per les dones positives de COVID-19 i passant per l'ús de kiwi i fòrceps per tal d'escurçar el període expulsiu del fetus³ (Paris i Gracia, 2021). El sotmetiment de les dones a un major intervencionisme i una instrumentalització ha anat en contra de les recomanacions de l'OMS (2020).

Tenint això en consideració, tot i que no formés part de les nostres hipòtesis, vam fer un encreuament entre l'episiotomia i altra instrumentalització entre el grup diana i el grup control per tal de determinar si hi havia diferències significatives entre aquests dos grups pel que fa a la instrumentalització acumulada. Els resultats ens mostren un percentatge en el grup control de (50,7%) i en el grup diana de (46,9%). Dit això, no hi ha diferències significants entre grup control i el grup diana considerant episiotomies + maniobra de Kristeller + fòrceps + ventosa⁴. En tots dos grups les intervencions es van donar en prop de la meitat dels parts vaginals.

³ Paris i Gracia (2021) planteja que una explicació de la voluntat d'accelerar els treballs de part seria evitar el risc de contagi als professionals que portaven a terme el part, ja que mentre la dona realitzava les exhalacions en el treball de part no es podia assegurar la fiabilitat de la mascareta.

⁴ Referent a la ventosa, el resultat té baixa fiabilitat perquè des del primer moment en el qüestionari no es va aplicar la ventosa a l'apartat d'instrumentalització i algunes dones ho van deixar registrat a la secció: altres. Després es va corregir l'error i es va posar un apartat per la ventosa, d'aquesta manera hi pot haver resultats que s'hagin perdut i, per tant, el percentatge real segurament és més elevat.

Seguint en la mateixa línia, en el context de pandèmia es va voler fer l'encreuament de la instrumentalització acumulada i el sistema de salut per tal de determinar si hi havia diferències significatives entre aquests dos sistemes. La desagregació d'aquestes dades per sistema públic i sistema privat de salut mostra un intervencionisme més alt en el sistema privat. En analitzar l'episiotomia juntament amb la Maniobra de Kristeller, en el sistema de salut públic, és d'un (20,3%) i en el sistema privat del (48%) (Veure Annex II). Amb relació a l'episiotomia i els fòrceps, en el sistema de salut públic el percentatge és (16,3%) i en el sistema privat és de (37,6%) (Veure Annex III). Pel que fa a l'episiotomia i la ventosa, com que el percentatge de resultat és molt petit, les dades del sistema de salut públic i privat són molt baixes com per donar resultats vàlids i fiables, de totes maneres, s'han calculat els percentatges, en el qual, en el sistema públic és de (7,8%) i en el sistema privat de (7,1%) (Veure Annex IV).

Limitacions de l'estudi:

Com que el qüestionari s'ha facilitat únicament en línia, ens hem trobat amb la dificultat de no poder arribar a totes les dones, ja que per diversos motius, algunes dones no disposen d'internet i, per tant, no han pogut entrar dintre de l'estudi. Un altre fet a tenir en compte és la variable ventosa, perquè des d'un principi, aquesta variable no es va incloure a l'apartat d'instrumentalització, així i tot, algunes dones van deixar constància de la ventosa a l'apartat d'altres. A causa d'aquesta errada cap la possibilitat que algunes dones no marquessin cap mena d'instrumentació pel fet que la denominació ventosa no era present a l'enquesta, per tant, es poden haver perdut respostes de ventosa. No obstant això, un cop detectada l'errada aquesta pèrdua d'informació va deixar de ser vigent, ja que es va incloure la ventosa a la secció d'instrumentalització.

Fortaleses de l'estudi:

Cal comentar diverses fortaleses que marquen aquest estudi. Una d'elles és l'enfocament centrat a la comunitat de Catalunya, la qual cosa ens dóna una informació concisa de la situació que han viscut les dones a aquesta comunitat amb relació al seu moment de l'embaràs o postpart.

L'episiotomia durant la pandèmia és una temàtica poc tractada, ja que la malaltia per Covid-19 és un tema nou i, per tant, encara s'ha de fer investigació de diversos aspectes, entre els quals podem incloure la perspectiva de la dona durant el part, com a resultat, la temàtica que es tracta al treball es pot considerar com una altra fortalesa.

7. Conclusions⁵

La pràctica clínica de l'episiotomia no augmentat durant el temps de pandèmia. De fet, mirant els resultats i tenint en compte el marge d'error el percentatge és bastant similar al que hi havia abans de la pandèmia. Tot i que el percentatge d'aquesta tècnica es redueix a mesura que passen els anys, és necessari remarcar el seu ús de manera restrictiva, així com la necessitat del consentiment de la dona per aquesta pràctica.

Pel que fa al factor paritat, no es troben diferències significatives de la taxa d'abans i durant la pandèmia, tot i que cal remarcar que la tècnica de l'episiotomia es realitza amb un percentatge molt més alt a les dones primíparas en temps de pandèmia. Per altra banda, hem pogut observar les diferències que hi ha entre els diferents sistemes de salut, els quals mostren una major pràctica de l'episiotomia en el sistema privat durant el període pre-pandèmic i pandèmic.

Durant la pandèmia, les dades que relacionen la pràctica clínica de l'episiotomia amb el sistema de salut són molt escasses, la qual cosa ens indica la necessitat d'estudiar més profundament aquesta relació tan específica, de la mateixa manera que, continuar vigilant la pertinència de fer més episiotomies a dones primíparas.

Davant d'aquesta falta de recerca científica, Serena Brigidi, investigadora de la Universitat Rovira i Virgili, comenta la necessitat "d'incorporar la perspectiva de gènere en la formació i la investigació de la salut i medicina" (Universitat Rovira i Virgili [URV], 2022, p. 2). La perspectiva de gènere s'ha d'entendre com una estratègia en què s'integri les experiències i desitjos de les dones en les elaboracions de programes de salut, més concretament, en les cures destinades durant el part, per tal de gaudir de la seva experiència, sense estar sotmeses a qualsevol mena de desigualtat social, cultural o de gènere.

⁵ Per tal de no repetir informació, les limitacions de l'estudi es poden trobar a l'apartat 6 de *Discussió*.

El model de Virginia Henderson planteja les cures des d'una visió holística, tenint en compte a la persona com un ésser total i no com la suma de totes les seves parts, així com la importància d'avaluar les catorze necessitats per poder adaptar-se a la usuària i, proporcionar unes cures basades en la humanització i els principis ètics.

8. Bibliografia

- Al Adib Mendiri, M., Ibáñez-Bernáldez, M., Casado-Blanco, M., i Santos-Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34 (1), 104 - 111. Scielo. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104
- Amat, M. I., Armelles, M., Asso, L., Buirá, E., Cabedo, R., Carreras, E., Céspedes, M. C., Coll, E., Domingo, M., Esclapés, M. T., Escuriet, R., González, E., Gómez, M. D., Llurba, E., Lorente, I., Meler, E., Mirada, A., Mompert, A., Muñoz-Díaz, E., ... Urbiztondo, L. (2020). Protocol d'Atenció i Acompanyament al Naixement a Catalunya. *Generalitat de Catalunya, Departament de Salut*, 53 (9), 1689–1699. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203.2/protocol_l_atencio_acompanyament_al_naixement_catalunya_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Amorim, M. M., Coutinho, I. C., Melo, I., i Katz, L. (2017). Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5402639/>
- Anal, O., i Injuries, S. (2021). Episiotomia i part vaginal. *Essencial*, 13, 2013 - 2015. Generalitat de Catalunya. https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/episiotomia_part_vaginal
- Aparici, M. (2021). La violencia obstétrica, una práctica normalizada. *Matronas de profesión*, 22, 73. Editorial. <https://matronasprofesion.es/wp-content/uploads/2021/10/73-EDITORIAL.pdf>
- Artal-Mittelmark, R. (2019a, julio). *Evaluación de la paciente obstétrica*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es->

[ve/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica](https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica)

Artal-Mittelmark, R. (2019b, agosto). *Manejo del parto normal*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-%20obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-parto-normal>

Artal-Mittelmark, R. (2019c, agosto). *Manejo del trabajo de parto normal*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-%20obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>

Ballesteros-Meseguer, C., Carrillo-García, C., Meseguer-Depedro, M., Canteras-Jordana, M., i Martínez-Roche, M. E. (2016). Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>

Becerra, S. H., i Cruz, Y. P. (2016). *Asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de información sobre episiotomía en puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril – Mayo 2016* (Tesi doctoral, Facultad de Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica de Santa María). <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5985/63.0700.OP.pdf>

Benito, D., Hurtado, D., i Carmona, D. (2020). Desgarros perineales postparto. *Protocolos De Obstetricia Huvn*.

Blondel, B., Alexander, S., Bjarnadóttir, R. I., Gissler, M., Langhoff-Roos, J., Novak-Antolič, Ž., Prunet, C., Zhang, W. H., Hindori-Mohangoo, A. D., Zeitlin, J., Haidinger, G., Pavlou, P., Velebil, P., Andersen, A. M. N.,

- Sakkeus, L., Lack, N., Antsaklis, A., Berbik, I., Ólafsdóttir, H. S., ... Macfarlane, A. (2016). Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 95 (7), 746 – 754. <https://doi.org/10.1111/aogs.12894>
- Camacho, F., García, I., López, A., i Belda, A. (2017). Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas Profesión*, 18 (3), 98 – 104. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-episiotomia.pdf>
- Carroli, G., i Belizan, J. (s. d.). Episiotomía en el parto vaginal. *Fundación para la Investigación y Gestión en Servicios de Salud*. <http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/B21.PDF>
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., i Bernardini, S. (2020, julio 9). The COVID-19 pandemic. *Taylor & Francis Online*, 57. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10408363.2020.1783198>
- Committee on Equality and Non-Discrimination. (2019). Obstetrical and gynaecological violence. *Parliamentary Assembly*. <https://pace.coe.int/pdf/a1ea7c724d1a5d736a43106cbce7b4cba358ccd85c8d4d1298cf0a255d7169b5/resolution%202306.pdf>
- Corredera, A. (2019, julio 25). *Ventajas y desventajas de los tipos de episiotomía*. El embarazo. <https://elembarazo.net/ventajas-y-desventajas-de-los-tipos-de-episiotomia.html>
- Creus, M. D., Martínez, C., Olivera, G., i Vela, E. (2013, mayo). El masaje perineal. *Federación de Asociaciones de Matronas de España*. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/folelto-matronas-14-esp-masaje-perineal.pdf>
- Díez, I., Cassadó, J., Martín, A., Muñoz, E., Bauset, C., i López-Herrero, E. (2020). Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 63 (1), 48–53. <https://sego.es/documentos/progresos/v63->

[2020/n1/10 Lesion obstetrica del esfinter anal. Otros desgarros perineales_2019.pdf](#)

El Parto Es Nuestro (2020, abril 17). *Atención profesionales! Denunciad las malas praxis.*

<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2020/04/17/atencion-profesionales-denunciad-las-malas-praxis>

Elixhauser, A., i Wier, L. M. (2011). Complicating Conditions of Pregnancy and Childbirth, 2008: Statistical Brief. *National Library of Medicine*, 1 - 12.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21735569/>

European Perinatal Health Report. (2013). *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Available at: 2.*

<https://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>

Ezquerria, S., Fernández, M., Keller, C., Borges, M., Benet, M., i Bia, L. (2022). *Impacte de la pandèmia en l'atenció al part de les dones amb resultat positiu de la COVID-19: Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia . 1–17.*

https://mon.uvic.cat/catedra-unesco/files/2022/05/2022-04-InformeBreu_Part_casospositius_MATERCOVID_FINAL.pdf

Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2021, marzo 22). *Bebés recién nacidos vulnerables son separados de sus madres.*

<https://www.federacion-matronas.org/2021/03/22/bebes-recien-nacidos-covid/>

Gago, N. (2014). La importancia del parto respetado. *Halitus Instituto Médico.*

<https://halitus.com/la-importancia-del-parto-respetado>

García-Lorca, A. I., Viguera-Mártinez, M. Á., Ballesteros-Meseguer, C., Fernández-Alarcón, M. M., Carrillo-García, C., i Martínez-Roche, M. E. (2019). Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de la Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1–14.

<https://www.scielosp.org/pdf/resp/2019.v93/e201907040/es>

Gobierno de Argentina (2018, julio 15). Hablemos de parto humanizado y la "hora sagrada". *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/hablemos-de-parto-humanizado-y-la-hora-sagrada>

Goueslard, K., Cottenet, J., Roussot, A., Clesse, C., Sagot, P., i Quantin, C. (2018, junio 4). *How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? Population-based study in France*. BioMed Central. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1747-8#citeas>

Gün, İ., Doğan, B., i Özdamar, Ö. (2016). Long- and short-term complications of episiotomy. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 13 (3), 144 – 148. <https://doi.org/10.4274/tjod.00087>

Héctor, R. (2021). *La episiotomía, indicaciones y complicaciones. Nuestra técnica*. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/20305>

Hernández-Martínez, A., Martínez-Galiano, J. M., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., i Gómez-Salgado, J. (2019). Evidence-based birth attendance in Spain: Private versus public centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph16050894>

Hidalgo-Lopezosa, P., Cubero-Luna, A. M., Huertas-Marín, J., Hidalgo-Maestre, M., Torre-González, A. J., Rodríguez-Borrego, M. A., i López-Soto, P. J. (2021). Vaginal birth after caesarean section before and during COVID-19 pandemic: Factors associated with successful vaginal birth. *Women and Birth*, October, 0–5. Science Direct. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.12.008>

Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M., i Rodríguez-Borrego, M. A. (2017). Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2953. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>

- Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. (2016). Lesiones perineales de origen obstétrico. *Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.*, 1–14. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones-perineales-de-origen-obstetrico.html>
- Iglesias, S., Conde, M., González, S., i Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4 (1). <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num1.5>
- Instituto de Salud de Bucaramanga. (2019). Protocolo episiotomía y episiorrafia. *Instituto de Salud de Bucaramanga*, 32. <http://181.48.57.101/Carpetas/Formatos%20y%20Docs/8.%20CIRUGIA%20Y%20ATENCIÓN%20DE%20PARTOS/3.PROTOCOLOS/PT-2006-02%20PROTOCOLO%20EPISIOTOMIA%20Y%20EPISIORRAFIA%20V.2.pdf>
- Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. (2019, noviembre 10). ¿Cuáles son algunas complicaciones comunes durante el trabajo de parto y el parto?. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/labor-delivery/informacion/complicaciones>
- Inversetti, A., Fumagalli, S., Nespoli, A., Antolini, L., Mussi, S., Ferrari, D., i Locatelli, A. (2021). Childbirth experience and practice changing during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 8 (6), 3627–3634. <https://doi.org/10.1002/nop2.913>
- Jacobson, J. D., i Zieve, D. (2020, marzo 31). *Episiotomy*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000482.htm>
- Jardim, D. M. B., i Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. Scielo. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>

- Jha, S. (2020). Episiotomy: necessity or negligence? *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127 (11), 1408.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16272>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., i Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Library*, 2017 (2).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Johannsen, J. (2017). ¿Por qué algunas mujeres eligen Doulas para acompañar el parto?. Banco Interamericano de Desarrollo.
<https://blogs.iadb.org/salud/es/elegir-doulas-para-el-parto/>
- Juárez-Tabares, J. C., Chávez-Loranca, M. Á., Rodríguez-Ayala, C., González-Aldeco, P. M., Arvizu-Armenta, J. A., i Woog-Castañón, A. (2021). Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 19 (2), 204–207.
<https://doi.org/10.35366/100443>
- Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Hersoug, I., Elden, H., Costa, R., Drandic, D., Radetic, J., Ruxandra, M., Miani, C., Brigidi, S., Rozee, V., Mihevc, B., Tasch, B., Kongslien, S., Linden, K., Barata, C., ... Pessa, E. (2022). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health*, 13.
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2666-7762%2821%2900254-4>
- Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, BOE núm. 294 § 16673 (2018).
- Lugones, M., i Ramírez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38 (1), 134–145.
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin15112.pdf>
- Macías-Intriago, M. G., Haro-Alvarado, J. I., Piloso-Gómez, F. E., Galarza-

- Soledispa, G. L., Quishpe-Molina, M. C., i Triviño-Vera, B. N. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de Las Ciencias*, 4 (3), 392–415. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/815>
- Martínez, S., i Rego, L. (2020). *Episiotomía y su impacto en la calidad de vida: Estudio de la experiencia de cuatro mujeres con secuelas derivadas de la intervención* (Treball de Fi de Grau, Universitat Rovira i Virgili). <https://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TFG%3A2705?lang=es>
- Mayo Clinic. (2021, diciembre 24). *Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>
- Melchor, J. C., Bartha, J. L., Bellart, J., Galindo, A., Miño, M., i Perales, A. (2008). La episiotomía en España: Datos del año 2006. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 51 (9), 559–563. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030450130872329X>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., i Valero-Chillon, M. J. (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): Women’s perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1 – 14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2020). *Medidas generales para garantizar el acompañamiento de la persona gestante o cursando el puerperio en el contexto de la pandemia COVID 19*. Recuperat de http://www.sogiba.org.ar/images/Medidas_generales_de_acompanamiento_de_la_persona_gestante_o_puerpera_COVID-19.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2019). *Altas, estancia media (días) y coste medio (€) de los procesos obstétricos y quirúrgicos más frecuentes de hospitalización. Hospitales de Agudos. SNS. Año 2019*.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/Cos tes_proc_obst_quir_mas_frec_2019.pdf

Ministerio de Sanidad. (2021). *Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018.*

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia de asistencia al parto normal en el Sistema Nacional de Salud: Informe sobre la atención en el parto y nacimiento.* 103.

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal.*

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf

Moldenhauer, J. S. (2020, enero). *Introducción a las anomalías y complicaciones del trabajo de parto y el parto.* Manual MSD versión para profesionales.

<https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/introducci%C3%B3n-a-las-anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto>

Ononuju, C., Ogu, R., Nyengidiki, T., Onwubuariri, M., Amadi, S., i Ezeaku, E. (2020). Review of episiotomy and the effect of its risk factors on postepisiotomy complications at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Nigerian Medical Journal*, 61 (2), 96.

https://doi.org/10.4103/nmj.nmj_121_19

Organización de las Naciones Unidas. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la

violencia obstétrica. *Asamblea General de las Naciones Unidas*, 26.
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2020). Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53 (9), 1689–1699.
<http://historico.equidadmujer.gov.co/Documents/Observaciones-CEDAW-VII-VIII-Informe-Colombia.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (s. d.). *España necesita combatir la violencia obstétrica, dicen expertos de la ONU*.
<https://www.ohchr.org/en/press-releases/2020/03/spain-needs-combat-obstetric-violence-un-experts?LangID=E&NewsID=25688>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Coronavirus*.
https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2021a, agosto 30). *Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna*.
<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>

Organización Mundial de la Salud. (2021b, septiembre 17). *Trabajar juntos por un parto más seguro*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-patient-safety-day/world-patient-safety-day-2021-announcement-es.pdf?sfvrsn=a5e55c4a_32

Pajares, B. (2021, junio 27). *Las fases del parto normal: dilatación, expulsivo y alumbramiento*. Inatal. <https://inatal.org/el-parto/37-parto-normal-paso-a-paso/128-las-fases-del-parto.html>

- Paris, S., i Gracia, A. (2021). Parir en tiempos de COVID-19: Aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 36-44. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7859522>
- Pereira, G. M. V., Hosoume, R. S., Monteiro, M. V., Juliato, C. R. T., i Brito, L. G. O. (2020). Response re: Letter to the editor: selective episiotomy versus no episiotomy for severe perineal trauma: systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 31 (8), 1717. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32529565/>
- Profit, J., Edmonds, B. T., Shah, N., i Cheyney, M. (2020, noviembre). The COVID-19 pandemic as a catalyst for more integrated maternity care. *American Journal of Public Health*, 110 (11), 1663–1665. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305935>
- Ramírez, M. D., Hernández, C., i Ceballos, G. Y. (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED*, 26 (3), 149–155. <https://doi.org/10.35366/101680>
- Recio, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*, (18), 13-26. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/369>
- Requena, A. (2021, octubre 6). *Un estudio calcula que dos de cada tres madres han sufrido algún tipo de violencia obstétrica durante el parto*. EIDiario.es. https://www.eldiario.es/nidos/estudio-calcula-tres-madres-han-sufrido-tipo-violencia-obstetrica-durante-parto_1_8372091.html
- Rodrigo, A., Suárez, D. L. P., i Salvador, Z. (2019, septiembre 24). *¿Qué es la episiotomía y cómo puedo prevenirla en el parto?*. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/episiotomia/>
- Rodríguez, J., i Martínez, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35 (3). <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911120301898>

- Rodríguez, M. C. B., i Terceros, L. A. C. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17 (2), 53–57. Scielo.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011
- Rull, C. T. (2010). Aplicacion de termoterapia en el periné durante el periodo expulsivo de parto normal en relación al cuidado habitual. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2 (1), 502–516.
<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/176>
- Sadler, M., Leiva, G., i Olza, I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Taylor & Francis Online*, 28 (1).
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1785379#.XuyEBurh>
- Sagi-Dain, L., i Sagi, S. (2015). The correct episiotomy: does it exist? A cross-sectional survey of four public Israeli hospitals and review of the literature. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 26 (8), 1213 – 1219. Springer. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2680-2>
- Sangkomkamhang, U., Kongwattanakul, K., Kietpeerakool, C., Thinkhamrop, J., Wannasiri, P., Khunpradit, S., Thepsuthamarat, K., Jampathong, N., i Lumbiganon, P. (2020). Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(3), 397 – 403. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15982>
- Sessa, D. (2020, noviembre 11). *Episiotomía: definición, tipos, indicaciones, cuidados y complicaciones*. Unidad de la mujer. <https://www.unidaddelamujer.es/episiotomia-definicion-tipos-indicaciones-cuidados-y-complicaciones/>
- Silva, C., Sánchez, M., Díaz, A., Pérez, T., Carrero, V., Alzola, I., Barakat, R., Refoyo, I., i Mottola, M. F. (2021, noviembre). *Influence of a Virtual*

Exercise Program throughout Pregnancy during the COVID-19 Pandemic on Perineal Tears and Episiotomy Rates: A Randomized Clinical Trial.
National Center for Biotechnology Information.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8621123/>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (s. d. a). Cesárea.
<https://sego.es/mujeres/Cesarea.pdf>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (s. d. b). ¿Estoy de parto?
https://sego.es/mujeres/Inicio_parto.pdf

Sociedad Marcé Española. (2020, julio 3). *La COVID-19 como factor de riesgo para la violencia obstétrica.*
<https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/14360/ESP/la->

Stranges, E., Wier, L., i Elixhauser, A. (2020). Complicating Conditions of Vaginal Deliveries and Cesarean Sections, 2009. *Healthcare Cost and Utilization Project*, 1–12. <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb131.pdf>

Uribe, C., Contreras, A., Bravo, P., Villarroel, L., i Abarzúa, F. (2018). Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83 (3), 266 – 276. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n3/0048-766X-rchog-83-03-0266.pdf>

Vicerrectorado de igualdad, diversidad y sostenibilidad. (2020, mayo 21). *La pandemia del coronavirus ha generado un aumento de la violencia obstétrica.* Universitat de València. https://www.uv.es/uvweb/uv-noticies/es/noticias/pandemia-del-coronavirus-ha-generado-aumento-violencia-obstetrica-1285973304159/Novetat.html?id=1286130898443&plantilla=UV_Noticie s/Page/TPGDetaillNews

World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide.*
<https://www.mhtf.org/document/care-in-normal-birth-a-practical-guide/>

World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-%20eng.pdf?sequence=1>

Zaami, S., Stark, M., Beck, R., Malvasi, A., i Marinelli, E. (2019). Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23 (5), 1847–1854.

https://doi.org/10.26355/eurrev_201903_17219

Les bases de dades consultades per la realització del treball han estat: PubMed, Scielo, Cinalh i Scopus. Les paraules clau per la cerca: episiotomia, coronavirus, part, paritat i sistema de salut.

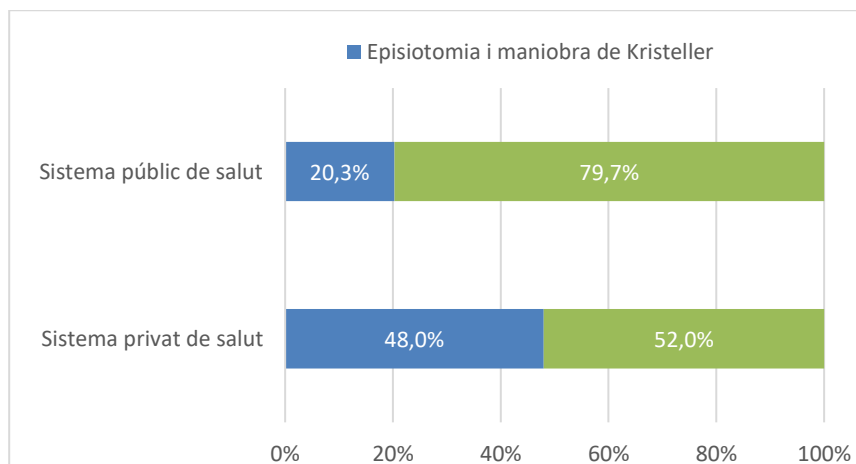
9. Annexes

Annex I:

Enllaç del qüestionari realitzat per fer l'estudi:

https://universitatdevic-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/christel_keller_uvic_cat/EcQ1GfplgMJDqPQkbgXSGBMBRZJIHJCXK04QZOu45O-Exw?e=DFgSOp

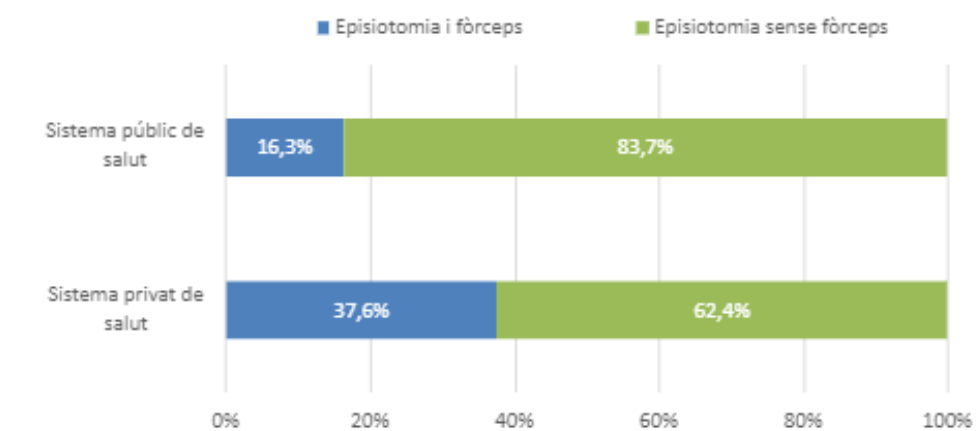
Annex II: episiotomies i maniobra de Kristeller en context pandèmia segons sistema de salut.



Gràfic 6.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

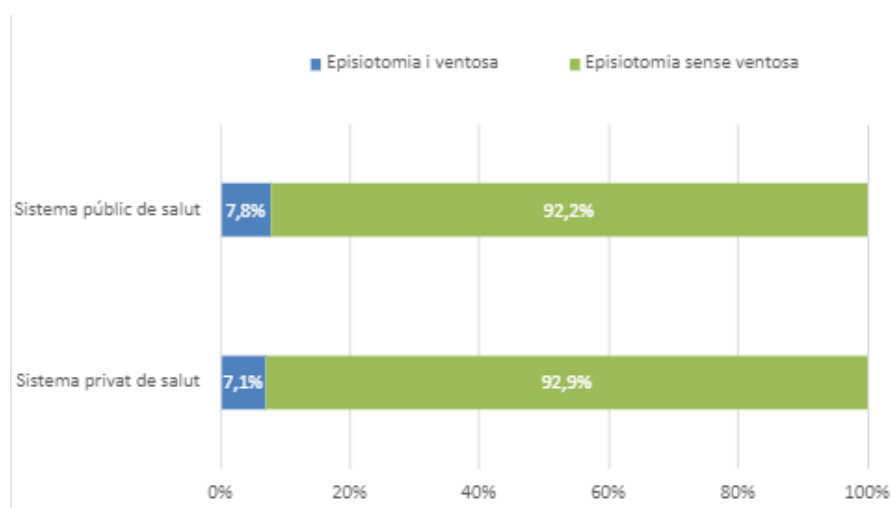
Annex III: episiotomia i fòrceps en context pandèmia segons sistema de salut.



Gràfic 7.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

Annex IV: episiotomia i ventosa en context pandèmia segons sistema de salut.



Gràfic 8.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

10. Agraïments

Primer de tot agrair a la meva tutora, la Sandra Ezquerra per donar-me aquesta oportunitat i fer-me partícip d'aquest projecte tan enriquidor. Donar-te les gràcies, Sandra, per la teva paciència, la teva atenció i dedicació, per guiar-me i donar-me un cop de mà en aquells moments en què no veia la llum, sense el teu suport aquest aprenentatge no hauria estat possible. Agrair també a la Montse Fernández, la qual m'ha acompanyat durant tot aquest treball i m'ha animat en aquells moments més durs. No puc no nomenar a l'Ester Busquets, Ester gràcies a tu em vaig endinsar dintre d'aquest treball, gràcies per creure amb jo i deixar-me en bones mans.

Agrair també als professionals sanitaris que m'han ajudat a créixer en aquest camí, gràcies per les vostres actituds i aptituds i també a les professores de la universitat, Montse, Maria Carme, Olga i un llarg etcètera, gràcies per educar-me en la millor professió que hauria pogut triar, gràcies per ser el reflex d'una infermera excel·lent.

A les dones de la meva vida, àvia, mare, germana i Mary, sóc qui sóc gràcies a vosaltres. Sou la meva llum, sou la força que m'impulsa a créixer com a persona i a tenir aquest esperit crític, gràcies per agafar-me de la mà i no deixar-me que em rendeixi mai. Tal com deia Bartomeu Rosselló-Pòrcel "tota la meva vida es lliga a vosaltres, com en la nit les flames a la fosca".

11. Nota final de l'autor. El TFG com experiència d'aprenentatge

L'experiència de participar en un grup de recerca ha estat molt enriquidora, ja que tot i ser el teu treball, totes les membres del grup ens hem ajudat entre nosaltres i això et dóna certa seguretat a l'hora de dur a terme el projecte.

A escala acadèmica, el treball m'ha donat l'oportunitat de saber com es treballa dintre d'un grup de recerca i quins són els objectius que s'han de complir.

Amb la recerca bibliogràfica he pogut conèixer de manera més profunda la pràctica i la tècnica de l'episiotomia, tot i que en segons quins aspectes hi ha molt poca informació i, per tant, caldria fomentar la investigació.

A més a més, també he après la importància de tenir un esperit crític i cercar informació per diverses fonts, ja que d'aquesta manera pots contrarestar-la i acabar seleccionant la més fiable científicament.

El treball també m'ha ajudat a agafar consciència de la importància dels drets de les dones i de com aquests s'han de respectar en tot moment. De la mateixa manera que fer partícips a la família de tot el procés sempre que la dona ho desitgi.