

UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Repercusión de la episiotomía en las relaciones sexuales postparto

(Effects of episiotomy on postpartum sexual relationships)

Alumna: Alba Ávalos Moreno

Tutor: Prof. D. Francisco Javier Ruiz Peregrina

Dpto: Enfermería

Junio, 2015.



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**REPERCUSIÓN DE LA EPISIOTOMÍA
EN LAS RELACIONES SEXUALES
POSTPARTO
(EFFECTS OF EPISIOTOMY ON
POSTPARTUM SEXUAL
RELATIONSHIPS)**

Alumna: Alba Ávalos Moreno

Tutor: Prof. D. Francisco Javier Ruiz Peregrina

Lugar y fecha de lectura: Jaén, Universidad de Jaén (Sala de Juntas D2). 9 de Junio de 2015, 12:45.

Firma del autor:

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1 CONTEXTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	6
2.1.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	6
2.1.2. EL PARTO. PARTO EUTÓCICO Y DISTÓCICO	7
2.1.3. EPISIOTOMÍA	8
2.1.4. DESGARROS PERINEALES	10
2.1.5. DISFUNCION SEXUAL	11
2.2 EPIDEMIOLOGÍA ANALÍTICA	13
2.3 EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA	16
2.4 JUSTIFICACIÓN	19
2.5 OBJETIVOS	20
3. METODOLOGÍA	21
4. RESULTADOS	24
5. DISCUSIÓN	41
5.1 EPISIOTOMÍA Y DISFUNCIONES SEXUALES POSTPARTO: DESEO, EXCITACIÓN, SATISFACCIÓN, ORGASMO Y LUBRICACIÓN	41
5.2 EPISIOTOMÍA Y DISPAREUNIA POSTPARTO	42
5.3 EPISIOTOMÍA Y REANUDACIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES POSTPARTO	43
6. CONCLUSIONES	43
7. ANEXOS	45
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

RESUMEN:

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más habituales y a pesar de haber disminuido la tasa de realización en España en los últimos años, actualmente supera el 30% máximo recomendado por la OMS. Además existe un aumento de disfunciones sexuales en el periodo postparto. Por ello, con esta revisión bibliográfica se pretende identificar la repercusión de la episiotomía sobre las relaciones sexuales postparto y la aparición de disfunciones sexuales. Para la selección de artículos se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden Plus, PubMed, IME, Cochrane Plus, CINAHL, ENFISPO, LILACS y Google Académico con las palabras clave *episiotomía*, *sexualidad* y *dispareunia* en español y *episiotomy*, *sexuality*, *sexual behavior*, *dyspareunia* y *coitus* en inglés, utilizándose finalmente 17 artículos. Se ha encontrado que la episiotomía puede ser un factor de riesgo de dispareunia postparto a corto plazo (hasta los 3 meses después del parto) pero existe poca evidencia de ello a largo plazo (6 meses o más después del parto). El aumento del tiempo para reanudar las relaciones sexuales podría estar relacionado con la episiotomía. Tras una episiotomía, la lubricación y satisfacción parecen disminuir a largo plazo, y a largo y corto plazo respectivamente; en cambio existe mayor controversia en la disminución de deseo, excitación y orgasmo. Se debe disminuir el número de episiotomías realizadas para mejorar la vida sexual de la mujer y su calidad de vida, además de seguir investigando para poder alcanzar evidencia científica acerca de este tema.

PALABRAS CLAVE: episiotomía, sexualidad, relaciones sexuales, función sexual, disfunción sexual, postparto, puerperio, dispareunia.

ABSTRACT:

Episiotomy is one of the most common surgical procedures, but despite having decreased the rate of realization in Spain in the last years, currently it exceeds 30% of recommended maximum by the WHO. Furthermore, there is also an increase in sexual dysfunctions in the postpartum period. Therefore, this literature review pretends to identify the effects of episiotomy on postpartum sexual relationships and sexual dysfunctions. To select the articles, a bibliographic search was performed using the Cuiden Plus, PubMed, IME, Cochrane, CINAHL, ENFISPO, LILACS and Scholar Google databases with keywords *episiotomía*, *sexualidad* and *dyspareunia* in Spanish and *episiotomy*, *sexuality*, *sexual behavior*, *dyspareunia* and *coitus* in English, being used finally 17 articles. It has been found that episiotomy may be a risk factor for postpartum dyspareunia short-term (up to three months after delivery) but there is little evidence of this in the long term (6 months or more after delivery). The increasing time to resume sexual relationships seems to be related to episiotomy. After an episiotomy, lubrication and satisfaction seems to decrease long-term and long and short term respectively; however most controversy exists in the reduction of desire, arousal and orgasm. It should be decreased the number of episiotomies performed to improve the sex life of women and their quality of life, as well as keep researching to achieve scientific evidence on this subject.

KEY WORDS: episiotomy, sexuality, sexual behavior, sexual function, sexual dysfunction, postpartum, puerperal, dyspareunia.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Contextualización y definición del problema

Actualmente los partos son asistidos por personal sanitario especializado, matronas y obstetras, lo que ha hecho que disminuya la morbilidad y mortalidad asociada al proceso de parto en la mayor parte del mundo occidental de manera considerable.

Sin embargo, a pesar de la especialización de la atención, persisten los problemas de disfunción del suelo pélvico y alteraciones de la función sexual asociados al embarazo y parto por ser problemas poco abordados por las autoridades y profesionales sanitarios. La falta de interés ha provocado que la disfunción sexual sea una de las más desconocidas por nuestra población a pesar de afectar a millones de mujeres, empeorando su calidad de vida y por lo tanto su salud.^{1 2}

2.1.1. Salud sexual y reproductiva.

La importancia de la sexualidad como necesidad fisiológica para el mantenimiento de la salud se remonta a años atrás. En 1943, Abraham Maslow con su obra “Una teoría sobre la motivación humana” propuso una pirámide de jerarquía de las necesidades humanas de tal manera que unas serían más prioritarias que otras, y sólo cuando estuvieran cubiertas las inferiores se podría ir ascendiendo. En la base de la pirámide incluía las necesidades fisiológicas y dentro de éstas las relaciones sexuales.³ En los años 70 Marjory Gordon también incluía en sus patrones funcionales de salud el patrón de sexualidad-reproducción⁴ otorgando a la sexualidad un papel fundamental en la salud de la población.

La sexualidad forma parte de la personalidad de toda persona; se construye por la interacción del ser humano con la sociedad y su desarrollo pleno es imprescindible para alcanzar un bienestar tanto individual como social.⁵ Por ello se debe fomentar la salud sexual y reproductiva.

El Fondo de Población de Naciones Unidas define **salud sexual y reproductiva** como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”. El origen de esta definición fue la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que se llevó a cabo en El Cairo en 1994 y donde se hizo referencia por primera vez a este término.⁶

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y la WAS (World Association For Sexology) definen la **salud sexual** como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”.⁶

La salud es un derecho humano fundamental, por lo tanto la salud sexual será un derecho humano básico y para alcanzarla deberán reconocerse, respetarse y ejercerse los derechos sexuales que fueron descritos en la declaración del 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología que tuvo lugar en Hong Kong y que fue aprobada por La Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS).

2.1.2. El parto. Parto eutócico y distócico.

El parto es un proceso fisiológico muy importante en la vida de la mujer, presente en una o varias ocasiones en la mayoría de las mujeres a lo largo de su vida y con repercusiones antes, durante y después del proceso. La mayoría de los partos se producen vía vaginal, en los que las madres son susceptibles de sufrir desgarros perineales o episiotomía, tanto en partos distócicos como eutócicos.

La SEGO define el **parto normal o eutócico** como el trabajo de parto de una gestante que comienza de manera espontánea entre la 37ª y la 42ª semana, sin haber tenido factores de riesgo durante su gestación, y que termina con un nacimiento normal del hijo que se adapta adecuadamente a la vida extrauterina después de una evolución normal-fisiológica de la dilatación y el parto. El alumbramiento y el puerperio también deben avanzar de manera fisiológica. El parto eutócico es el único susceptible de no ser intervenido, avanzando con el menor número de procedimientos activos dentro de lo posible, pero con una vigilancia exhaustiva del estado de la madre y del feto como en cualquier trabajo de parto.⁷

Por el contrario, el término distocia es opuesto al término eutocia y designa los problemas y dificultades que pueden producirse a lo largo de la progresión fetal. El **parto distócico** puede estar causado por distintas anomalías:⁸ anomalías de las fuerzas de expulsión (por hiperdinamia, la excesiva contractilidad uterina o por hipodinamia, cuando existe un déficit de la contractilidad), anomalías secundarias a la situación, presentación, posición o desarrollo

fetal (situación transversa del feto, presentación de nalgas, de frente o de cara, posiciones occipitotransversas y posteriores persistentes, hidrocefalia, macrosomías...), anomalías del canal óseo del parto (por desproporción pelvifetal), o anomalías del canal blando de parto (atresias, condilomas gigantes, septos vaginales, neoplasias, miomas uterinos previos, etc.).

Debido a estas causas el parto distócico es más susceptible de ser intervenido con una episiotomía, pero esta técnica es común, y se realiza en un gran número de partos eutócicos.

2.1.3. Episiotomía

La episiotomía es una ampliación quirúrgica del orificio vaginal que es realizada mediante una incisión en el periné con tijeras o bisturí (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano). Si la incisión es necesaria, debe de hacerse cuando la presentación abomba el periné y tan poco lesiva y pequeña como sea posible. Se puede evitar con frecuencia en los partos espontáneos con una buena protección manual del periné.⁸

La RAE define la episiotomía como la “incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el periné”.⁹

Es el procedimiento quirúrgico más frecuente y a la vez de los más controvertidos. Según la evidencia científica disponible es recomendable realizar la episiotomía de manera selectiva, sin embargo su incidencia cambia entre los diferentes países (lo veremos en el apartado de epidemiología analítica), reflejando escasez de información bien documentada sobre sus ventajas e inconvenientes.¹

La primera vez que se habló sobre la realización de una incisión perineal fue en el año 1742, por una matrona irlandesa, Fieldi Ould, quién recomendó su uso en partos extremadamente complicados en su *Treatize of Midwifery*. Pero fue en 1799 cuando se realizó por primera vez en Hapsburg, Alemania. Más tarde, Dubois sugirió la modalidad mediolateral y años después Carl Braun lo denominó por primera vez “episiotomía”, criticándola y considerando que era innecesaria. Pero fue en el siglo XX cuando dos obstetras llamados Pomery y Delee indicaron en sus artículos, en los años 1918 y 1920 respectivamente, un uso más frecuente de la episiotomía con el objetivo de prevenir los desgarros del perineo. Por ello, y por la mayor medicalización y tecnificación en la asistencia al parto, a partir de los años 50 el personal médico incrementó la realización de episiotomías favoreciendo un uso sistemático y rutinario a pesar de la escasa evidencia científica en la que se basaban los artículos, que no mostraban datos ni estudios que lo justificaran.¹⁰

La literatura existente aporta razones tanto a favor como en contra de un uso rutinario de la episiotomía. Algunos autores apoyan una libre realización de episiotomía con los siguientes argumentos: el desgarro es sustituido por una incisión quirúrgica limpia que se podrá reparar más fácilmente y que cicatrizará mejor que una laceración, se evitan traumas perineales serios y traumatismos del suelo pélvico, previene de traumatismos en la cabeza del recién nacido, y disminuyen así los problemas de incontinencia de estrés. Pero estos supuestos beneficios se han puesto en duda y han sido investigados en multitud de estudios, cuales han obtenidos resultados que no muestran evidencia para justificar la episiotomía rutinaria y además la asocian con altos índices de daño perineal y menor número de mujeres con periné intacto. ¹¹

Por lo tanto, no hay evidencia científica que muestre efectos beneficiosos del uso libre de la episiotomía, pero sí la hay que evidencie que este procedimiento puede causar daños. Tanto la OMS como la SEGO indican que la práctica de la episiotomía ha de ser restrictiva.

Según la literatura actual existen tres tipos de episiotomía: ¹

- Lateral: la incisión es perpendicular a la dirección del ano, en horizontal, por encima de la línea media en dirección a la tuberosidad isquiática. Se cortan haces de músculo bulbocavernoso y hay abundante sangrado por lo que en la actualidad apenas se realiza.

- Medial, central o vertical: la incisión es en línea recta desde la vagina hacia el ano, seccionando el rafe fibroso ano-vulvar y respetando los músculos elevadores. El corte debe ser muy pequeño para evitar que llegue al ano. El sangrado es escaso, es fácil de coser, cicatriza mejor, ocasiona pocas molestias postoperatorias y se obtiene una buena función y estética, pero no suele realizarse al haber más riesgo de infección y complicaciones en el ano por desgarros del recto o del esfínter anal.

- Medio-lateral: la incisión es en dirección oblicua, en 45° desde la horquilla vulvar, hacia el ano pero alejado de él, por lo que afecta a la vagina, la piel y el músculo, incluida la fascia pubo-rectal del elevador del ano. El sangrado es mayor que en la episiotomía medial, en cambio, la tasa de desgarros de tercer y cuarto grado disminuye y la cicatrización es buena, pero pueden quedar retracciones del vestíbulo y dispareunia durante meses. Este tipo de episiotomía es el más realizado en nuestro país.

La episiotomía medio-lateral es el tipo más practicado, porque aunque la cicatrización sea más complicada y probablemente haya más molestias después del parto, se evitan infecciones y lesiones en el ano. El periodo de cicatrización es variable dependiendo de la persona, siendo lo habitual de 4 a 6 semanas.¹¹

2.1.4. Desgarros perineales

Los desgarros perineales son laceraciones que se producen en el canal blando del parto², tanto en partos eutócicos como distócicos. Se clasifican en cuatro grados según los tejidos que se vean afectados, siendo el menor grado el menos afectado y el mayor grado el más afectado.

Según los criterios aceptados por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) los desgarros se dividen en estos cuatro grados, siendo el de tercer grado dividido en tres categorías:¹²

1º grado: Lesión del epitelio-mucosa vaginal o de la piel perineal.

2º grado: Lesión de lo anterior y de los músculos del periné sin afectar al esfínter anal.

3º grado: Lesión de lo anterior y del esfínter anal. (3A: Lesión del esfínter externo menor al 50%; 3B: Lesión del esfínter externo mayor al 50%; 3C: Lesión de esfínter externo e interno).

4º grado: Lesión del esfínter anal y de la mucosa rectal junto a lo anteriormente citado.

Los desgarros más graves son lo de tercer y cuarto grado que producen más dolor e incontinencia rectal, lo que conlleva muchas limitaciones e incomodidades.²

Los desgarro perineales son muy comunes, sobretodo en primíparas. Los de 1º grado no necesitan ser reparados en muchas ocasiones, lo de 2º grado se suturan fácilmente en general con la administración de anestesia local (o sin ella en caso de haber tenido anestesia epidural) cicatrizando normalmente sin complicaciones, pero los de 3º y 4º grado pueden acarrear mayores complicaciones, por lo que lo ideal sería que fueran reparados por obstetras para prevenir problemas como son la incontinencia o la formación de fístulas fecales.¹¹

Al ser estos desgarros tan comunes, la reparación del periné también lo será, siendo por lo tanto una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en este campo. Si no se realiza una buena reparación con la técnica adecuada, pueden quedar secuelas en la mujer como dolor perineal, dispareunia o incontinencia urinaria o fecal.¹²

Tanto en una episiotomía como en un desgarro se puede ver afectado el suelo pélvico o periné, es decir, el conjunto de músculos y aponeurosis que sustentan la porción abdominal inferior y sirven de apoyo a la vejiga, el aparato genital interno (vagina y útero) y una porción del intestino.^{1 13} Es fundamental que esta musculatura mantenga una buena función, puesto que la debilidad de los músculos produce una mala posición de los órganos que sostiene, provocando su prolapso y problemas como incontinencia urinaria o fecal, cistocele, rectocele, prolapsos genitales, disfunciones sexuales (dispareunia, disminución de la sensibilidad e intensidad del orgasmo), etc. que alteran funciones muy importantes para el ser humano como la continencia y las relaciones sexuales.^{1 13}

2.1.5 Disfunción sexual

En ocasiones la función sexual se ve alterada ocasionando una disfunción sexual. La OMS define **disfunción sexual** como “las diversas formas en que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como él o ella desearía”. La **disfunción sexual femenina** (FSD) se caracteriza por problemas con el deseo sexual, la excitación, el orgasmo, o dispareunia que causan angustia o sufrimiento en la persona.¹⁴

Para saber más sobre la disfunción sexual primero debemos conocer la función sexual. La función sexual se divide generalmente en 3 fases que son la de deseo (se desea tener relaciones sexuales), de excitación (se producen los cambios físicos en el cuerpo necesarios para poder tener relaciones sexuales) y el orgasmo. La disfunción sexual se produce cuando la salud, la relación o las ideas sobre el sexo ocasionan complicaciones en una o varias de las fases señaladas, tanto en hombres como en mujeres. La dispareunia también puede causar disfunción sexual, sobre todo en las mujeres.

Por lo tanto, podemos definir la disfunción sexual como un comportamiento que resulta de una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que ocasiona un bloqueo parcial o total de la respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo. En este sentido, es un problema de salud pública, por lo que merece que los profesionales de la salud se interesen y le muestren la atención necesaria.^{15 16}

La SEGO y el informe del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction dividen la disfunción sexual femenina en cuatro tipos de trastornos señalándolos y definiéndolos de la siguiente manera:^{17 18}

1. Trastornos del deseo: que se divide a su vez en dos tipos: 1A) Deseo sexual hipoactivo: es la deficiencia o ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías sexuales, y/o del deseo de realizar la actividad sexual, o receptividad para ella. 1B) Aversión sexual: es la aversión fóbica al contacto sexual, persistente o recurrente, que origina la evitación.
2. Trastornos de la excitación sexual: estos trastornos producen una incapacidad persistente o recurrente para llevar a cabo o mantener una excitación sexual suficiente y puede expresarse como falta de lubricación, falta de excitación subjetiva o con otras respuestas somáticas.
3. Trastornos del orgasmo: son la dificultad persistente o permanente para obtener un orgasmo, así como su retraso o ausencia tras una suficiente estimulación sexual y excitación.
4. Trastornos por dolor: dividido a su vez en tres tipos: 4A) Dispareunia: es el dolor genital ampliamente considerado, persistente o recurrente, que se asocia al coito ya sea durante la penetración, durante las contracciones pelvianas o el que aparece tras la eyaculación. 4B) Vaginismo: es el espasmo involuntario, persistente o recurrente, de toda la musculatura de la vagina que interfiere con la penetración vaginal, impidiendo en ocasiones cualquier intento de penetración. 4C) Dolor sexual no coital: es el dolor genital persistente o recurrente inducido por la estimulación sexual no coital.

Cada uno de estos trastornos se pueden incluir en otros tipos como: ¹⁹

- Primario o secundario/adquirido: Primario es aquel que se presenta desde el inicio de la vida sexual activa, es decir, hay una inhibición primaria del deseo sexual o del orgasmo y se presentan en mujeres con familias restrictivas o con influencias religiosas negativas respecto a la sexualidad, también en mujeres abusadas sexualmente. Hablamos de secundario cuando aparece tras haber experimentado todas las fases de la sexualidad de forma fisiológica y suele aparecer cuando hay problemas de pareja, físicos, emocionales, efectos de sustancias tóxicas, drogas o cirugías del suelo pélvico.
- Generalizado/totales o situacional: Cuando el trastorno aparece en cualquier circunstancia hablamos de generalizado. En cambio, cuando aparece en determinadas circunstancias se habla de situacional. Sería el caso de aparecer con una pareja pero no con otra, y suelen aparecer durante el coito pero no durante la masturbación o juegos sexuales.
- Orgánica, psicógena, mixta o desconocida según la etiología.

Las dificultades en la función sexual pueden afectar a diferentes etapas de la vida, pero es en el embarazo y puerperio cuando es necesario un análisis profundo, especialmente en el periodo postparto, debido a que se presentan grandes cambios en la vida de la mujer, pareja y familia. Hay que adaptarse a las necesidades del recién nacido tomando el rol de padres que puede afectar de forma negativa a la intimidad de la pareja, se producen cambios en la imagen corporal de la madre, existe el miedo al dolor en el coito y a volver a quedarse embarazada, etc. que ocasionan limitaciones en la sexualidad. Las dificultades para volver a llevar una vida sexual normal son comunes en la mayoría de las mujeres, por ello es fundamental la identificación temprana de alteraciones emocionales y relacionales, que pocas veces se lleva a cabo a pesar del impacto en la salud y calidad de vida de las mujeres.¹⁶

Hemos visto que uno de los trastornos de disfunción sexual es la **dispareunia**; la SEGO la define como “dolor urogenital persistente y recurrente que ocurre antes, durante o después de las relaciones sexuales, que no es causada exclusivamente por la falta de lubricación, no es mejor explicado por otra alteración psíquica, y no es debido exclusivamente a los efectos de alguna sustancia o a una enfermedad médica”.²⁰ El dolor sexual es el trastorno de disfunción sexual más común en la mujer en el periodo postparto. El dolor perineal y la dispareunia se consideran frecuentemente resultado de trauma perineal, episiotomía y parto instrumentado.²¹

Durante el proceso de parto se puede producir un trauma perineal, que puede estar originado por un desgarro espontáneo o por la realización de la episiotomía, lesionándose así la musculatura perineal. La lesión de estos músculos son una causa de disfunción del suelo pélvico, y este problema es a su vez una causa de disfunción sexual. Por lo tanto, podríamos pensar en la posibilidad de que existiera una relación entre el trauma perineal y la disfunción sexual, es decir, la episiotomía podría ser una causa de disfunción sexual.

2.2. Epidemiología analítica

Las tasas de **episiotomía** varían extensamente dentro de Europa. En 2010 la tasa de episiotomía en partos vaginales fue aproximadamente del 70% en Chipre, Polonia, Portugal y Rumania, 43-58% en Valonia, Flandes, República Checa y España, 16-36% en Gales, Escocia, Finlandia, Estonia, Francia, Suiza, Alemania, Malta, Eslovenia, Luxemburgo, Bruselas, Letonia e Inglaterra. Las tasas más bajas fueron en Dinamarca (4,9%), Suecia (6,6%) e Islandia (7,2%).²² (*Anexo 1*)

Entre 2004 y 2010, las tasas de episiotomía han disminuido o se han mantenido en muchos países, con la excepción de Inglaterra, Escocia (Reino Unido) y Países Bajos. ²² (*Anexo 2*)

El porcentaje de episiotomías realizadas en España en el año 2010 fue de un 43%, aún alejado de las recomendaciones de la OMS que son de un máximo del 30%, pero mucho menor que en 2004, donde se realizó episiotomía en más del 65% de los partos vaginales. ²²

Pero la gran variación del uso de la episiotomía no es sólo entre países, también existe a nivel nacional. En una revisión bibliográfica realizada por dos matronas andaluzas ¹⁰ se muestran los porcentajes de realización de episiotomía de varios hospitales españoles obtenidos a partir de estudios realizados en dichos centros. El uso de episiotomía en el Hospital Maternal de Sevilla es de un 57%, en el área Sanitaria de Marbella (Málaga) de un 68%, y de un 87%, 90% y 92% en el Hospital General Universitario de Alicante, Hospital Navalморal de la Mata (Cáceres) y Hospital Clínico y Maternal de Granada respectivamente.

En la provincia de Jaén, en el Hospital Alto Guadalquivir de Andújar sólo el 30% de los partos de 2010 fueron con episiotomía, casi un 3% menos que en 2009, realizada únicamente para garantizar la seguridad del niño, en casos de partos instrumentales y para evitar desgarros en la madre²³. En un estudio retrospectivo realizado sobre el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda ²⁴ se seleccionaron todos los partos asistidos entre el 1998 y 2003 a partir del “libro de partos”. En 1998 se realizó episiotomía en el 77,6% de los partos con una política de episiotomía sistemática. A partir de 1999, tras un consenso del equipo de trabajo se produjo una reducción progresiva de esta técnica, consiguiendo una prevalencia del 34,2% en 2003. En estos dos casos la prevalencia de episiotomía se acerca a la recomendada por la OMS.

La incidencia de **desgarros perineales** también varía dentro de Europa. El porcentaje de mujeres con partos vaginales sin ningún desgarro varió de más del 95% en Estonia, los Países Bajos, Austria, Polonia y Finlandia, a alrededor de la mitad en Inglaterra, Gales, Escocia, Malta, Noruega y Suiza. El porcentaje de mujeres con desgarros de primer y segundo grado osciló entre el 4% en Finlandia al 58% en Islandia; y el de desgarros de tercer o cuarto grado varió del 0,1% en Polonia y Rumanía y el 0,2% en Eslovenia a más del 4% en Dinamarca, los Países Bajos e Islandia. ²² (*Anexo 3*)

Por otro lado, la **disfunción sexual** es un problema de salud bastante reconocido pero existe cierta controversia en cuanto a su prevalencia entre la población, y puede deberse a la

variedad de técnicas utilizadas para su evaluación o a una descripción excesivamente amplia de disfunción sexual.²⁵

Hay escasos datos oficiales sobre la prevalencia e incidencia de este problema y los pocos estudios que abarcan este tema muestran prevalencias muy dispares entre ellos al estar realizados sobre una población concreta o una muestra pequeña.

En un estudio sobre prevalencia de disfunciones sexuales se señalan porcentajes sobre este problema obtenidos de diferentes estudios. Confirma que la frecuencia de las disfunciones sexuales según diversos autores está entre un 50-75% (Haas, 1979; Masters y Johnson, 1970); que en España hay un 35-60% de mujeres y un 40% de hombres que podrían presentar algún tipo de disfunción según Labrador (1987); y que según Sierra (1991) los problemas más frecuentes en mujeres y hombres son la falta de interés y de excitación sexual en las primeras y la eyaculación precoz y la disfunción eréctil en estos últimos.²⁶

Hay bibliografía que indica que la prevalencia de disfunción sexual en las mujeres varía del 20% al 73%.¹⁶ Según un congreso de la SEGO en 2013, el 64% de mujeres activas sexualmente que acuden a una consulta de uroginecología presenta disfunción sexual, siendo un 46% de estas disfunciones sexuales en mujeres que padecen síntomas del tracto urinario inferior e incontinencia urinaria. También se indicó que del 25 al 60% de las mujeres que demandan tratamiento para la solución del trastorno de suelo pélvico buscan la mejora de su función sexual.²⁰

En un estudio londinense con una muestra de 1065 mujeres, un 40% (intervalo entre 37% y 43%) de ellas recibieron al menos un diagnóstico de disfunción sexual. El 16,8% presentó falta o pérdida de deseo sexual, un 4,2% aversión sexual, un 3,6% problemas de excitación, un 18,9% orgasmo inhibido, un 4,6% vaginismo no orgánico y un 2,9% dispareunia no orgánica. Además la prevalencia de disfunción sexual fue mayor en mujeres que en hombres.²⁵ En otro estudio realizado sobre una muestra de población de Valencia y Castellón, el 37,2% de las mujeres informó haber padecido de bajo deseo sexual, el 21,6% de falta de lubricación, el 41,7% de anorgasmia, el 29,4% de dispareunia y el 5% de vaginismo.²⁶

En un estudio transversal sobre la función sexual femenina durante el periodo posparto²⁷ en 117 mujeres, el 73,6% presentó disfunción sexual que fue relacionada con factores fisiológicos y emocionales. Si comparamos la cifra de este último estudio realizado en el

periodo posparto con el resto de estudios antes mencionados podemos observar que los problemas de disfunción sexual se ven aumentados durante esta etapa, el puerperio.

La prevalencia de **dispareunia** es menor que otras disfunciones sexuales; en un congreso nacional de la SEGO en 2013 se señaló que la prevalencia es de un 7%, pero de un 46% según “dolor antes, durante y después del coito”. En cambio, después del parto pasa a ser el trastorno de disfunción sexual más prevalente, el 45% de las mujeres presenta dispareunia.²⁰

²¹ Además, un 15% de mujeres padece dispareunia crónica.²⁰

Según una revisión sistemática realizada por la OMS el rango de dispareunia de los 178 estudios utilizados fue de un 8-21%.²⁸

En un estudio sobre la salud sexual de la mujer después del parto realizado en un hospital londinense se entrevistó a 796 mujeres primíparas; el 62% refería mantener relaciones sexuales dolorosas a los tres meses después del parto, a los seis meses la cifra disminuyó a un 31%, de las cuales solo el 12% de ellas había padecido dispareunia en el año previo al embarazo.²⁹

A pesar de haber poca información sobre la prevalencia de dispareunia y que los datos sean dispares se puede observar el aumento de casos de dispareunia en el periodo postparto. Si anteriormente hablamos de la posibilidad de relación entre la episiotomía y la disfunción sexual, el aumento de dispareunia postparto nos hace seguir pensando que pueda ser así.

2.3. Epidemiología descriptiva

Las **indicaciones de la episiotomía** dependen fundamentalmente de la textura o conformación del periné, de las características fetales, posiciones fetales, presentación, estado fetal, presencia o no de partos precipitados o abruptos, etc. y debe realizarla personal médico cualificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada.³⁰ Generalmente, las indicaciones podemos clasificarlas en tres tipos:³¹

- Coadyuvante de la operatoria obstétrica: es recomendable, pero no requisito indispensable, realizar la episiotomía en el parto instrumental, si se van a usar fórceps, vacuum extractor o espátulas de Thierry, si hay distocia de hombros (el parto se detiene una vez que sale la

cabeza) o si el bebe viene de nalgas. Su realización tiene la ventaja de evitar el daño en el canal del parto, además de facilitar y acelerar el periodo de expulsión del feto.

- Indicaciones fetales: el objetivo es la prevención, ayudando a una expulsión rápida que evite la anoxia fetal (falta de oxígeno en el feto). Se realiza cuando hay sufrimiento fetal, produciéndose una desaceleración en el latido cardíaco del feto (signos de distrés fetal). De este modo, la episiotomía eliminará la resistencia del periné sobre la cabeza de feto evitando así lesiones traumáticas, en especial en los casos de macrosomía fetal, parto de nalgas, de pie, prematuridad (para evitar una lesión neurológica por inmadurez), presentación cefálicas reflexionadas, en occípitoposterior, cuando la cabeza y los hombros del bebé son muy grandes para la abertura vaginal de la madre...

- Indicaciones maternas: generalmente en prevención, para evitar desgarros perineales, prevenir el prolapso del útero y evitar la incontinencia urinaria de esfuerzo a corto o medio plazo; aunque actualmente existe controversia sobre estas indicaciones. Otras indicaciones maternas son el periné rígido (en especial en mujeres primíparas de mayor edad), poco elástico o muy resistente, corto (de 4 a 6 centímetros de distancia entre el ano y pubis), delgado, musculatura atrofica, vagina poco elástica, parto precipitado, amenaza de un desgarró de tercer grado (incluyendo desgarró de tercer grado en partos anteriores).

Otras factores que incrementan la incidencia de la episiotomía son la primiparidad, la anestesia epidural y la posición en decúbito supino materna.¹

Dentro de las **complicaciones y riesgos** que ocasiona la realización de una episiotomía podemos diferenciar entre complicaciones inmediatas y tardías. Las complicaciones inmediatas más frecuentes son la hemorragia, el hematoma, el edema, el corte puede desgarrarse y aumentar de tamaño pudiendo llegar hasta el músculo alrededor del recto o incluso hasta el mismo recto, el corte y los puntos de sutura pueden infectarse e incluso puede haber dehiscencia (apertura espontánea de la zona suturada).³⁰

Las complicaciones tardías o consecuencias a largo plazo generalmente se ven relacionadas con los desgarró perineales graves y pueden ser devastadores para la mujer, afectando a su salud general, autoestima y relación con su pareja o bebé. Destacamos las siguientes:^{1 30} incontinencia fecal y urinaria, dolor perineal, dispareunia, fístula recto-vaginal, procesos adherenciales vaginales o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor...

La **etiología de los trastornos de disfunción sexual** femenina puede dividirse en causas biológicas, como enfermedades crónicas y sus tratamientos hormonales (hipoandrogenismo, hipotiroidismo, depresión), embarazo, parto, etc., farmacológicas (ISRS, hipotensores, quimioterapia, benzodiazepinas, alcohol, drogas, opiáceos...), psicológicas (problemas inter o intrapersonales) o socioculturales (condiciones laborales, pobreza, normas sexuales...) ¹⁷

Las **consecuencias de estas disfunciones sexuales** pueden ocasionar grandes problemas en la vida de la mujer. El problema principal es el no poder tener una vida sexual satisfactoria, siendo frustrante para la mujer y afectando desafortunadamente también a su pareja. La inhabilidad o dificultad para poder tener relaciones sexuales con la pareja se puede convertir en un gran problema que afecte a su autoestima y dignidad, pudiendo determinar episodios de ansiedad o depresión. El sentimiento de fracaso o frustración ocupa gran parte de su energía mental pudiendo ocasionar estrés en la persona que lo padece. Además, las relaciones interpersonales también sufren un deterioro significativo, especialmente con personas con las que se sienten atraídas, y tienden a reprimir sus sentimientos y a expresar lo que están padeciendo mostrándose emocionalmente distantes y evitando el contacto físico con su pareja. Esto puede ocasionar problemas de pareja que pueden trasladarse también a los hijos y familia, disminuyendo la calidad de vida de forma evidente.

Para valorar estas disfunciones sexuales se pueden utilizar cuestionarios oficiales validados como el Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index (FSFI)) y la Escala de Distrés Sexual que pueden ser muy útiles. ¹⁸

El **Índice de Función Sexual Femenina** es un breve cuestionario de medida de la función sexual en mujeres que fue desarrollado con el propósito específico de la evaluación de los dominios de la función sexual (excitación sexual, orgasmo, satisfacción, dolor...) en los ensayos clínicos. El cuestionario se validó en dos grupos de mujeres de la misma edad, con trastorno de la excitación sexual y sin él, ambos determinados por la historia clínica; el índice fue sensible y fiable diferenciando los dos grupos en todos los dominios de la función sexual. No mide el conocimiento, la experiencia sexual, las actitudes o el funcionamiento interpersonal en las mujeres y no fue diseñado para utilizarlo como un instrumento de diagnóstico, por lo que no debe utilizarse como un sustituto de la historia sexual completa en la evaluación clínica. ³²

El cuestionario abarca 6 dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) con 19 preguntas y 5 opciones de respuesta cada una. El resultado de cada dominio es la suma de la puntuación de las preguntas (ítems) de ese dominio multiplicada por el “factor” del dominio; un dominio de puntuación 0 indica que el sujeto no ha tenido actividad sexual durante el último mes. El resultado total de la escala es la suma de los seis dominios. A continuación podemos observar los ítems, el factor y la puntuación mínima y máxima de cada dominio.³²

Dominio	Preguntas (ítems)	Rango	Factor	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Deseo	1, 2	1-5	0.6	1.2	10
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0.3	0	20
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0.3	0	20
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0.4	0	15
Satisfacción	14, 15, 16	0/1-5*	0.4	0.8	15
Dolor	17, 18, 19	0-5	0.4	0	15
Rango total de la escala				2	36

*El rango para el ítem 14 es 0-5; para los ítems 15 y 16 es 1-5.

2.4. Justificación

El embarazo, parto y puerperio constituyen una etapa fisiológica muy importante de la vida sexual y reproductiva de la mujer.

La mayoría de los partos se producen vía vaginal, en los que las madres son susceptibles de sufrir desgarros perineales o episiotomía, tanto en partos distócicos como eutócicos. Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)³³, en el año 2013 ocurrieron 417.999 partos en España, de los cuales 307.893 fueron por vía vaginal, un 73,66%.

El porcentaje de episiotomías varía mucho entre países, regiones y hospitales, pero generalmente sigue siendo elevado si los comparamos a la recomendación de la OMS de no superar el 30%; en nuestro país fue del 43% en 2010. Además la episiotomía se considera una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes.

Anteriormente hemos reflexionado sobre la posibilidad de que la episiotomía ocasione disfunción sexual, debido a que consiste en la sección de la musculatura perineal, pudiendo producir daño y disfunción del suelo pélvico y por lo tanto disfunciones de los órganos que sostiene, entre ellos el aparato reproductor.

Además existen estudios que corroboran el aumento de disfunciones sexuales en el periodo postparto, especialmente el trastorno de dispareunia. Estas disfunciones sexuales pueden repercutir gravemente en la salud de la mujer, por no tener una vida sexual satisfactoria, produciendo frustración, fracaso, estrés o episodios de ansiedad y depresión y ocasionando problemas de pareja que pueden trasladarse a los hijos y familia, disminuyendo la calidad de vida de forma evidente.

El mantenimiento de la salud sexual y reproductiva es vital para alcanzar la salud y el bienestar físico y mental; la sexualidad forma parte de las necesidades básicas del ser humano y debe satisfacerse.

Con esta revisión se pretende ver los problemas reales que ocasiona la episiotomía en la vida sexual de la mujer tras el parto y su dimensión, para que las matronas y profesionales sanitarios de este ámbito se planteen prácticas basadas en la evidencia científica. Así, se podrá disminuir la incidencia de este problema y aumentar la calidad de vida de las mujeres.

2.5. Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar la repercusión de la episiotomía sobre las relaciones sexuales postparto y la aparición de disfunciones sexuales.

Objetivos específicos:

- Valorar la repercusión de la episiotomía como responsable de la aparición de disfunciones sexuales: deseo, excitación, satisfacción, orgasmo y lubricación.
- Demostrar como el uso de la episiotomía determina la aparición de dispareunia postparto.
- Valorar el efecto de la episiotomía en la reanudación de las relaciones sexuales después del parto.

3. METODOLOGÍA

Para poder alcanzar los objetivos propuestos se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos con términos clave sobre este tema.

Las bases de datos utilizadas para realizar la revisión han sido: Cuiden Plus, PubMed, IME, Cochrane Plus, CINAHL, ENFISPO, LILACS y Google Académico; en las que se utilizaron términos de búsqueda en español, inglés o ambos (Cuiden Plus: español e inglés, PubMed: inglés, IME: español, Cochrane Plus: español e inglés, CINAHL: inglés, ENFISPO: español, LILACS: español e inglés y Google Académico: español).

Los principales términos utilizados han sido: episiotomía, sexualidad y dispareunia en español y episiotomy, sexuality, sexual behavior, dyspareunia y coitus en inglés.

No se ha utilizado ninguno de los filtros o límites disponibles en las diferentes bases de datos para la búsqueda de artículos, excepto en Google Académico. La razón de ello es la escasez de artículos sobre este tema. Si se utiliza filtro para artículos a texto completo los resultados son de pocos artículos y sin validez para la revisión, si se utiliza un límite de año de publicación podemos perder artículos anteriores a esa fecha. A pesar de ello, un criterio de inclusión ha sido la publicación en los últimos 25 años.

El número de resultados según la cadena de búsqueda utilizada en cada base de datos se muestra en tabla que aparece debajo (*Tabla 1*).

La abreviatura *TC* en Cuiden señala texto completo, y *FT* (Full Text) y *FFT* (Free Full Text) en PubMed, señalan texto completo y texto completo gratuito respectivamente. En Google Académico, *desde '90* hace referencia a los artículos publicados desde 1990 hacia adelante.

Finalmente de todos los artículos revisados se han escogido 17 para la revisión bibliográfica. Trece de los artículos utilizados en la revisión son de PubMed, uno de Cuiden plus, uno de ENFISPO, uno de CINAHL y uno de Google Académico.

BASE DE DATOS CONSULTADA	Cuiden Plus	PubMed	IME	Cochrane Plus	CINAHL	ENFISPO	LILACS	Google Académico
PALABRAS CLAVE	RESULTADOS							
Episiotomía	152; TC: 76	---	29	2	---	23	177	4620
Episiotomía AND Sex\$/*	19; TC: 14	---	0	0	---	0	10	---
Episiotomía AND Sexualidad	7; TC:5	---	0	0	---	0	1	---
Episiotomía AND Dispareunia	9; TC:6	---	0	0	---	0	5	---
("Sexual behavior" OR coitus OR sexuality OR dyspareunia) AND episiotomy	6; TC:5	141 FT: 100 FFT: 19	---	19	49	---	5	---
Complication AND episiotomy AND dyspareunia	1; TC:1	3 FT: 3 FFT: 1	---	0	1	---	0	---
Episiotomy AND sexual behavior	0	25 FT: 12 FFT: 1	---	0	0	---	0	---
Episiotomy AND dyspareunia	5; TC:4	114 FT: 83 FFT: 19	---	18	32	---	4	---
Episiotomy AND sexuality	1; TC:1	53 FT: 29 FFT: 3	---	1	16	---	1	---
Episiotomía AND sexualidad AND ("inconvenientes" OR "desventajas" OR "repercusión")	3; TC:2	---	0	0	---	0	0	359 Desde '90: 339
Episiotomía causa dispareunia	---	---	0	0	---	0	0	377 Desde '90: 355
ARTÍCULOS REVISADOS	9	50	0	3	26	5	10	42

Tabla 1. Cadenas de búsqueda y resultados.

PubMed ha sido la base de datos en la que hemos encontrado la mayor parte de los artículos válidos para la revisión. Además de ser una base de datos internacional con una gran cantidad de artículos, es de las primeras que hemos consultado, por lo que todos los artículos ya revisados en esta página han sido descartados en las siguientes bases de datos consultadas.

El idioma predominante de los artículos escogidos ha sido el inglés, presente en 13 artículos (11 de PubMed, 1 de CINAHL y 1 de Google Académico); también se han utilizado 3 artículos en español (1 de PubMed, 1 de Cuiden Plus y 1 de ENFISPO) y uno en francés (de PubMed).

Al no utilizar ningún filtro en las búsquedas, muchos de los artículos no aparecían en texto completo en la base de datos. Para la localización del artículo a texto completo se utilizó como primera opción la búsqueda en las revistas electrónicas de la Biblioteca de la Universidad de Jaén, dónde de obtuvieron numerosos artículos; como segunda opción se utilizó el buscador “Google” donde se encontraron algunos de ellos; y como tercera y última opción, solo en el caso de artículos lo suficientemente buenos según su resumen, el buscador “Gerión” a través de un usuario con acceso a esta base de datos.

Para la selección de los artículos se siguieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Idioma español, inglés, francés o portugués
- Estudios realizados en los últimos 25 años
- Realizados en países extrapolables al nuestro
- Población: Mujeres con parto por vía vaginal
- Seguimiento de la función sexual postparto hasta un máximo de 18 meses postparto

Criterios de exclusión:

- Idioma diferente al español, inglés, francés o portugués
- Estudios de más de 25 años de antigüedad
- Realizados en países no extrapolables al nuestro

4. RESULTADOS

Los documentos que finalmente se escogieron para la revisión bibliográfica según los criterios de búsqueda y criterios de inclusión y exclusión se describen en las siguientes tablas:

1 Nombre del estudio: Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. (La función sexual después del parto según el modo de parto: un estudio prospectivo) ³⁴		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Samuel Lurie, Michal Aizenberg, Vicky Sulema, Mona Boaz, Micha Kovo, Abraham Golan, Oscar Sadan.	
Tipo de estudio y año: Estudio prospectivo. 2013	Muestra: 16 mujeres con parto vaginal sin episiotomía y 14 con episiotomía (+ 16 con parto instrumentado, 19 cesárea urgente, 17 cesárea electiva).	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Evaluar las relaciones sexuales longitudinalmente en el periodo postparto según el modo de parto.	Las múltiples comparaciones relevaron que las mujeres sin episiotomía reanudaron las relaciones sexuales significativamente antes que las mujeres con episiotomía (p=0,013).	Existe diferencia en la reanudación de las relaciones sexuales entre mujeres con episiotomía y sin ella y las posibles explicaciones son:
Criterios inclusión/exclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres en el postparto con buena salud, con edad entre 18 y 45 años:</p> <p>Mujeres con parto vaginal sin episiotomía: se incluyeron desgarros perineales de primer grado.</p> <p>Mujeres con parto vaginal con episiotomía: tenían episiotomía mediolateral.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Negativa a participar.</p>	<p>Ninguna de las puntuaciones de dominio del FSFI (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, o dolor) ni el FSFI total difieren entre los tipos de modo de parto a las 6, 12 y 24 semanas postparto.</p> <p>Los dominios de deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción aumentaron y el dolor disminuyó significativamente de la semana 6 a la 24 postparto.</p>	<p>Las diferencias del estado general de salud de la madre después de diferentes modos de parto, que es uno de los tres mecanismos que pueden contribuir a la disfunción sexual después del parto. Otra posible explicación es la alteración de la imagen corporal después de varias modalidades de entrega, uno de los temas importantes en la experiencia de las mujeres de la sexualidad después del parto.</p>

2 Nombre del estudio: Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. (Sexualidad después del parto con episiotomía: seguimiento a largo plazo) ³⁵		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Hanna Ejegard, Elsa Lena, Ryding, Berit Sjögren	
Tipo de estudio y año: Estudio prospectivo. 2008	Muestra: 206 primíparas con parto vaginal. 110 con episiotomía y 96 sin ella.	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
<p>Investigar la calidad de la vida sexual de las mujeres a los 12-18 meses después del primer parto con episiotomía y los posibles factores de riesgo para la dispareunia a largo plazo después del parto.</p>	<p>A los 12-18 meses postparto no hubo diferencias en la puntuación de satisfacción sexual ni en la puntuación de la función sexual entre mujeres con y sin episiotomía. Las molestias vaginales fueron significativamente más frecuentes en las mujeres con episiotomía ($p = 0,014$) (sequedad vaginal en las relaciones sexuales: $p = 0,027$; dispareunia: $p = 0,019$).</p> <p>La excitación, orgasmo y satisfacción no se vieron afectados.</p> <p>Los factores de riesgo independientes para la dispareunia a los 12-18 meses del parto fueron la dispareunia anterior, la presión del fondo uterino durante el parto, desgarros de 2º grado y episiotomías. El modelo de significación fue $p < 0,001$ (grados de libertad=4).</p>	<p>Las mujeres con episiotomía parecen tener más problemas de dolor y falta de lubricación durante las relaciones sexuales a los 12-18 meses del parto. Además se encontró que la episiotomía se asocia con la dispareunia entre otros factores.</p> <p>La episiotomía debe practicarse de forma restrictiva. En el periodo postparto, matronas y médicos deben preguntar sobre dispareunia y lubricación especialmente en mujeres asistidas con episiotomía. Se puede proponer la lubricación preventiva.</p>
Criterios inclusión/exclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres primíparas con parto vaginal en el Hospital universitario de Karolinska entre Septiembre de 1997 a marzo de 1998 y junio de 1998 a enero de 1999. Parto único, presentación cefálica, a término (>37 sg), vaginal, episiotomía mediolateral, Apgar al menos de 8 a los 10 minutos y de nombre sueco (para evitar consideraciones culturales o lingüísticas).</p> <p>Grupo de mujeres sin episiotomía: incluye periné intacto (sin laceraciones) y desgarros perineales espontáneos de 1º y 2º grado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Complicaciones obstétricas severas (diabetes mellitus y preeclampsia severa), complicaciones severas durante el parto, desgarros perineales de grado 3 y 4 y complicaciones que requirieron atención en la unidad neonatal.</p>		

3 Nombre del estudio: The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. (Los efectos de la episiotomía mediolateral en las función del suelo pélvico después del parto vaginal) ³⁶		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Andrea Sartore, Francesco De Seta, Gianpaolo Maso, Roberto Pregazzi, Eva Grimaldi, Secondo Guaschino.	
Tipo de estudio y año: Estudio descriptivo. 2004.	Muestra: 519 primíparas (A= 254 con episiotomía y B= 265 sin ella).	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Evaluar el efecto de la episiotomía mediolateral en la fuerza y disfunciones del suelo pélvico en el puerperio (incontinencia urinaria y anal, prolapso genital...)	A los 3 meses postparto no se encontraron diferencias significativas entre mujeres con episiotomía y sin ella en cuanto a incontinencia urinaria de estrés, de urgencia, incidencia de frecuencia, urgencia o disuria e incontinencia anal.	Se encontró que la episiotomía mediolateral no protege contra la incontinencia urinaria y anal y prolapso vaginal y se asocia con una fuerza muscular del suelo pélvico significativamente menor que en las laceraciones perineales espontáneas y con más dispareunia y el dolor perineal a los 3 meses postparto.
Criterios inclusión/exclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres primíparas con partos vaginales espontáneos entre mayo de 2001 y diciembre de 2002 con feto en posición occipitoanterior.</p> <p>Mujeres con episiotomía: episiotomía mediolateral.</p> <p>Mujeres sin episiotomía: incluye perineo intacto o desgarros perineales espontáneos de 1º y 2º grado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Mujeres que no parieron en posición de litotomía (<5%), cesáreas, desgarros perineales de 3º y 4º grado, prematuros, de nalgas, parto quirúrgico, incontinencia urinaria o anal que existía antes del parto vaginal y historias de cirugía vaginal o anal.</p>	<p>La dispareunia y el dolor perineal fueron significativamente mayores en las mujeres sometidas a episiotomía, aunque el dolor perineal siempre fue reportado como "leve" (17 mujeres en el grupo A, el 6,7%; y 6 en el grupo B, el 2,3%; P=0.014), mientras que la dispareunia fue "leve" en 15 mujeres (5,9%) del grupo A y en 7 mujeres en el grupo B (2,6%), y "moderado" en 5 mujeres del grupo A (1,9%) y en 2 mujeres en grupo B (0,8%); P=0.026.</p>	

4 Nombre del estudio: La sexualidad femenina al año del parto eutócico: comparativa entre partos con y sin episiotomía. ³⁷		
Base de datos: Cuiden Plus	Autor/es: Mónica Blas, Pilar López, Milagros Marcos, Nieves Uriarte, Alicia Valtierra.	
Tipo de estudio y año: Estudio descriptivo comparativo. 2011	Muestra: 136 mujeres con parto eutócico (A=46 sin episiotomía y B=52 con episiotomía).	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Analizar si existen diferencias en cuanto al dolor perineal y dificultades sexuales de las madres que han tenido a sus hijos hace un año según la existencia de episiotomía.	Al año del parto el grupo A sin episiotomía presenta mejores resultados en los 6 dominios del IFSF y en el resultado total del cuestionario.	Las mujeres con menor lesión perineal tras el parto eutócico presentan menor dolor perineal y dificultades sexuales al año del mismo.
Criterios inclusión/exclusión:	El dominio deseo obtiene las peores puntuaciones en los dos grupos pero sin diferencias significativas. Existe diferencia estadísticamente significativa en el resultado total del IFSF entre los grupos A y B (p=0,001).	La utilización de episiotomía en el parto eutócico debe ser restrictiva para conseguir el menor trauma perineal posible durante el periodo expulsivo.
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres con parto eutócico en el Área de Partos del Hospital de Basurto (Bilbao) durante el año 2007. Mayores de 18 años en el momento de nacimiento, gestación única a término (37-42 semanas), feto vivo, cualquier paridad, parto vaginal eutócico, que acepten participar en el presente estudio.</p> <p>Mujeres con episiotomía: mediolateral y/o desgarro de 2º grado</p> <p>Mujeres sin episiotomía: periné íntegro o desgarro de 1º grado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Edad materna por debajo de 18 años en el momento del nacimiento, gestación múltiple o pretérmino, feto no vivo, no hablar castellano, parto vaginal instrumental o cesárea, presencia de desgarros vaginales de 3º y 4º grado, quien rechace participar en el estudio.</p>	No se evidencian diferencias entre los dos grupos en cuanto al dolor en las relaciones sexuales, pero el grupo A presenta mejor resultado, 5.46 puntos frente a 5,06 puntos que presenta el grupo B. En el resto de dominios (excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción) existen diferencias estadísticamente significativas.	

5 Nombre del estudio: Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. ¹⁰		
Base de datos: ENFISPO	Autor/es: J. Romero Martínez, M. de Padro Amián	
Tipo de estudio y año: Revisión bibliográfica. 2002	Muestra: 8 estudios sobre dispareunia	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Conocer las ventajas e inconvenientes del uso de la episiotomía.	<p>- Demora en el inicio de las relaciones sexuales en las episiotomías grandes (>4cm) (1 estudio) y en las mujeres con episiotomía frente a las que no tenían (varios estudios)</p> <p>- No hay diferencias en el inicio de relaciones sexuales entre mujeres con episiotomía y con desgarros (1 estudio)</p> <p>- Duración de la dispareunia relacionada con el mayor tamaño de la episiotomía (1 estudio)</p> <p>- Mayor dispareunia en mujeres con episiotomía que con desgarros espontáneos (2 estudios)</p> <p>- Mayor dispareunia y molestias en las relaciones coitales cuando existe episiotomía mediolateral que en episiotomía medial (2 estudios)</p>	<p>La dispareunia se da con mayor frecuencia en mujeres que recibieron fórceps, episiotomía mediolateral y en los desgarros de III y IV grados, que en las mujeres que presentan perineo intacto. La vuelta a la actividad sexual se demora más en estas situaciones.</p> <p>No está justificado el uso rutinario de la episiotomía, ya que no se demuestra el factor protector que se le atribuye frente a los desgarros de III y IV grados y, sin embargo, tiene una influencia negativa en los demás factores. También se pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios de investigación en nuestro medio para conocer la realidad cotidiana y poder establecer comparaciones con la existente en otros países.</p>
<p>Criterios inclusión/exclusión:</p> <p>o <u>Criterios de inclusión:</u></p> <p>Palabras clave: episiotomía, desgarros, suelo pélvico.</p> <p>Bases de datos: Medline, IME, Cuiden, BDIE</p> <p>Idioma: inglés y español</p> <p>Fecha: 1982-2002 (la mayoría de los artículos de 1990 a 2001)</p>		

6 Nombre del estudio: Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. (Comparación de los efectos de la episiotomía y no episiotomía en el dolor, incontinencia urinaria y función sexual a los 3 meses postparto: un estudio prospectivo de seguimiento) ³⁸		
Base de datos: CINAHL	Autor/es: Shiow-Ru Chang, Kuang-Ho Chen, Ho-Hsiung Lin, Yu-Mei Y. Chao, Yeur-Hur Lai.	
Tipo de estudio y año: Estudio prospectivo. 2010	Muestra: 243 mujeres	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Examinar los efectos de la episiotomía en el dolor, incontinencia urinaria y función sexual hasta los 3 meses postparto.	Las puntuaciones de la función sexual para las mujeres en el grupo sin episiotomía aumentaron rápidamente durante las primeras 6 semanas después del parto, después aumentaron de manera más gradual hasta los 3 meses. Sin embargo, los resultados para el grupo de episiotomía aumentaron gradualmente durante las primeras 6 semanas y después aumentaron rápidamente. Ambos grupos tuvieron puntuaciones similares en la semana 2 y a los 3 meses.	No se encontraron diferencias significativas entre mujeres con episiotomía y sin ella para la función sexual.
<p>Criterios inclusión/exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres con parto vaginal en el centro médico de Taipei, Taiwan entre 2008 y 2009. Con al menos 20 años de edad, que puedan leer chino tradicional, con disposición a responder el cuestionario, embarazo único, edad gestacional \geq a 35 semanas, peso del RN al nacer entre 2300-4500.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Bebés que estuvieran en la UCI neonatal, o madre con problemas como hemorragia postparto, infección, signos vitales inestables, complicaciones postparto serias, o mujeres no taiwanesas.</p>		

7 Nombre del estudio: Postpartum Sexual Dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery. (Disfunción sexual postparto: revisión de la literatura de los factores de riesgo y el rol del modo de parto) ³⁹		
Base de datos: Google Académico	Autor/es: Ahmad Sayasneh, Ivilina Pandeva	
Tipo de estudio y año: Revisión bibliográfica. 2010	Muestra: 27 estudios y 1 revisión sistemática (de 472 artículos)	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Tratar de categorizar las diferentes formas de disfunción sexual después del parto y evaluar los factores de riesgo implicados, con especial atención en el papel del tipo de parto (vaginal o cesárea) para aliviar o agravar el problema.	<ul style="list-style-type: none"> - La episiotomía (medial o mediolateral) parece ser causa de dispareunia en comparación a los desgarros perineales espontáneos (1 revisión) - No hay diferencias significativas en la incidencia de dispareunia a partir de los 3 meses después del parto (1 revisión) - Las complicaciones de la episiotomía pueden causar dispareunia postparto a largo plazo (1 estudio) - La episiotomía afecta a la calidad de la vida sexual de la mujeres a largo plazo (12-18 meses postparto) (1 estudio) - Hay acuerdo sobre los problemas sexuales después de la cesárea y el parto vaginal a corto plazo (hasta 3 meses postparto) pero controversia a largo plazo (más de 12 meses). 	Hay buena evidencia para sugerir que la episiotomía es un factor de riesgo importante para la disfunción sexual femenina postparto a corto plazo. Sin embargo hay poca evidencia sobre los posibles efectos a largo plazo.
<p>Criterios inclusión/exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Para los factores de riesgo de la disfunción sexual femenina postparto solo estudios con partos vaginales. Para los tipos de parto solo estudios que comparan la cesárea y el parto vaginal en la evaluación de la DSFP.</p> <p>Bases de datos: National Health Library incluyendo AMED, BNI, CINAHL, EMBASE, HEALTH BUSSINES ELITE, HMIC, MEDLINE y PsycINFO, y Cocharne library database.</p> <p>Palabras clave: disfunción sexual postparto, dispareunia postparto, dispareunia después del parto, disfunción sexual después del parto, problemas sexuales después del parto, sexualidad, puerperio, cesárea, parto vaginal, tipos de parto, dispareunia. Fecha: 1984-2010</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Para los factores de riesgo de la disfunción sexual femenina postparto fueron excluidos los estudios sobre dolor perineal postparto si no hablaban sobre los efectos del dolor en la actividad sexual.</p>		

8 Nombre del estudio: Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. (Complicaciones inmediatas y a largo plazo de la episiotomía) ⁴⁰		
Base de datos: PubMed	Autor/es: B. Langer, A. Minetti	
Tipo de estudio y año: Revisión sistemática. 2006	Muestra: 472 artículos	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Describir las complicaciones de la episiotomía	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor dispareunia a los 3 meses postparto en mujeres con episiotomía frente a desgarros. (2 estudios) - No hay diferencias de dispareunia a los 3 meses entre mujeres con episiotomía y sin ella (2 articulo), ni de satisfacción sexual (1 articulo). - Tiempo para volver a la sexualidad normal sin diferencias entre mujeres con episiotomía y sin ella (2 estudios) - A los 6-7 meses no hay diferencias de dispareunia y de la función sexual entre episiotomía y desgarros espontáneos (2 estudios), las mujeres con periné intacto tienen mejor función sexual (1 articulo) - A los 3 años tampoco hay diferencias de dispareunia. 	<p>La episiotomía parece generar dispareunia durante las primeras semanas después del parto, pero no a largo plazo.</p> <p>Parece no afectar al tiempo de reanudación de las relaciones sexuales.</p>
<p>Criterios inclusión/exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Bases de datos: Medline</p> <p>Palabras clave: episiotomía, dispareunia, incontinencia fecal, incontinencia urinaria, morbilidad materna, problemas suelo pélvico, función sexual.</p> <p>Idioma: inglés y francés</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Artículos que tienen idioma diferente al inglés o francés, que se refieren a la incontinencia o prolapso, que analizan el tratamiento en el período posparto o no eran hechos en clínicas, los de opiniones, comentarios o revisiones de la literatura.</p>		

9 Nombre del estudio: Morbidity from episiotomy. (Morbilidad de la episiotomía) ⁴¹		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Aliya Islam, Ayesha Hanif, Ambreen Ehsan, Saadia Arif, Shaharyar Khan Niazi, Asfandyar Khan Niazi	
Tipo de estudio y año: Estudio de control prospectivo aleatorizado. 2013	Muestra: 200 mujeres (1=100 con episiotomía y 2=100 sin ella)	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Evaluar la morbilidad de la episiotomía.	Después del puerperio el 69% del grupo de mujeres con episiotomía mediolateral presentó dispareunia frente al 12% en el grupo de mujeres sin episiotomía.	La morbilidad en forma de dolor y dispareunia fue significativamente mayor en el grupo de mujeres con episiotomía.
Criterios inclusión/exclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres primíparas, con embarazo único a término, con presentación normal cefálica y con trabajo de parto espontáneo.</p> <p>Mujeres con episiotomía: episiotomía mediolateral. 37% con extensión de episiotomía</p> <p>Mujeres sin episiotomía: 62% sin desgarros, 23% desgarro vaginal de 2º grado suturado, 6% con desgarros periuretrales menores suturados, 9% con desgarros vaginales de 1º grado que quedaron tal cual.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Presentaciones anormales, embarazos multifetales, fetos con malformaciones, trabajo de parto prematuro, casos de sufrimiento fetal, posiciones occipito-posterior en parto, requerimiento de fórceps, peso al nacer neonatal de más de 4.5kgs y mujeres con diabetes o diabetes gestacional. En ninguno de los grupos había pacientes con desgarros de 3º o 4º grado.</p>	<p>No se observaron ventajas en el grupo de mujeres que recibieron una episiotomía en comparación con las mujeres que dieron a luz sin este procedimiento.</p>	<p>No hay ventajas significativas de la episiotomía. De hecho, conduce a la morbilidad, que se puede evitar en los partos libres de episiotomía.</p>

10 Nombre del estudio: Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. (Relación de la episiotomía al trauma perineal con la morbilidad, disfunción sexual y debilidad del suelo pélvico) ⁴²		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Michael C. Klein, Robert J. Gauthier, James M. Robbins, Janusz Kaczorowski, Sally H. Jorgensen, Eliane D. Franco, Barbara Johnson, Kathy Waghorn, Morrie M. Gelfand, Melvin S. Guralnick, Gary W. Luskey, Arvind K. Joshi.	
Tipo de estudio y año: Estudio de cohortes. 1994	Muestra: 356 primíparas y 341 multíparas	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
<p>Comparar las consecuencias de recibir o no una episiotomía medial al comienzo y a los 3 meses después del parto en cuanto a dolor perineal, función de suelo pélvico y función urinaria por electromiografía, y la función sexual.</p> <p>Analizar la relación entre la episiotomía y desgarros de tercer y de cuarto grado.</p>	<p>Significativamente más mujeres con periné intacto reanudaron las relaciones sexuales a las 6 semanas postparto.</p> <p>Mujeres con periné intacto o aquellas que no recibieron episiotomía tuvieron el dolor más bajo en la primera relación sexual postparto. Describían el dolor más a menudo como “leve” y menos como “horrible, insoportable”.</p> <p>Mujeres con desgarros espontáneos tenían menos dolor en la primera relación postparto que aquellas que recibieron episiotomía, mientras que aquellas con extensión de episiotomía de 3° o 4° grado tuvieron el mayor dolor en la reanudación.</p> <p>A los 3 meses posparto, las mujeres con periné intacto o desgarros estaban más satisfechas sexualmente que aquellas con episiotomía.</p> <p>La función sexual fue mejor en las mujeres con periné intacto o desgarros perineales.</p>	<p>Las mujeres con perineos intactos o con desgarros perineales espontáneos comenzaron las relaciones sexuales antes, tenían menos dolor en la reanudación de las relaciones sexuales y estaban más satisfechas sexualmente que aquellas que recibieron episiotomía a los 3 meses postparto.</p> <p>Evitar la episiotomía rutinaria confiere beneficios en la prevención del trauma perineal y la mejora de la función sexual.</p> <p>Se debe abandonar la realización rutinaria de episiotomía.</p>
Criterios inclusión/exclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres primíparas o multíparas, con paridad de 0, 1 o 2, entre 18-48 años, con un solo feto, que hablaran inglés o francés, que fueran consideradas sin riesgo aparente por su médico y que dieron a luz con periné intacto, desgarros espontáneos, con solo episiotomía (medial) o con episiotomía extendida a desgarro de 3° o 4° grado.</p>		

11 Nombre del estudio: Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. (Ventajas y desventajas de la episiotomía comparada con los desgarros perineales espontáneos) ⁴³		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Per-Göran Larsson, Jens.Jörgen Platz-Christensen, Boinge Bergman, Gerald Wallstersson	
Tipo de estudio y año: Estudio prospectivo. 1991	Muestra: 1889 mujeres (741 primíparas y 1148 multíparas) (410 con episiotomía, 627 con desgarros espontáneos y 852 con periné intacto).	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Explicar las indicaciones de la episiotomía y cómo los diferentes métodos de anestesia afecta a la frecuencia de episiotomía. Explicar los problemas perineales después de la episiotomía en comparación con aquellos después de los desgarros espontáneos.	A las 8-12 semanas postparto el 16% de las mujeres con episiotomía tuvieron dispareunia frente a solo el 11% de las mujeres con desgarros espontáneos con diferencia significativa ($p < 0.05$).	La dispareunia es mayor en mujeres con episiotomía que en mujeres con desgarros. El confort del paciente aumenta y la curación perineal avanza mejor si se evita la episiotomía.
Criterios inclusión/exclusión:		Debe evitarse la realización de episiotomía de forma rutinaria.
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> Mujeres primíparas o multíparas. Mujeres con episiotomía: episiotomía mediolateral.		

12 Nombre del estudio: Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. ⁴⁴		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Elvia Solana-Arellano, Ascencio Villegas-Arrizón, José Legorreta-Soberanis, Marylou Cárdenas-Turanzas, José Enzaldo de la Cruz, Neil Andersson	
Tipo de estudio y año: Estudio de casos y controles. 2008	Muestra: 304 mujeres	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Identificar los factores asociados con la dispareunia entre 60 y 180 días (2-6 meses) después del parto en mujeres con antecedentes de uno o dos partos.	Con relación a los antecedentes obstétricos, únicamente se encontró evidencia de asociación de la dispareunia con la infección de la episiotomía, la dehiscencia de la episiotomía y la infección con o sin dehiscencia ($P < 0,05$).	La dispareunia estuvo relacionada con las complicaciones de la episiotomía y sus posibles secuelas, como la infección, la dehiscencia de la episiotomía y la estrechez del introito vaginal entre los 2-6 meses postparto.
Criterios inclusión/exclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres con parto por vía vaginal y que han reiniciado sus relaciones sexuales (con antecedentes de uno o dos partos vía vaginal), edad entre 16-35 años.</p> <p>Casos: mujeres que sufrieron dolor, ardor o sangrado al tener relaciones sexuales con penetración vaginal después del parto y no padecían diabetes. Controles: pareado por edad y número, mujeres que no refirieron síntomas de dispareunia actual o pasada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Mujeres que antes del último parto presentaron dispareunia o que la presentaron después del parto, pero que había desaparecido antes de la aplicación de la encuesta; atendidas con fórceps durante el parto o que padecían diabetes.</p>	<p>De las 152 mujeres con dispareunia, el 82,9% (126) manifestó que tenían una idea acerca de la causa de su padecimiento: 53,9% lo atribuyó a la episiotomía que le realizaron durante el parto, 20,6% al DIU, 8,7% al trabajo de parto, 8,7% a la resequeidad vaginal y 6,3% al flujo vaginal abundante.</p>	<p>Se debe realizar una mejor vigilancia de la episiotomía durante el puerperio y seleccionar más apropiadamente las mujeres a quienes se les realiza la episiotomía.</p> <p>Debido a la frecuencia de las complicaciones de la episiotomía, las mujeres deben recibir instrucciones sobre los cuidados de la herida y sobre el reconocimiento de las señales de alarma de infección y dehiscencia, como parte de la educación que reciben durante el control prenatal.</p>

13 Nombre del estudio: Recovery after childbirth: a preliminary prospective study. (La recuperación después del parto: estudio prospectivo preliminar) ⁴⁵		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Suzanne Abraham, Andrew Child, James Ferry, Jeannette Vizzard, Michael Mira	
Tipo de estudio y año: Estudio prospectivo preliminar. 1990	Muestra: 93 mujeres primíparas (58 con episiotomía y 35 sin ella)	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Estudiar el tiempo en el que las mujeres dejan de sentir molestias en la zona perineal tras el nacimiento de su primer hijo.	El tiempo medio para la normalización de las relaciones sexuales fue de 3 meses (rango de 1 a más de 12 meses).	Parece no haber diferencias significativas en el tiempo de normalización de las relaciones sexuales entre mujeres con episiotomía y sin ella.
Criterios inclusión/exclusión:	No hubo diferencias significativas en este tiempo entre las mujeres que requirieron episiotomías y las que no.	
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres primíparas que dieron a luz a su primer hijo en el hospital King George V desde finales de 1987 a 1988, voluntarias a participar en el estudio, con edad entre 17-39 años, con relación estable, que hubieran recibido alguna educación en inglés, sin experimentar complicaciones significativas medicas u obstétricas (incluyendo problemas de retraso en cicatrización del tejido) y con parto vaginal. Madres y bebés con buena salud y sin requerimiento de cuidados intensivos.</p> <p>Mujeres con episiotomía: medial o mediolateral. Mujeres sin episiotomía: con periné intacto o desgarros perineales</p>	No hubo diferencias significativas en el número de mujeres con molestias en las relaciones sexuales durante más tiempo de la media.	

14 Nombre del estudio: Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. (Efectos del embarazo y parto en la función sexual postparto: un estudio longitudinal prospectivo) ⁴⁶		
Base de datos: PubMed	Autor/es: AnnaMarie Connolly, John Thorp, Laurie Pabel	
Tipo de estudio y año: Estudio longitudinal prospectivo. 2005	Muestra: 150 nulíparas (47 que contestaron todos los cuestionarios)	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Evaluar los efectos del embarazo y parto en la función sexual postparto.	La episiotomía no se asoció con la reanudación de las relaciones sexuales, tampoco el modo de parto ni la lactancia.	La episiotomía no se asoció con la reanudación de las relaciones sexuales. Tampoco con la dispareunia, ni la anorgasmia a las 2, 6, 12 y 24 semanas postparto.
Criterios inclusión/exclusión:	El dolor persistente con las relaciones sexuales se asoció con la lactancia materna a las 12 semanas pero no con el modo de parto ni con la episiotomía.	
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres nulíparas, que recibieron cuidados prenatales en la residencia del departamento médico de obstetricia y ginecología y la facultad de práctica clínica de la Universidad del norte de California, que hablaban inglés con 18 años o más y con gestación de 30-40 semanas.</p> <p>Mujeres con episiotomía: episiotomía medial.</p>	<p>No hubo diferencias significativas en la reanudación de las relaciones sexuales ni de dispareunia entre las 47 mujeres que completaron todos los cuestionarios.</p> <p>El modo de parto, la episiotomía y la lactancia no se asociaron con la persistencia de anorgasmia. Entre las 47 mujeres que completaron todos los cuestionarios tampoco hubo diferencias significativas.</p>	

15 Nombre del estudio: The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. (Los efectos del modo de parto en la función sexual postparto en mujeres primíparas) ⁴⁷		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Basak Baksu, Inci Davas, Eser Agar, Atif Akyol, Ahmet Varolan	
Tipo de estudio y año: Estudio prospectivo. 2007	Muestra: 248 primíparas (156 con parto espontáneo con episiotomía y 92 con cesárea electiva)	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Evaluar el efecto del modo de parto en la función sexual postparto en mujeres primíparas	Se comparó la puntuación del test FSFI que valora la función sexual con diferentes dominios en el momento antes de la concepción y a los 6 meses postparto en las mujeres con episiotomía y se observó una disminución significativa de la puntuación de todos los dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). No se observaron diferencias significativas en el grupo con cesárea.	Las mujeres primíparas por vía vaginal con episiotomía experimentaron una disminución de los niveles de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y un aumento en el nivel de dolor a los 6 meses después del parto en comparación con el grupo de cesárea electiva.
Criterios inclusión/exclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> <p>Mujeres primíparas.</p> <p>Mujeres con episiotomía: episiotomía mediolateral</p> <p>Mujeres con cesárea electiva: por motivos de posición transversa, peso fetal >4500g, edad materna avanzada (> 35 años), presentación de nalgas, embarazos > 42 semanas, oligohidramnios, embarazos debidos a tecnología de reproducción asistida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de exclusión:</u> <p>Mujeres con parto vaginal asistido o cesárea después de comenzar el trabajo de parto, nacimientos prematuros (<37 semanas de gestación), embarazos múltiples, peso al nacer > 4000 g, recién nacidos con malformaciones, mujeres con alguna enfermedad sistémica (preeclampsia, diabetes mellitus...).</p>	<p>A pesar de que no hubo diferencias entre los dos grupos con respecto a las puntuaciones antes de la concepción, sí se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones después del parto entre los dos grupos.</p> <p>Los análisis de regresión logística de las puntuaciones a los 6 meses postparto en el grupo con episiotomía mediolateral fueron: dolor (OR, 1.85; IC del 95%, 0.56-4.45), satisfacción (OR, 1,24; IC del 95%, 0,44-3,21), lubricación (OR, 0,82; IC 95%, 0,26-2,32), orgasmo (OR, 0,76; IC del 95%, 0,18-2,34), deseo (OR, 0,72; IC del 95%, 0,12-2,08), y excitación (OR, 0,64 ; IC del 95%, 0,10-1,96).</p>	<p>Las diferencias de puntuación entre la preconcepción y 6 meses postparto en las mujeres con episiotomía fueron mayores en el dolor y la satisfacción.</p> <p>Teniendo en cuenta los efectos en la función sexual postparto, se debe adoptar una política de uso restrictivo de la episiotomía mediolateral.</p> <p>El asesoramiento sexual para el postparto debe ser una parte del seguimiento prenatal para reducir la morbilidad y elevar la calidad de vida de las mujeres después del parto.</p>

16 Nombre del estudio: Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?. (¿El método de parto ocasiona diferencias en el tiempo de reanudación de las relaciones sexuales después del parto?)⁴⁸

Base de datos: PubMed	Autor/es: EA McDonald, SJ Brown	
Tipo de estudio y año: Estudio de cohortes prospectivo. 2013	Muestra: 1507 nulíparas	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Investigar el tiempo de reanudación de las relaciones sexuales vaginales y evaluar las asociaciones con el método de nacimiento, el trauma perineal y otros factores obstétricos y sociales.	Las mujeres que tuvieron un parto asistido con fórceps, una episiotomía o un desgarro suturado tenían más probabilidades de no haber reanudado sexo vaginal comparado con las mujeres que tuvieron un parto vaginal espontáneo con perineo intacto. A los 3 meses después del parto, las mujeres tenían más probabilidades de no reanudar relaciones sexuales vaginales si eran mayores >35 años; solteras, separadas o divorciadas; habían tenido una episiotomía, o habían experimentado cansancio extremo desde el nacimiento. El patrón de asociación entre el grado de trauma perineal y la no-reanudación de relaciones sexuales vaginales a las 6 semanas y 3 meses después del parto es similar en todos los métodos de parto vaginal asistidos y no asistidos. Las mujeres que tuvieron un parto vaginal espontáneo o parto asistido por fórceps o extracción de vacío y sufrieron un desgarro o episiotomía suturada tenían más probabilidades de no reanudar las relaciones sexuales vaginales a las 6 semanas después del parto en comparación con las mujeres que experimentaron un parto vaginal espontáneo con un perineo intacto.	La mayoría de las mujeres después de su primer parto no reanudan el sexo vaginal hasta las 6 semanas después del parto. Las mujeres que tienen un parto vaginal operatorio, cesárea y/o desgarro perineal o episiotomía son más propensas a retrasar la reanudación de las relaciones sexuales vaginales durante más tiempo. El estudio proporciona nueva evidencia importante para orientar la información dada a las mujeres y sus parejas sobre qué esperar después del parto.
Criterios inclusión/exclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> Mujeres nulíparas (es decir, sin partos previos o embarazos que terminan en abortos), de 18 años o mayores, lengua inglesa suficientemente fluida para completar los cuestionarios y las entrevistas telefónicas, gestación < o = a 24 semanas (de acuerdo con las ecografías o fechas de la última regla. ○ <u>Criterios de exclusión:</u> Aborto involuntario después de la inscripción, insuficiente fluidez del inglés, multiparidad, interrupción del embarazo por anomalía fetal. 		

17 Nombre del estudio: Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. (Efectos del trauma perineal en la función sexual postparto) ⁴⁹		
Base de datos: PubMed	Autor/es: Gulay Rathfisch, Birsen Kucuk Dikencik, Nezihe Kizilkaya Beji, Nadir Comert, Ali Ismet Tekirdag, Ates Kadioglu	
Tipo de estudio y año: Estudio descriptivo prospectivo. 2010	Muestra: 165 mujeres (18 con periné intacto, 111 con episiotomía y 36 con episiotomía + desgarros de 2° grado)	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
Identificar el grado de disfunción sexual después del parto asociado con el trauma perineal.	El tiempo en tener la primera relación sexual después del parto fue de 28,5 (DE = 2,1) días en las mujeres con perineo intacto, 32,3 días (DE = 3,2) en aquellas con episiotomía, y 30,6 (SD = 1,5) días en las que tienen de episiotomía y desgarros perineales de 2° grado. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el momento de la primera relación sexual después del parto.	A los 3 meses postparto, las mujeres con episiotomía o desgarros perineales de 2° grado en comparación con las que tenían perineo intacto tenían niveles más bajos de libido, orgasmo y satisfacción sexual y más dolor durante el coito.
Criterios inclusión/exclusión:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Criterios de inclusión:</u> Mujeres primíparas y multíparas, con embarazos de bajo riesgo que esperan un parto vaginal de más de 38 semanas de gestación, con un solo feto en posición cefálica.	A los 3 meses postparto, la dispareunia se informó con mayor frecuencia en mujeres con episiotomía (con o sin laceraciones adicionales) en comparación con el grupo de perineo intacto. Las mujeres con desgarros de 2° grado combinados con episiotomía o simplemente episiotomía reportaron menos satisfacción con su vida sexual en comparación con las que tienen un perineo intacto. <p>Ninguna de las mujeres con el perineo intacto reportó algún problema con la sensación sexual después del parto, mientras que 11 del grupo de episiotomía y tres del grupo con episiotomía y laceraciones de 2 grado reportaron problemas de sensación sexual actual en comparación con antes de dar a luz. Además, la frecuencia de alcanzar el orgasmo en el grupo de perineo intacto mostró una caída postparto menor que la de los otros grupos.</p>	Limitar el trauma perineal durante el parto es importante para la reanudación de las relaciones sexuales después del parto. La episiotomía rutinaria y la presión del fondo uterino se deben evitar para prevenir el trauma perineal. <p>Se recomienda realizar más investigaciones para corroborar estos resultados con una muestra más amplia utilizando diferentes medidas de resultado e incluyendo enfoques cualitativos para evaluar los efectos adversos del trauma perineal sobre la función sexual después del parto.</p>

5. DISCUSIÓN

Las mujeres a las que se les practicó una episiotomía durante el parto tuvieron una peor función sexual postparto, algún tipo de disfunción sexual o necesitaron un tiempo mayor para la reanudación de las relaciones sexuales vaginales en comparación con las mujeres a las que no se les practicó.^{34 35 36 37 10 39 40 41 42 43 44 47 48 49} Algunos autores no encontraron diferencias en ninguno de estos aspectos.^{38 45 46}

5.1. Episiotomía y disfunciones sexuales postparto: deseo, excitación, satisfacción, orgasmo y lubricación.

Se consideró que el **deseo** en las relaciones sexuales postparto disminuía en las mujeres a las que se le realizó episiotomía frente a las que no se le hizo en algunos artículos,^{47 49} en cambio, otros no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.^{34 37}

La **excitación** también se consideró disminuida en las mujeres con episiotomía según algunos autores^{37 10}; otros no percibieron esa diferencia.^{34 35}

El dominio de **satisfacción** se valoró en mayor número de estudios, que concluyen una disminución de ésta en las relaciones sexuales postparto en las mujeres con episiotomía frente a mujeres sin episiotomía.^{37 42 47 49} Solo dos estudios no encontraron estas diferencias significativas.^{34 35}

Dentro de los estudios que valoraron el **orgasmo** encontramos algunos que asociaron mayor dificultad para alcanzar el orgasmo o anorgasmia con la episiotomía^{37 47 49} y otros que no lo relacionaron.^{34 35 46}

Los estudios en los que se valoraban estos dominios de la función sexual comparaban a las mujeres que requirieron episiotomía con diferentes grupos de mujeres; algunos con mujeres con el periné intacto, otros también incluyeron desgarros perineales y uno las comparó con mujeres que tuvieron una cesárea. Además el momento del análisis también fue diferente entre estudios (en el primer mes, a los tres meses, a los 6 meses, al año, etc.).

En cuanto a la **lubricación**, tres estudios encontraron asociación de la episiotomía con una menor lubricación a largo plazo (6 meses o más desde el parto).^{35 37 47} Según Ejegard H et

al.³⁵ la sequedad vaginal fue significativamente más frecuente en las mujeres con episiotomía mediolateral que en aquellas sin lesión perineal o desgarros de 1° y 2° grado a los 12-18 meses postparto. Blas M et al.³⁷ también encontró esta diferencia en mujeres que sufrieron episiotomía o desgarros de 2° grado frente a las que tuvieron periné intacto o desgarros de 1° grado al año del parto, al igual que el estudio de Baksu B et al.⁴⁷ que comparó mujeres con episiotomía frente a mujeres con cesárea a los 6 meses postparto.

Solamente Lurie S et al.³⁴ no encontró diferencias significativas en cuanto a la lubricación entre mujeres a las que se le realizó episiotomía y mujeres sin ella o desgarros de primer grado a las 6, 12 y 24 semanas postparto.

5.2.Episiotomía y dispareunia postparto.

En numerosos estudios se observa diferencias significativas en cuanto a dispareunia postparto **a corto plazo** (hasta los 3 meses después del parto) entre mujeres con episiotomía y mujeres sin ella, incluyendo en este grupo mujeres con periné intacto o desgarros menores (de 1° y 2° grado), siendo las mujeres con episiotomía las que presentaban mayor dispareunia.^{36 41 42 43 49} La episiotomía fue mediolateral en todos los estudios excepto en uno en el que fue medial. Dos revisiones bibliográficas obtienen esta misma conclusión.^{39 40}

Además, Solana-Arellano E et al.⁴⁴ en su estudio de casos y controles encontró evidencia de asociación de la dispareunia a los 2-6 meses postparto con complicaciones de la episiotomía (infección, dehiscencia o ambas).

Hemos obtenido pocos estudios que no encontraran diferencias significativas a corto plazo.³⁴
46

Romero J et al.¹⁰. concluyeron en su revisión que la dispareunia se da con mayor frecuencia en mujeres que recibieron episiotomía mediolateral que en las que presentan perineo intacto, sin distinguir entre corto o largo plazo.

En cuanto a dispareunia **a largo plazo** (6 meses o más después del parto) Ejegard H et al.³⁵ encontró que a los 12-18 meses postparto ésta fue significativamente más frecuente en mujeres con episiotomía mediolateral que en aquellas con periné intacto o desgarros de 1° y 2° grado; y Baksu B et al.⁴⁷ que fue mayor en mujeres con episiotomía frente a las que tuvieron

cesárea. Como hemos señalado anteriormente, las complicaciones de la episiotomía a largo plazo también se consideraron causa de dispareunia.⁴⁴

Pero también hemos revisado numerosos artículos y revisiones bibliográficas que no encontraron diferencias significativas, es decir, no asociaron la dispareunia con la episiotomía a largo plazo.^{34 37 39 40 46}

5.3.Episiotomía y reanudación de las relaciones sexuales postparto.

Algunos artículos observaron que las mujeres que recibieron episiotomía necesitaban un tiempo significativamente mayor para la reanudación de las relaciones sexuales vaginales que aquellas que no la recibieron. Las múltiples comparaciones de *Lurie S et al.*³⁴ revelaron que las mujeres sin episiotomía o desgarros de grado 1 reanudaron las relaciones sexuales significativamente antes que las mujeres con episiotomía; *Klein MC et al.*⁴² llegó a la misma conclusión.

Tanto la revisión de *Romero J et al.*¹⁰ como el estudio de *McDonald EA et al.*⁴⁸ determinan que las mujeres que requirieron episiotomía o sufrieron desgarros perineal son más propensas a retrasar la reanudación de las relaciones sexuales vaginales durante más tiempo en comparación a la mujeres con periné intacto.

Pero otros documentos muestran resultados diferentes y no encuentran diferencias significativas en el tiempo de reanudación de relaciones sexuales entre mujeres con episiotomía y sin ella (con periné intacto o desgarros perineales).^{40 45 46 49}

6. CONCLUSIONES

La episiotomía puede repercutir sobre las relaciones sexuales postparto ocasionando disfunciones sexuales o aumentando el tiempo de reanudación de las relaciones sexuales.

La disminución del deseo, excitación o dificultad para alcanzar el orgasmo podrían estar asociados a la episiotomía, sin embargo existe poca evidencia científica sobre ello al haber gran disparidad de opiniones entre los autores que estudiaron estos dominios de la función sexual. La episiotomía parece estar asociada con una menor lubricación en las relaciones

sexuales postparto a largo plazo (6 meses o más desde el parto) y una menor satisfacción sexual postparto tanto a largo plazo como a corto plazo.

La episiotomía puede ser un factor de riesgo de la dispareunia postparto a corto plazo (hasta los 3 meses después del parto) al haber acuerdo entre la mayoría de los autores; en cambio, existe poca evidencia de ello a largo plazo (6 meses o más después del parto), siendo los resultados de los autores contradictorios.

El aumento del tiempo para comenzar las relaciones sexuales vaginales parece estar asociado a la realización de episiotomía en el parto. Comenzando antes sus relaciones sexuales aquellas mujeres con periné intacto o desgarros menores (1° o 2° grado) en comparación con las que reciben episiotomía.

No podemos confirmar evidencia científica en estos resultados por diferentes motivos. Existen pocos estudios que comparen la función sexual postparto entre mujeres con episiotomía y sin ella, y no hemos podido acceder al texto completo de todos ellos; además la metodología fue distinta entre ellos. De los estudios seleccionados para la revisión el grupo de mujeres con el que se comparaba a las mujeres con episiotomía fue diferente, en la mayoría de los casos el grupo comparativo estuvo formado por mujeres con perineo intacto o desgarros menores (1° o 2° grado), en otros solo frente a mujeres con perineo intacto y en otro frente a mujeres con cesárea. Además el momento del análisis de la función sexual también fue diferente entre los estudios (en el primer mes, a los tres meses, a los 6 meses, al año postparto, etc.). En la mayoría de los artículos la muestra presentaba episiotomía mediolateral, pero algunos incluían episiotomía mediolateral y medial, otros solo episiotomía medial. El método más utilizado para conocer la función sexual fue el cuestionario FSFI, pero también se utilizaron otros como el cuestionario de sexualidad femenina de McCoy.

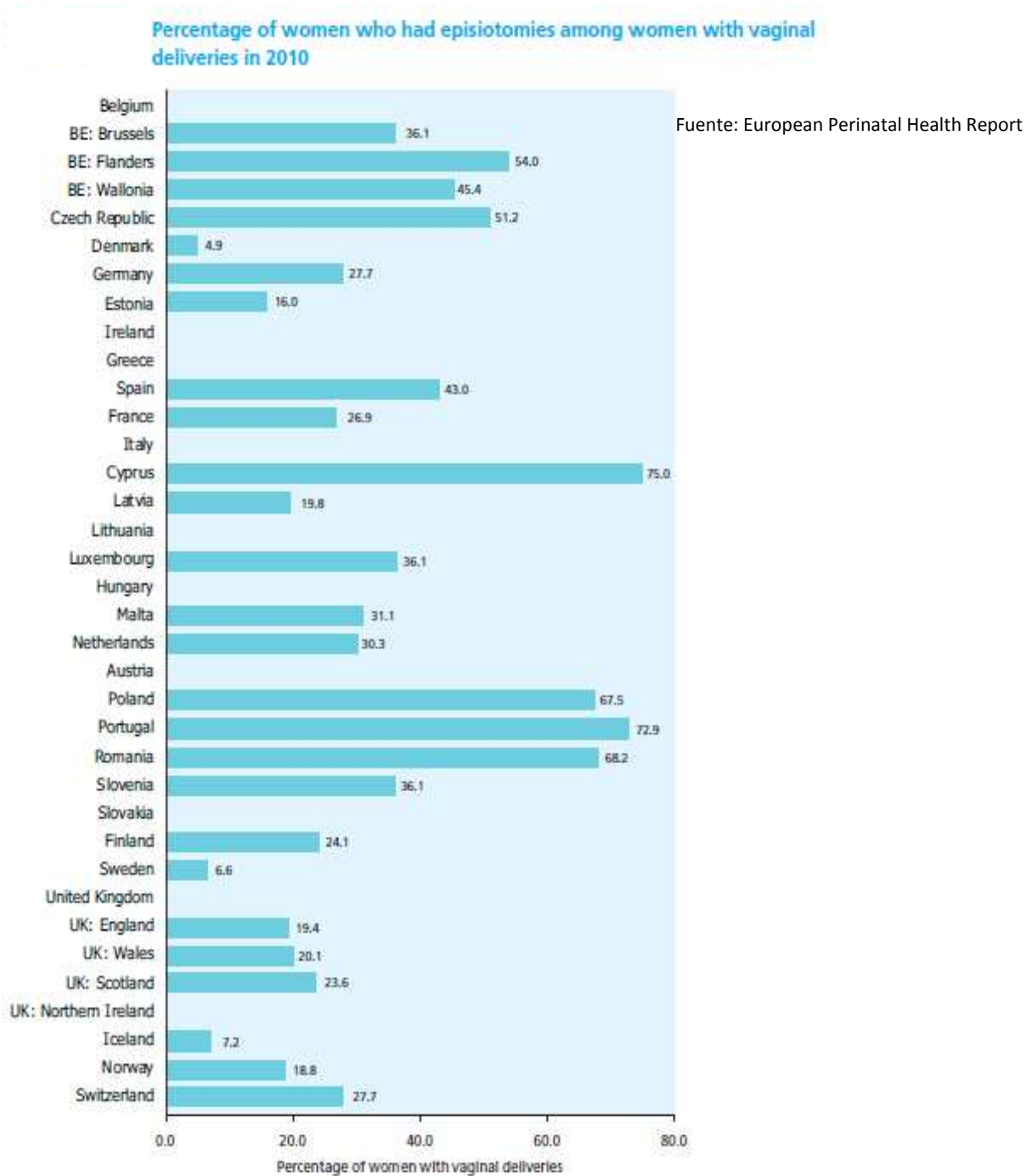
Además la muestra de algunos estudios fue pequeña y no aleatorizada, haciendo que disminuya la calidad de los artículos, y dificultando así las conclusiones finales.

Se deben seguir realizando estudios de calidad y sin sesgos que analicen la función sexual tras sufrir una episiotomía debido a la insuficiente evidencia científica actual sobre este tema.

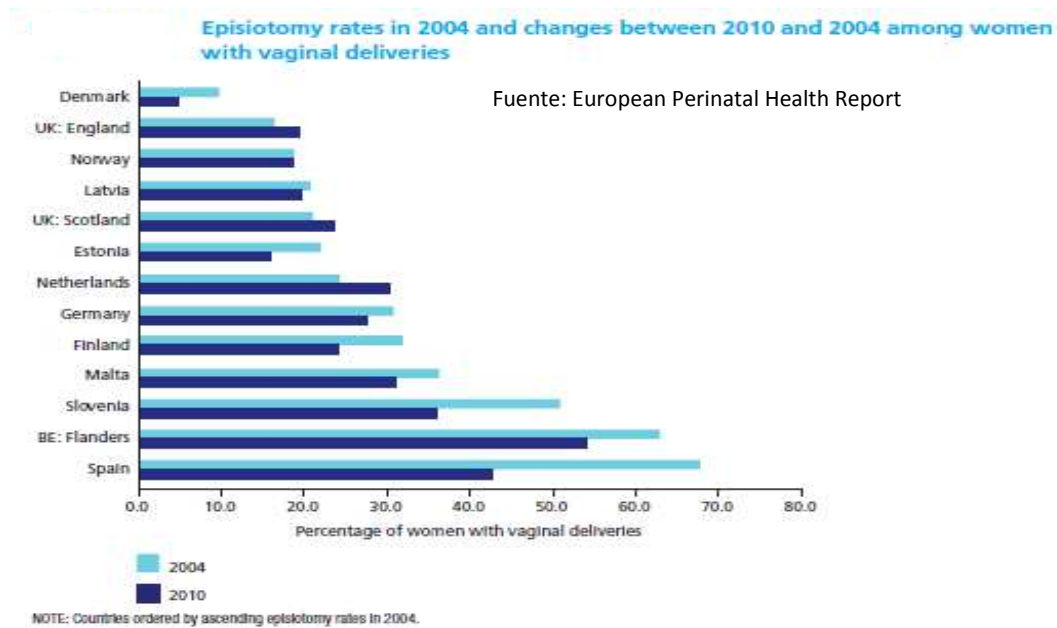
A pesar de ello, según las conclusiones obtenidas, se debe disminuir el número de episiotomías realizadas y evitar en la medida de lo posible el trauma perineal durante el parto, para disminuir los problemas asociados a las relaciones sexuales postparto y aumentar la salud y calidad de vida de las mujeres.

7. ANEXOS

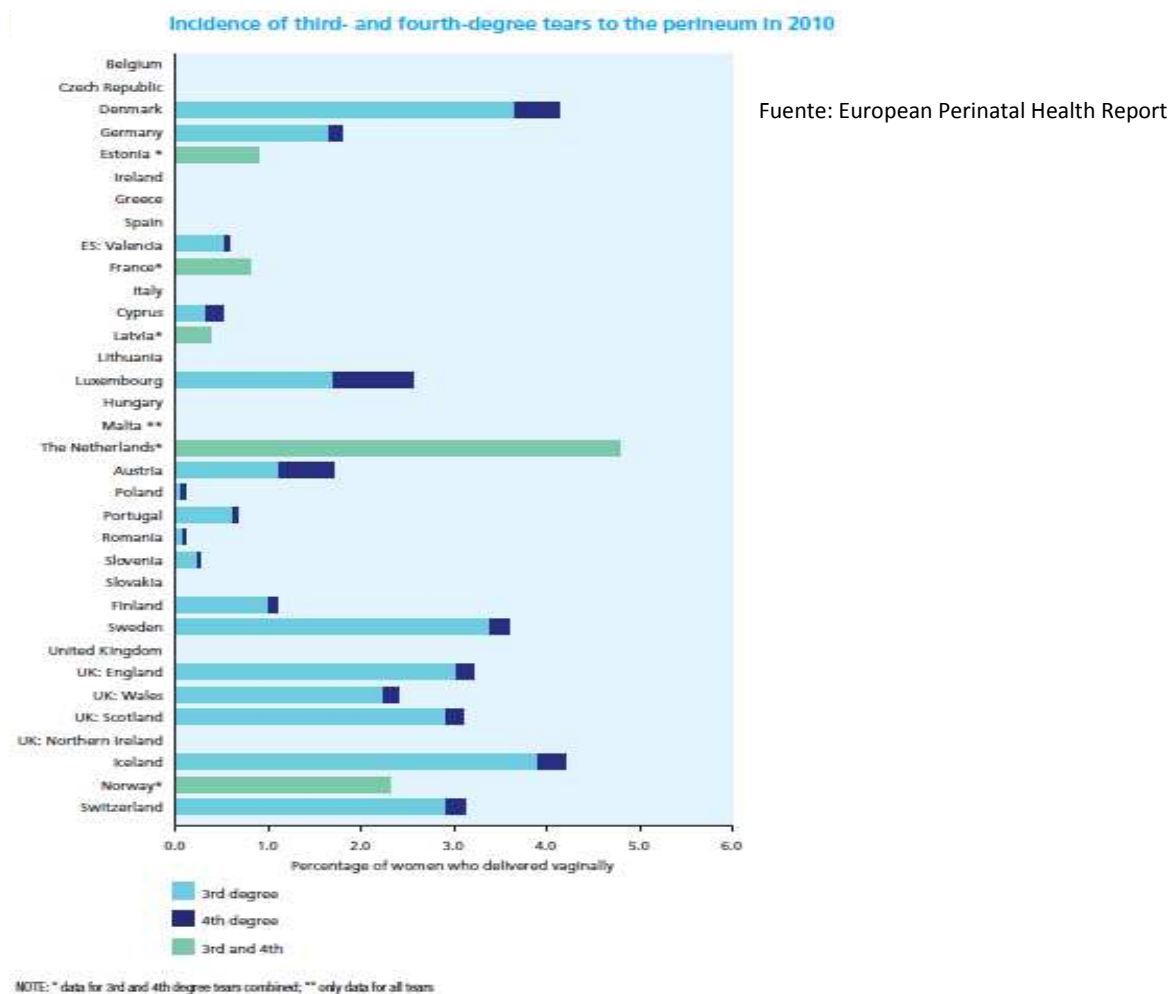
Anexo 1: Porcentaje de mujeres que tuvieron episiotomía en mujeres con parto vaginal en 2010



Anexo 2: Tasa de episiotomía en 2004 y cambios entre 2010 y 2004 en mujeres con parto vaginal



Anexo 3: Incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en 2010



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Sánchez MI, Luna JM. Consecuencias a medio y largo plazo de la episiotomía y los desgarros perineales. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2013[Citado 17 Feb 2015];18. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/para/n18/pdf/pdf.php?p=068d>
- ² González A. Prevalencia de Dispareunia tras un parto normal. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología).Serie Matronas. 2011;3(3):125-152.
- ³ Ordóñez J, Pérez M. Gestión de servicios de enfermería. En: Manual CTO de Enfermería. 6ª Edición. Tomo I. 6ª ed. Madrid: CTO Editorial;2014. P.421-464.
- ⁴ Del Gallego R, Hernández FJ, Mezcuca S. Fundamentos de enfermería. En: Manual CTO de Enfermería. 6ª Edición. Tomo III. 6ª ed. Madrid: CTO Editorial;2014. P.1441-1492.
- ⁵ Declaración universal de los derechos sexuales. Hong Kong: XV Congreso Mundial de Sexología; 26-8-1999.
- ⁶ Gil S, Mazarrasa L. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Salud sexual y reproductiva. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- ⁷ SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. 2008. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
- ⁸ Prats E, Esquinas S, Risco B. Enfermería obstétrico-ginecológica. En: Manual CTO de Enfermería. 6ª Edición. Tomo I. 6ª ed. Madrid: CTO Editorial;2014. P.265-338.
- ⁹ Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. 22ª ed. Madrid: Real Academia Española; 2012.
- ¹⁰ Romero J, Prado M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. Matronas Profesión. 2002; 8: 33-39.
- ¹¹ Ginebra. OMS. Cuidados en el parto normal: un guía práctica. 1996. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
- ¹² López M, Palacio M. PROTOCOLO: LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. 2014.
- ¹³ Pena JM, Rodríguez AJ, Villodres A, Mármol S, Lozano JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp. 2007;31(7):719-731.
- ¹⁴ Pauls RN, Karram MM, Kleeman SD. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. Obstetrical and Gynecological Survey. 2005;60(3):196-205.

-
- ¹⁵ ASRM: AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE [Internet]. Birmingham Alabama: Montgomery Highway; 2011. Disfunción sexual e infertilidad. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:
http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/Disfuncion_sexual_e_infertilidad.pdf
- ¹⁶ Bento J, Sá Viera E, Pereire K, Freitas AC. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(6):573-578.
- ¹⁷ XVIII Congreso nacional de la sección de ginecología y obstetricia psicósomática de la SEGO. II CURSO DE DISFUNCIONES SEXUALES DE LA SEGO. Málaga; 9-10 de marzo de 2012. Málaga: SEGO; 2012.
- ¹⁸ Munárriz R, Rodríguez-Villalba R, Puigvert A, Pomerol JM. Tratamiento de la disfunción sexual femenina. *Rev Int Androl.* 2004;2(1):28-36.
- ¹⁹ Real SM, Arce B. Estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo [tesis]. Ciudad de la Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2010.
- ²⁰ XXXII Congreso nacional SEGO 2013. Sección de suelo pélvico. Tenerife; 22-25 de Mayo de 2013. Tenerife: SEGO, 2013.
- ²¹ Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2009;145:133-137.
- ²² Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Paris: Euro-Peristat;2013.
- ²³ Ephag.es [Internet]. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Andújar: Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir; 2012 [actualizado 12 may 2014; citado 17 abr 2015]. Disponible en:
<http://www.ephag.es/Prensa/Paginas/default.aspx?Ident=85>
- ²⁴ Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet Ginecol.* 2004;47(9):414-22.
- ²⁵ Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ.* 2003;327:1-6.
- ²⁶ Ballester R, Gil MD. Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la comunidad valenciana. *Psicotherna.* 1995;7(1):95-104.
- ²⁷ Chaparro M, Pérez R, Sáez K. Función sexual femenina durante el período posparto. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2013;73(3):181-186.

-
- ²⁸ Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan K. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006;6:177-184.
- ²⁹ Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000;107(2):186–195.
- ³⁰ Gobierno Federal de México. Prevención Diagnósticos y Tratamiento Quirúrgico de Episiotomía Complicada. Guía de referencia rápida. SALUD, SEDENA, SEMAR. México; 2013.
- ³¹ VII Congreso Nacional de Suelo Pelvico. Bilbao; 3-5 de abril de 2014. Bilbao: SEGO, 2014.
- ³² Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26:191-208.
- ³³ Instituto Nacional de Estadística (España). INEbase [Internet]. Madrid: INE; 2015. [citado 17 abr 2015]. Disponible en: www.ine.es
- ³⁴ Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288:785–792.
- ³⁵ Ejegard H, Lena E, Sjögren B. Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up. *Gynecol Obstet Invest*. 2008;66:1–7.
- ³⁶ Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschina S. The Effects of Mediolateral Episiotomy on Pelvic Floor Function After Vaginal Delivery. *ACOG*. 2004;103(4):669-673.
- ³⁷ Blas M, López P, Marcos M, Uriarte N, Valtierra A. La sexualidad femenina al año del parto eutócico: comparativa entre partos con y sin episiotomía. *Evidentia*. 2011;8(34).
- ³⁸ Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YMY, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:409–418.
- ³⁹ Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum Sexual Dysfunction: A literatura review of factors and role of mode of delivery. *BJMP*. 2010;3(2):316-321.
- ⁴⁰ Langer B, Minetti A. Complications immediate et à long terme de l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2006;35(1):1S59.1S67.

-
- ⁴¹ Islam A, Hanif A, Ehsan A, Arif S, Niazi SK, Niazi AK. Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc.* 2013;63(6):696-701.
- ⁴² Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171(3):591-598.
- ⁴³ Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsterson G. Advantage or Disadvantage of Episiotomy Compared with Spontaneous Perineal Laceration. *Gynecol Obstet Invest.* 1991;31:213-216.
- ⁴⁴ Solana E, Villegas A, Legorreta J, Cárdenas M, Enzaldo J, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Rev Pan Am Salud Publica.* 2008;23(1):44-51.
- ⁴⁵ Abraham S, Child A, Ferry J, Vizzard J, Mira M. Recovery after childbirth: a preliminary prospective study. *Med J Aust.* 1990;152:9-12.
- ⁴⁶ Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J.* 2005;16:263-267.
- ⁴⁷ Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J.* 2007;18(4):401-406.
- ⁴⁸ McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?. *BJOG.* 2013;120:823-830.
- ⁴⁹ Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, Comert N, Tekirdag A, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing.* 2010;66(12):2640-2649.