



Universidad Europea

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**TITULO: CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICÓLOGICAS DE LA EPISITOMÍA.
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

Presentado por: **PAULA IRANZO GAUTHIER**

Tutor: **MIGUEL ÁNGEL GINER ESPARZA**

Índice:

Siglas y abreviaturas	1
Resumen:	2
<i>Abstract:</i>	3
1. Introducción	4
1.1 Concepto	4
1.2 Epidemiología	11
1.3 Tipos de violencia obstétrica	11
1.4 Recomendaciones en la asistencia al parto	14
1.5 Recomendaciones “no hacer” durante la asistencia al parto	16
1.6 Episiotomía	17
1.6.1 Concepto	17
1.6.2 Epidemiología	17
1.6.3 Etiología	18
1.6.4 Fisiopatología	19
2. Justificación	20
3. Objetivos	21
4. Material y Metodología	21
4.1 Criterios de elegibilidad	21
4.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	23
4.3 Proceso de selección de los estudios	23
4.4. Proceso de recopilación de datos	24
4.5. Valoración de la calidad	25
5. Resultados	25
5.1 Selección de estudios. Flow chart	25
5.1.1 Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo	26
5.2 Análisis de las características de los estudios revisados	28
5.3 Síntesis resultados	50
6. Discusión	53
7. Conclusiones	56
8. Conflicto de intereses y financiación	56
9. Registro de la revisión	56
10. Bibliografía	57
11. Anexos	62

Índice de tablas

Tabla 1: Clasificación y consecuencias del maltrato obstétrico.....	12
Tabla 2: Pregunta PICO 1º.....	22
Tabla 3: Pregunta PICO 2º.....	22
Tabla 4: Resultados del análisis CASPe de los estudios de cohortes.....	27
Tabla 5: Resumen de características principales de los estudios incluidos.	29
Tabla 6: Resultados.	37
Tabla 7: Resumen de Resultados y Conclusiones	49
Tabla 8: Tasa de episiotomía	51
Tabla 9: Daños físicos secundarios a la episiotomía en general	51
Tabla 10: Daños psicológicos secundarios a la episiotomía en general	52
Tabla 11: Estrategia de búsqueda, términos utilizados. Creación propia.....	66

Agradecimientos:

A lo largo de este Trabajo Fin de Grado (TFG), he tenido el privilegio de contar con el apoyo de personas fundamentales que han hecho posible su realización. Por ello, deseo expresar mi más sincero agradecimiento:

A mi tutor académico, Miguel Ángel Giner Esparza, por su invaluable orientación y acompañamiento durante este proceso. Su dedicación, paciencia y extraordinaria capacidad pedagógica fueron fundamentales para la culminación de este trabajo. Admiro profundamente su profesionalidad, su trato cercano y su habilidad para transmitir conocimientos con claridad. Cada sugerencia, corrección y palabra fueron necesarias para finalizar esta revisión sistemática.

A Eduardo mi pareja, por su apoyo incondicional, por escucharme en los momentos de estrés y por celebrar cada avance. Sin su cariño, este logro no habría sido posible.

A mi familia, mama, papa y yaya gracias por darme esta oportunidad de estudiar una profesión tan bonita y apoyarme siempre.

A Alexandra, Marile, Marisol, Marta, Selena, Alba y Lorena, mis compañeras de carrera, con quienes he compartido años de aprendizaje, risas y desafíos. Gracias por ser mi red de apoyo y por enriquecer mi visión de la enfermería.

Al personal docente de la Universidad Europea especialmente a los profesores del Grado en Enfermería, por haberme brindado las herramientas necesarias para abordar este tema con rigor científico y sensibilidad humana. Además del personal sanitario de los centros donde he realizado prácticas, por enseñarme sobre la enfermería y darme un punto de vista sobre la violencia obstétrica realista.

A las mujeres que compartieron sus testimonios en los estudios revisados. Su voz es el corazón de este trabajo y un recordatorio constante de la importancia de combatir la violencia obstétrica.

A todas las profesionales de enfermería y matronas que trabajan diariamente por un parto humanizado. Este TFG es un humilde aporte para seguir avanzando hacia una obstetricia libre de violencia.

Finalmente, agradecer al tribunal que me permita presentar este trabajo.

Siglas y abreviaturas

CASPe: *Critical Appraisal Skills Programme Español.*

cOR: Odds ratio crudo o no ajustado.

CPP: Contacto piel con piel.

BVS: Biblioteca virtual en salud.

DM: *Diabetes mellitus.*

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

Escala BIS: *The Body Image Scale.*

Escala IES: *Posttraumatic stress symptoms.*

Escala HADS: *Anxiety and depression symptoms.*

Escala MIBS: *Mother and Infant Bonding Scale.*

Escala PIPP: *Perceived impact of perineal pain/discomfort on parenting task.*

EPDS: *Edinburgh Postpartum Depression Scale.*

FSM: Función sexual de las mujeres.

GDG: *Guideline Development Group.*

HPP: Hemorragia postparto.

HTA: Hipertensión arterial.

IC 95% Intervalo de confianza del 95%.

IFSFA-6: Índice de Función Sexual Femenino Abrevia.

IFFS- 6: *International Federation of Fertility Societies.*

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

IMC: Índice de masa corporal.

LM: Lactancia materna.

(LODMVLV): Ley Orgánica para el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

LOEA: Lesiones obstétricas del esfínter anal.

MeSH: *Medical Subject Headings.*

OASI: *Obstetric Anal Sphincter Injury.*

ODS: Objetivos de desarrollo sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ORa: *Adjusted Odds ratio.*

PEACH: *Perineal Assessment and Care in Childbirth.*

PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses.*

UI: Unidad internacional.

VO: Violencia obstétrica.

Resumen:

Objetivo: Esta revisión sistemática busca recopilar la tasa de episiotomía en general, de manera indicada y no indicada, y analizar en estas tres categorías los efectos secundarios físicos y psicológicos, en el contexto de la violencia obstétrica.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos PubMed, SciELO, BVS y Dialnet, siguiendo las directrices PRISMA 2020. Los criterios de inclusión del apartado de resultados se centraron en estudios publicados en los últimos 5 años que involucraran mujeres con parto vaginal con o sin episiotomía, relacionados con efectos secundarios tanto físicos como psicológicos. Se seleccionaron 5 estudios y se evaluó su calidad mediante herramientas CASPe.

Resultados: La revisión mostró tasas de episiotomía entre el 18'86% y el 53'01%, con complicaciones físicas como dehiscencia de heridas (1'2%) y dispareunia (62'64%). Los impactos psicológicos incluyeron mayores puntuaciones de depresión posparto en pacientes con episiotomía ($10 \pm 5'4$) vs periné intacto ($9'4 \pm 4'9$), y vs desgarros ($8'1 \pm 4'8$); ansiedad con episiotomía ($7'79 \pm 3'96$) vs Desgarro 1º/2º ($6'19 \pm 4'33$), y vs OASI ($5'23 \pm 3'83$); y una imagen corporal más negativa con episiotomía ($8'47 \pm 5'25$) vs Desgarro 1º/2º ($8'00 \pm 6'51$), vs OASI ($5'83 \pm 3'81$). Un inicio de las relaciones sexuales más posterior en la episiotomía ($50'45 \pm 19'48$) vs desgarro de 2º grado ($39'45 \pm 13'23$). Sin embargo, ningún estudio diferenció explícitamente los resultados entre episiotomías indicadas y no indicadas.

Conclusión: La episiotomía, conlleva riesgos físicos y psicológicos significativos. El análisis de los resultados permite concluir la necesidad de establecer protocolos clínicos, pues la episiotomía presenta una relación beneficio/riesgo desfavorable. Se requieren más investigaciones para responder a los objetivos propuestos, carentes de respuesta, para comparar los resultados entre episiotomías indicadas y no indicadas, así como para estandarizar la evaluación de sus efectos adversos.

Palabras clave: episiotomía, violencia obstétrica, dispareunia, efectos secundarios, episiotomía de rutina.

Abstract:

Objective: *This systematic review aims to compile the overall episiotomy rate—both indicated and non-indicated—and to analyze the physical and psychological side effects within these three categories, in the context of obstetric violence.*

Methods: *A systematic review was conducted using the PubMed, SciELO, BVS, and Dialnet databases, following the PRISMA 2020 guidelines. The inclusion criteria for the results section focused on studies published in the last five years involving women who had vaginal deliveries, with or without episiotomy, and addressing both physical and psychological side effects. Five studies were selected, and their quality was assessed using CASPe tools.*

Results: *The review showed episiotomy rates between 18'86% and 53'01%, with physical complications such as wound dehiscence (1'2%) and dyspareunia (62'6%). Psychological impacts included higher postpartum depression scores in patients with episiotomy ($10 \pm 5'4$,) vs. intact perineum ($9'4 \pm 4'9$), and vs. tears ($8'1 \pm 4'8$); anxiety with episiotomy ($7'79 \pm 3'96$) vs 1st/2nd tear ($6'19 \pm 4'33$), and vs OASI ($5'23 \pm 3'83$); and a more negative body image with episiotomy ($8'47 \pm 5'25$) vs 1st/2nd tear ($8'00 \pm 6'51$), vs OASI ($5'83 \pm 3'81$). A later onset of sexual relations at the episiotomy ($50'45 \pm 19'48$) vs. 2nd degree tear ($39'45 \pm 13'23$). However, no study explicitly differentiated outcomes between indicated and non-indicated episiotomies.*

Conclusion: *Episiotomy involves significant physical and psychological risks. The analysis of the results supports the need to establish clinical protocols, as the benefit/risk ratio of episiotomy is unfavorable. Further research is needed to address the unanswered objectives, to compare outcomes between indicated and non-indicated episiotomies, and to standardize the assessment of their adverse effects.*

Keywords: *episiotomy, obstetric violence, dyspareunia, side effects, routine episiotomy.*

1. Introducción.

1.1 Concepto.

El término Violencia obstétrica (VO) hace referencia a la agresión física y psicológica realizada hacia las mujeres durante el embarazo, parto y postparto en ámbito público y privado. Así mismo, es un tipo de maltrato hacia la mujer, caracterizándose por un trato deshumanizador, suprimiendo los derechos de las pacientes (vulnerabilidad de la intimidad personal, toma de decisiones, asistencia de calidad, etc.). De esta manera, la VO consiste en la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por problemas sistemáticos, negligencias o tratos irrespetuosos por el personal sanitario, que se convierte en un trato habitual y desnaturalizado, habiendo un abuso de la medicación y la conversión de los procesos naturales en patológicos.(1-4)

La VO constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque de los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Estas praxis deshumanizantes constituyen un verdadero problema de Estado y de salud pública en diversos países del mundo, siendo más frecuente hallar estudios en Latinoamérica que en Europa.(1,5)

En un estudio realizado en Brasil, se mencionó que los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia coinciden en que la VO se caracteriza por el trato irrespetuoso y el maltrato a la mujer por parte del personal sanitario. Por otro lado, encontramos que la mayoría de los médicos especialistas no están de acuerdo con esta afirmación. Se encontró una opinión diferente entre los especialistas y los residentes: los especialistas prefieren no utilizar la expresión “violencia obstétrica”, estando de acuerdo con la abolición de su uso en los niveles científico, profesional y social.(5)

Otro desafío significativo radica en las percepciones del personal sanitario, que se siente injustamente señalado en su ámbito laboral. Esta sensación surge, en parte, por la acusación de malas prácticas hacia procedimientos que han llevado a cabo durante años, conforme a la formación que recibieron en su momento. Esto genera la percepción de un ataque hacia su profesión. En un artículo relacionado, se aborda la controversia sobre el uso del término “violencia obstétrica”, señalando que, si bien puede haber casos de abuso o maltrato hacia pacientes embarazadas por parte de personal no profesional, este concepto no debería vincularse con la obstetricia profesional, ya que su objetivo es garantizar la salud y el bienestar tanto de las mujeres embarazadas como de sus neonatos.(6,7)

El maltrato a pacientes obstétricas nunca debería considerarse un componente intencionado en la práctica obstétrica profesional. Por ello, se argumentan que el término “maltrato en la atención médica” resulta más adecuado, pues puede aplicarse a todas las especialidades cuando se producen conductas abusivas o negligentes. No obstante, el propósito del término “violencia obstétrica” no es culpabilizar al personal sanitario, sino promover una reeducación basada en las nuevas recomendaciones sanitarias, orientada a brindar un trato digno y respetuoso a las parturientas. En muchos casos, los mismos profesionales no son conscientes de que emplean técnicas obsoletas o no recomendadas, percibiéndolas como prácticas normales.(6,7)

¿Qué se considera violencia obstétrica?

Tras llevar a cabo una búsqueda exhaustiva en la legislación española en busca de una normativa específica que defina la VO y enumerar de manera detallada las acciones que se consideran constitutivas de esta, no se ha encontrado una ley de tales características. Sin embargo, en otros países, como Venezuela, sí existe una regulación al respecto. En concreto, la Ley Orgánica para el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LODMVLV), en sus artículos 51 y 52, clasifica los actos de violencia obstétrica en los siguientes casos(8):

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Privar a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique.

La violencia obstétrica como práctica no deseada para el sistema de salud se encuentra definida en la anterior ley mencionada la LODMVLV y están claramente delimitadas las prácticas consideradas como delitos específicos en el artículo 51.(8)

Además, pueden darse otras situaciones que también se consideran violencia obstétrica, como por ejemplo el abuso medicalizando a la paciente sin tener en cuenta los procesos naturales, que conllevan la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Otras prácticas consideradas VO, son la episiotomía rutinaria sin motivo médico justificado, la amniotomía injustificada, y la maniobra de Kristeller que ya no se aconseja realizar en ningún caso. (9)

El sistema en el modelo capitalista de parir y el proceso del parto tiene un ritmo y un proceso, por lo que el tiempo cronometrado y estandarizado es siempre una contradicción con la fisiología del parto, lo cual vulnera los derechos de la mujer a una vida libre sin violencia. (9) En América del Sur, Oriente Medio, Asia Sudoriental se realiza la episiotomía sistemáticamente para mujeres primigrávidas ya que el personal de salud considera que una episiotomía es más segura y fácil de abordar (al personal de salud) que un desgarro y les posibilita (al personal de salud) un parto "más fácil". En Camboya se observó que los profesionales de la salud realizaban las episiotomías para justificar el cobro a las mujeres de un honorario mayor. (10)

Por lo que los autores concluyeron que hay una relación entre las ejecuciones de malas praxis sin justificación, estando estas detrás de un interés económico personal, o reducción de costes hospitalarios, incluso en ocasiones agilizando el tiempo de trabajo de los profesionales sanitarios. (10)

Legislación y derechos que respalda la obstetricia segura

Como mencionamos anteriormente España no posee una ley sobre la VO, pero tenemos una legislación y estrategias de intervención que proporcionan unos cuidados alejados de la VO. En este punto abordamos la legislación que ampara al paciente y a la obstetricia.

En primer lugar, respecto al ámbito internacional; si se analiza la Declaración de los Derechos Humanos y otras declaraciones internacionales, a la vez que se tiene en cuenta la definición de la VO, se puede observar lo siguiente:

La VO vulnera el principio fundamental consagrado en el artículo referente a la dignidad inherente a todas las personas (**Artículo 1**), así como también transgrede el **Artículo 5**, el cual estipula que "nadie será sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes". (11)

Siguiendo con el **Artículo 3** del Tratado de la Unión Europea se hace mención de que “la Unión combatirá la exclusión social y la discriminación y fomentará la justicia y la protección sociales, la igualdad entre mujeres y hombres, la solidaridad entre las generaciones y la protección de los derechos del niño”.(11)

También se encuentra el **Artículo 77** que menciona lo siguiente: “Constata que la salud sexual y reproductiva de las mujeres está relacionada con una multiplicidad de derechos humanos, incluidos el derecho a la vida, el derecho a no sufrir tortura, el derecho a la salud, a la intimidad y a la educación, y la prohibición de la discriminación”(11)

En el **Artículo 78** se pide a la Unión y a los Estados miembros reconocer el derecho fundamental al acceso universal de cuidados preventivos. Aquí la enfermería tiene un papel fundamental pues en esto se fundamenta la prevención 1ª definida como “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”(11)

En segundo lugar, en España contamos con la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad. Su propósito es garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos tanto pacientes como profesional sanitario.(12)

Destaca el **Artículo 1**, sobre el derecho a la protección de la salud, que reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, garantizando acceso universal y equitativo a los servicios sanitarios.(12)

La VO vulnera los derechos de los usuarios del Sistema Sanitario, tal como se estipula en el **Artículo 10**, que garantiza el derecho a recibir información adecuada respecto a la realización de cualquier técnica o acceso a servicios sanitarios, así como a ser tratados con dignidad y sin discriminación. (12)

El **Artículo 13** tiene como propósito “aprobará las normas precisas para evitar el intrusismo profesional y la mala práctica”. (12)

En tercer lugar, a nivel autonómico, respecto a la Comunidad Valenciana, hay que destacar la protección a la maternidad, desde el ámbito sociosanitario en la Ley 6/2009, de 30 de junio. (13)

El **Artículo 1** tiene como objeto “garantizar y proteger el derecho de la mujer gestante” dotando de “medios necesarios de carácter social, jurídico, educativo, sanitario o asistencial que permitan conseguir esa finalidad”. (13)

En el ámbito de aplicación **Artículo 2** se encuentra que “las disposiciones previstas en la ley serán aplicables a las administraciones que presten servicios sociales o sanitarios”. (13)

En cuarto lugar, el Código Deontológico de la Medicina Española, invita a recordar y tener presentes los valores que dirigen las actuaciones de los ginecólogos durante los partos. (14)

El **Artículo 4.3** menciona que la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de este debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico, una vez adoptadas las medidas que garanticen su seguridad personal, no puede ni debe negar la asistencia por temor a que las circunstancias médicas del paciente le supongan un riesgo personal. (14)

Respecto al **Artículo 6.4** siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, el médico ha de velar por que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. En cualquier ámbito en el que desarrolle su trabajo, el médico está obligado a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar la correcta atención de los pacientes. (14)

Como refiere el **Artículo 8.2**, tanto Médico, como paciente tienen derecho a la presencia de un acompañante si la situación asistencial lo requiere y lo permite. (14)

El **Artículo 10.3** destaca la obligación a dar la información sobre los riesgos derivados de la propia enfermedad y de los efectos secundarios propios de las intervenciones que se propone realizar, así como las alternativas conocidas y avaladas por la evidencia científica. El médico responsable del paciente es quien garantizará el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle. (14)

En el **Artículo 10.8** se menciona que el médico debe respetar el derecho del paciente a decidir libremente sobre las opciones clínicas indicadas y disponibles, después de recibir la información adecuada y haber comprendido el sentido y alcance de esta. (14)

El **Artículo 18.1** resalta que el médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad, humana y científica. (14)

Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. Se menciona en el **Artículo 18.2**.(14)

En quinto lugar, el Código Deontológico de la Enfermería Española, invita a recordar y tener presentes los valores que dirigen nuestras actuaciones(15).

Es de obligado cumplimiento y “cualquier vulneración conlleva la exigencia de responsabilidades disciplinarias”. No solo se está obligado a cumplirlo sino también a “denunciar las actitudes negativas que se observe hacia el paciente en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede ser cómplice”. (**Art. 61**) (15)

Los **Artículos 5 y 6** respectivamente: “Proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes” y “respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le preste”. (15)

El **Artículo 9** que dice: “la enfermera/o nunca empleará, ni consentirá que otros empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible”. Toda la información manipulada que se le ofrezca a la mujer o que se le oculte para obtener su consentimiento (ej. administración de oxitocina sintética, realización de maniobras para acelerar el trabajo de parto sin fundamento clínico claro), tendrá consecuencias para nuestra profesión con las sanciones correspondientes a la gravedad. (15)

Artículo 10: “Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo” por lo que se debería informar a la mujer de todas las opciones y alternativas que existen durante el proceso de gestación. En la misma línea sobre la promoción de la salud y calidad de atención encontramos el **Artículo 33**. Es competencia de enfermería informar a la mujer acerca de las novedades (con evidencia científica) que puedan mejorar el curso del embarazo, así como el parto para que ella pueda elegir a partir de las opciones proporcionadas. Para ello se debe estar actualizado de manera constante para aumentar el nivel de salud y prevenir una pérdida de esta **Artículo 60** e “investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional, con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional”. ((15)

Por último, según dicta la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, las siguientes actuaciones son obligaciones para el personal sanitario: Hacer que la paciente y su acompañante se sientan bienvenidos, ser amables, respetuosos y no juzgar, utilizar un lenguaje claro, fomentar que hagan las, dudas e incertidumbres, apoyarla en sus decisiones y pedir el consentimiento ante cualquier procedimiento. (16,17)

Desde la perspectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la episiotomía se vincula directamente con varias metas globales. En primer lugar, el ODS 3 (Salud y bienestar) busca garantizar una atención sanitaria segura y basada en la evidencia, lo que implica reducir la aplicación innecesaria de procedimientos que pueden aumentar el riesgo de complicaciones maternas y neonatales. Por otro lado, el ODS 5 (Igualdad de género) pone énfasis en la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres, incluyendo aquellas que ocurren en el ámbito sanitario, como la realización de episiotomías sin consentimiento informado.(18)

Además, la formación del personal de salud juega un papel clave en la promoción de buenas prácticas obstétricas. En este sentido, el ODS 4 (Educación de calidad) subraya la necesidad de garantizar una educación médica basada en la evidencia, fomentando el conocimiento sobre la atención humanizada al parto y el respeto a los derechos de las pacientes. Del mismo modo, la información y educación de las mujeres sobre sus derechos en el proceso de parto son esenciales para fortalecer su autonomía y capacidad de decisión en el ámbito sanitario.(18)

Por otro lado, la episiotomía presenta una clara dimensión de desigualdad, ya que su aplicación varía significativamente según el nivel socioeconómico y el acceso a una atención obstétrica humanizada. El ODS 10 (Reducción de las desigualdades) resalta la importancia de garantizar que todas las mujeres, independientemente de su origen o condición económica, reciban una atención digna y respetuosa durante el parto. Finalmente, el ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas) enfatiza la necesidad de fortalecer los marcos normativos para garantizar el respeto a los derechos reproductivos y el acceso a la justicia en casos de vulneración de estos derechos dentro de los sistemas de salud.(18)

1.2 Epidemiología.

Estudios realizados en diversos países indican que la VO es frecuente, aunque la prevalencia varía ampliamente según la región. En países de América latina, como Brasil y Venezuela, se han reportado tasas significativas de VO, con cifras que van desde el 18'3 % hasta el 66'8 % de mujeres que han experimentado al menos un tipo de maltrato o abuso durante el parto. (3,19)

En el continente asiático, específicamente en India, se registra una incidencia de VO del 28'8%. ((6) Por otro lado, en Estados Unidos, el porcentaje de esta práctica alcanza el 16'66% (4). En Europa, las cifras varían significativamente según el país: en Italia se sitúa en un 21'2%, mientras que en España oscila entre el 38'3% y el 67'4%, dependiendo de la Comunidad Autónoma. ((3,6,20,21)

A pesar de que la violencia obstétrica no es nueva, ha permanecido oculta durante mucho tiempo y en la actualidad continúa siendo desconocida, incluso por profesionales de la salud. Algunos estudios indican que más de la mitad de los/las profesionales de la salud no disponían de información, y una prospección entre 250 usuarias señala que el 80% desconocía el término «violencia obstétrica». ((1)

1.3 Tipos de violencia obstétrica.

Tras el paso del tiempo, y la variabilidad, sobre la obstetricia, nos encontramos con este modelo de atención, así pues, el proceso de parto deja de ser visto como un acontecimiento individual y fisiológico y vuelve a ser un momento de vivencias, mayoritariamente negativas, acarreando numerosos problemas de salud física y mental a corto y largo plazo. Por ejemplo, en Brasil se han realizado estudios donde se relaciona la VO con la depresión post parto. Esta relación puede ayudar a influir en los profesionales de la salud para modificar su práctica y erradicar la atención inadecuada. (22)

Tabla 1: Clasificación y consecuencias del maltrato obstétrico.

Tipo de violencia obstétrica	Consecuencias
1. Abuso físico: - Golpes, pellizcos, palmadas, bofetadas, forzamiento físico, etc. - Maniobra de Kristeller. (2)	La maniobra de Kristeller acarrea consecuencias como hematomas generales, hematomas abdominales, fracturas costales e incluso desgarro uterino, lo que hace cada vez más evidente las repercusiones legales de practicar esta maniobra ((21)
2. Abuso verbal: -Lenguaje agresivo, infantilización, humillación. (2)	Las relaciones interpersonales negativas con los cuidadores, lenguaje agresivo he infantilización, las negligencias y falta de apoyo he información se ven relacionadas con una "experiencia angustiosa" para las parturientas. ((23)
3. Estigma y discriminación: - Discriminación por étnicas, políticas, edad, etc.(2)	Se ha detectado discriminación según poder económico, etnia, edad, nivel educativo entre otros, que acarrea problemas para la salud de la población, ya que discriminando a toda esta población vulnerable tiene consecuencias en su salud mental y física. (24)
4. Mala relación entre las mujeres y los proveedores: - No permitir el movimiento, negar bebida o alimento de forma injustificada. (2)	En ocasiones no se recomienda los cambios posturales por la nula opción de estancias que permitan la movilización he intimidad a la parturienta. Tal imposición se basa en la justificación de que el decúbito de litotomía facilita el trabajo médico, al permitir el control de los latidos cardio fetales, administración de anestésico local, utilización del fórceps, realización de la episiotomía, revisión placentaria y la prestación de la asistencia a las complicaciones obstétricas. Denominando a las mujeres que intentan hacer cambios posturales, como practicantes de actos rebeldes y son retenidas en la mesa de parto. ((25)
5. Las condiciones y limitaciones del sistema de salud: - Falta de personal, poca privacidad, falta de medicamentos. (2)	La falta de personal sanitario se ve reflejado en las pacientes con enlentecimientos o alargamientos de sus procesos de parto, así como la escasa privacidad en un momento tan íntimo como es el parto. ((25)
6. Incumplimiento de estándares profesionales de cuidado: - No informar sobre los procedimientos que se van a realizar. - No pedir consentimiento para realizar praxis. - Ausencia de contacto con el bebé. - Suministro de medicación injustificada. - Tactos, exámenes vaginales innecesarios. - Episiotomía (2)	El uso excesivo de la oxitocina sintética como agente utilizado para inducir las contracciones y el alumbramiento también presenta un daño para su salud. Aplicada de forma indebida, la oxitocina puede causar mortinatalidad y ruptura uterina, y puede ocasionar grandes dolores a la madre si no se suministra medicación para el alivio del dolor. (26) La oxitocina sintética hace más frecuentes las contracciones, por lo que las pausas de descanso se hacen muy cortas, además de aumentar la intensidad y duración de estas. Del mismo modo, la rotura artificial de la bolsa o membranas acelera la dilatación y el trabajo de parto, aumentando el riesgo de infecciones y el sufrimiento fetal, haciendo que se tienda a la cesárea si la dilatación no se consigue en un tiempo determinado. En resumen, en muchos casos el profesional no espera el pujo espontáneo, el descenso del bebé y la dilatación progresiva, promoviendo el descenso mediante la maniobra de Kristeller y amplía el canal vaginal. La poca información que se les otorga a las madres de los procesos que se les va a realizar y la ausencia de consentimiento para realizar praxis obstétrica, puede provocar problemas de salud mental, así como dispareunia. (9) La ausencia o retraso del contacto piel con piel pone en riesgo el inicio del amamantamiento materno en las primeras horas de vida, siendo un impedimento para una buena lactancia materna (LM) enriquecedora para el bebé. ((25) La episiotomía y episiorrafia innecesarias fueron citadas como intervenciones traumáticas y dolorosas, incluso con el uso de la anestesia, siendo inclusive, consideradas como medidas que iatrogenizan el parto. Produciendo esta práctica la pérdida sanguínea y el mayor riesgo para infecciones y laceraciones perineales severas (25)

Elaboración propia a partir de la propuesta de Megan Bohren, **LM:** Lactancia materna.

Causas generales de violencia obstétrica:

La causa de que esta práctica pase desapercibida por la sociedad es multifactorial, considerando componentes culturales, sociales, históricos y formativos. Se trata de una violencia derivada de sociedades patriarcales que naturalizan estas prácticas y comportamientos, los cuales terminan siendo asumidos por la sociedad. Incluso hay investigadores/as que han señalado que la calidad asistencial estaría asociada a la graduación social del paciente; así, a mayor vulnerabilidad de la mujer, más humillante tendería a ser el trato recibido. ((1)

Otra de las causas de la existencia de la VO, es la falta de formación e información que lleva a los/las profesionales de la salud a no poder identificar ni gestionar estas prácticas. Los estudios evidencian una falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales del parto. Durante el trabajo de parto, las mujeres pueden experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, inseguridad y soledad, en especial si no tienen a su lado una compañía de apoyo. Un papel importante lo tienen las enfermeras y auxiliares, siendo importante proveer al alumnado y a los/las profesionales de la salud de herramientas de conocimiento y detección de la violencia obstétrica. (1)

Algunos estudios también señalan que la práctica de la VO podría estar asociada al síndrome de *burnout* (desgaste profesional) entre profesionales del parto, que tenderían a deshumanizar a las usuarias y afectaría la relación médico-paciente. (6)

1.4 Recomendaciones en la asistencia al parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) redactó en 2018 las recomendaciones sobre cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. En estas recomendaciones se encuentran las siguientes (10):

- Atención respetuosa de la maternidad respetando dignidad, privacidad y confidencialidad.
- Comunicación efectiva entre personal sanitario y la parturienta.
- Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
- Definición de las fases latente y activa del período de dilatación para que la mujer comprenda los procesos por los que va a pasar.
- Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación, aunque se estima que desde los 5 cm hasta final de dilatación no excede de 10 –12 horas.
- Se recomienda el uso del eco *Doppler* para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.
- Realización de un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.
- Se recomienda la anestesia peridural, opioides para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto.
- Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (*mindfulness*), técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto.
- Se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto en mujeres con bajo riesgo.
- Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.
- Dar información a la mujer en que consiste el periodo expulsivo y que suele durar de 2-3 horas.
- Para las mujeres con y sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección.
- Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.
- En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.

- Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento.
- La oxitocina (10 unidades internacionales (UI), Intramuscular / Intravenoso) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP).
- Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento).
- Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.
- Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.

En otro artículo publicado por Colmenares en 2024 se menciona que lo contrario a la VO es la humanización obstétrica, la cual se fundamenta en tres pilares importantes:

- 1) La autonomía de la mujer.
- 2) Los cuidados efectuados por el equipo obstétrico.
- 3) La asistencia basada en evidencia científica.

Entre las prácticas que deben fomentarse para que se dé un parto humanizado, se puede destacar: la adopción de una posición vertical de la mujer durante el parto, lo que favorece la gravedad y con ello el flujo de oxígeno y nutrientes hacia la placenta y, por lo tanto, hacia el feto, evitando el sufrimiento fetal. (27)

1.5 Recomendaciones “no hacer” durante la asistencia al parto.

La OMS redactó en 2018 las recomendaciones de no hacer, sobre cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. En estas recomendaciones se encuentran las siguientes ((10):

- Durante el progreso del periodo de dilatación, en mujeres con inicio del trabajo de parto espontáneo, con velocidad de dilatación de 1 cm por hora, no es preciso identificar si corren riesgo de sufrir resultados adversos al parto.
- Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.
- Si el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm y haya bienestar fetal y de la madre, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea).
- No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina, ni la cardiotocografía de rutina en embarazadas sanas.
- No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.
- No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto, ni la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina.
- No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.
- No se recomienda el uso aislado o temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto, ni en mujeres sometidas a analgesia peridural.
- No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.
- No se recomienda el uso de fluidos por vía intravenosa para abreviar la duración del trabajo de parto.
- No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.
- No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.
- No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones ni en caso de episiotomía.
- No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.

1.6 Episiotomía.

1.6.1 Concepto.

La episiotomía es una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino (en el tejido entre la vagina y el ano), que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, que tiene como finalidad ampliar la abertura vaginal durante el periodo expulsivo del parto, en una incisión de 45° a 60° y una longitud aproximada de 3 a 4 cm. La práctica de la episiotomía se popularizó durante el siglo XX hasta llegar a ser casi considerada como un procedimiento estándar en la obstetricia, bajo el supuesto (errado) de que como las mujeres pueden tener graves desgarros en el tejido perineal durante el parto, sería beneficioso prevenirlos mediante esta intervención. Se consideró que podía ser fundamental para proteger la integridad del suelo pélvico al limitar el daño de los músculos vaginales, y que incluso podía aliviar la presión sobre la cabeza del feto, protegiendo así el cerebro del bebé. (28,29)

El Grupo de elaboración de directrices (GDG) reconoció que, en este momento, no hay evidencia que corrobore la necesidad de ninguna episiotomía en la atención de rutina y que es difícil establecer una tasa “aceptable” de episiotomías. Está por establecer el papel de la episiotomía en las emergencias obstétricas, como el sufrimiento fetal que requiere un parto vaginal instrumental. (10)

Un aspecto relevante radica en la distinción entre dos conceptos fundamentales: la **episiotomía no indicada (de rutina)** y la **episiotomía indicada (selectiva)**. La episiotomía no indicada se define como aquella que se lleva a cabo de manera sistemática en todos los partos vaginales, sin una valoración previa del estado del periné materno ni del bienestar fetal. Por el contrario, la episiotomía indicada es aquella que se realiza tras una evaluación física exhaustiva, la cual justifica su ejecución al identificar riesgos asociados a la no intervención, tales como desgarros perineales de tercer o cuarto grado o la presencia de un sufrimiento fetal significativo. Esta diferenciación resulta crucial para comprender las implicaciones clínicas y éticas de cada enfoque. (28,30)

1.6.2 Epidemiología.

Respecto la práctica de la episiotomía es variable según el área geográfica. Aunque las tasas de episiotomía en los Estados Unidos han disminuido de manera constante desde 2006, con una tasa de prevalencia promedio de 7'8% en 2017, aún muestran una variación significativa entre hospitales, que va del 1'7% al 22'7%. (4)

En otros países, la tasa de episiotomía sigue siendo un problema: En México supone el 30% de los partos vía vaginal, y más preocupante es esta tasa en países como Italia o Croacia, con cifras alrededor del 50% y del 70% respectivamente. Por otro lado, la tasa de episiotomía en España en los años 2018-2019 fue entre el 25 y el 39'9%. (21,26)

Respecto a la información recibida por las mujeres sometidas a una episiotomía, solo se dispone información de Italia, donde el 61% de las mujeres que fueron sometidas a la episiotomía no recibieron suficiente información, y no se solicitó en ningún momento su consentimiento informado. (21,26)

1.6.3 Etiología.

Si se realiza una episiotomía, son esenciales una anestesia local eficaz y el consentimiento informado de la mujer. La técnica preferida es una incisión medial-lateral, ya que las incisiones en la línea media se asocian a un mayor riesgo de que se produzcan lesiones obstétricas del esfínter anal (LOEA) complejas. Se prefiere una técnica de sutura continua a la de puntos sueltos. ((10)

Indicaciones – causas por las que se realiza. (30)

- **Distocia de hombros:** Cuando los hombros del bebé quedan atrapados detrás del pubis de la madre, lo que dificulta la salida del bebé.
- **Partos instrumentados:** En casos en los que es necesario el uso de instrumentos, como fórceps o ventosas, para ayudar a la extracción del bebé.
- **Sufrimiento fetal:** Si el bebé presenta signos de sufrimiento, como alteraciones en el ritmo cardíaco fetal, y es necesario acelerar el parto.
- **Presentación anómala del feto:** En posiciones del bebé que dificultan el parto, como en el caso de partos de nalgas.
- **Tejidos perineales muy rígidos o estrechos:** Si el perineo no se distiende adecuadamente y existe alto riesgo de desgarro grave, intentando evitar desgarros de tercer y cuarto grado. Ya que estos pueden dañar el esfínter anal y causar problemas de incontinencia fecal.

- **Prolongación del trabajo de parto:** la episiotomía se estima necesario cuando la segunda etapa del trabajo de parto es prolongada".
- **Antecedentes de cicatrices previas:** En mujeres que han tenido cirugías previas en el perineo, para evitar desgarros que podrían dañar los tejidos cicatrizados.

1.6.4 Fisiopatología.

La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin anestesia, puede conllevar complicaciones quirúrgicas (hemorragias) y posquirúrgicas (infecciones), además de prolongar el tiempo de hospitalización e incluso ocasionar problemas de cicatrización, además de dolor, hinchazón e infección de la zona; puede causar un desgarro vaginal más severo, lo que aumenta el riesgo de que el daño se extienda al esfínter. Esta intervención tiene, además, consecuencias negativas en la vida sexual de las mujeres, asociándose con: dolor perineal; dispareunia (dolor al tener relaciones sexuales); sequedad vaginal; dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas normales, disminución del deseo sexual, de la excitación y del orgasmo, deformidades estéticas, incontinencia urinaria. ((10,27,30)

Como consecuencia de este modelo de atención, el proceso de parto acarrea numerosos problemas de salud física y mental a corto y largo plazo. (22)

2. Justificación.

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico realizado durante el parto vaginal para ampliar la abertura vaginal y facilitar el nacimiento. Aunque se ha utilizado de manera rutinaria, diversos estudios han cuestionado su eficacia y la frecuencia con la que se realiza, planteando un debate sobre su utilidad real y los posibles riesgos asociados para la madre y el bebé. En este contexto, es fundamental analizar los factores que influyen en su decisión, su impacto en la salud de la madre y el recién nacido, y las evidencias científicas actuales que sustentan su práctica.

La principal causa por la que nace la necesidad de investigar sobre este tema es la desinformación de los estudiantes de ciencias de la salud, y el rechazo de las recomendaciones sobre un parto respetuoso por parte del personal sanitario, ya que en la actualidad la VO se interpreta como un ataque al facultativo, en vez de un crecimiento profesional para dichos profesionales.

Este tema tiene relevancia no solo para los profesionales de la salud, sino también para las futuras madres, quienes deben estar informadas de las opciones disponibles para su parto y en cuales casos este recomendado realizar esta práctica. Además, dado que la episiotomía es un tema controvertido en la literatura sanitaria y en las guías de práctica clínica, resulta esencial reflexionar sobre su aplicación en el contexto actual de la atención perinatal.

El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es proporcionar una revisión crítica y actualizada sobre la episiotomía, evaluando los daños tanto físicos como psicológicos de su aplicación.

3. Objetivos.

El objetivo general de esta revisión sistemática es conocer el daño secundario a las episiotomías.

Los objetivos específicos son:

1. Determinar la tasa de episiotomía en general.
2. Determinar la tasa de episiotomías indicadas.
3. Determinar la tasa de episiotomías no indicadas.
4. Conocer el daño físico secundario a la episiotomía en general.
5. Conocer el daño físico secundario a la episiotomía indicada.
6. Conocer el daño físico secundario a la episiotomía no indicada.
7. Conocer el daño psicológico secundario a la episiotomía en general.
8. Conocer el daño psicológico secundario a la episiotomía indicada.
9. Conocer el daño psicológico secundario a la episiotomía no indicada.

4. Material y Metodología.

Para la búsqueda de los artículos que forman parte de esta revisión se siguieron las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). (31)

La gestión de las referencias bibliográficas se realizó mediante la versión gratuita del programa informático *"Mendeley Reference Manage 2"*. En el presente estudio no se ha redactado ningún protocolo.

4.1 Criterios de elegibilidad.

El desarrollo de este trabajo comenzó con el planteamiento de la pregunta de investigación, siguiendo el modelo P.I.C.O. (pacientes, intervención, comparación y resultados) se decidió realizar dos preguntas PICO para responder a los objetivos fijados, para población a estudio seleccionada. Se incluyeron mujeres que recibieron atención obstétrica.

La primera pregunta PICO tuvo como finalidad conocer los daños físicos y psicológicos de la episiotomía, respecto al parto sin episiotomía. En la tabla 2 se muestra la primera pregunta PICO estructurada.

Tabla 2: Pregunta PICO 1º.

P (Paciente con problema)	Mujeres que reciben atención obstétrica.
I (Intervención)	Episiotomía.
C (Comparación)	Sin episiotomía.
O (Resultado)	Conocer los daños físicos y psicológicos.

La pregunta de investigación planteada ha sido:

¿Cuál es el impacto de la práctica de la episiotomía respecto a no realizar episiotomía, y que efectos tiene en la salud física y psicológica de las mujeres?

La segunda pregunta PICO tuvo como finalidad conocer los daños físicos y psicológicos de la episiotomía no indicada respecto a la episiotomía indicada. En la tabla 3 se muestra la segunda pregunta PICO estructurada.

Tabla 3: Pregunta PICO 2º.

P (Paciente con problema)	Mujeres que reciben atención obstétrica.
I (Intervención)	Episiotomía no indicada.
C (Comparación)	Episiotomía indicada.
O (Resultado)	Conocer los daños físicos y psicológicos.

La pregunta de investigación planteada ha sido:

¿Cuál es el impacto de la práctica de la episiotomía indicada y no indicada, en la salud física y psicológica de las mujeres?

Antes de comenzar la búsqueda, se plantearon los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Población diana: Mujeres que hayan tenido un parto vaginal con o sin episiotomía.

Artículos en inglés o español.

Texto completo.

Estudios de casos y controles.

Estudios de cohortes prospectivos o retrospectivos.

Estudios de cohortes transversal o longitudinal.

Estudios publicados hace menos de 5 años.

Criterios de exclusión:

Mujeres que hayan tenido depresión antes del parto.

Mujeres que ya tenían dispareunia antes del parto.

Mujeres que ya tenían incontinencia urinaria y fecal antes del parto.

Mujeres que han tenido parto múltiple.

4.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda.

La selección de los artículos se realizó en diferentes fases utilizando dos estrategias de búsqueda: la primera para obtener la información general que permitió obtener la información para realizar la introducción, la justificación y el planteamiento de los objetivos de este trabajo. La segunda para obtener los artículos que forman parte de la revisión sistemática.

Para la obtención de la información relativa a VO y episiotomía y el desarrollo de la introducción de este trabajo, se diseñó una estrategia de búsqueda en las bases de datos Pubmed, Biblioteca virtual en salud, SciELO, Cinahal y Dialnet y Google scholar para realizar un estudio descriptivo. Posteriormente se identificaron las recomendaciones de la guía de la OMS. El acceso a estas se realizó a través de la biblioteca en línea 'CRAI José Planas' disponible en el sitio web de la Universidad Europea de Valencia.

La estrategia de búsqueda bibliográfica para la realización de esta revisión sistemática se realizó: PubMed, Biblioteca virtual en saúde, SciELO y Dialnet. Las palabras claves *Medical Subject Heading* (MeSH) utilizadas fueron: “*adverse effects*”, “*dyspareunia*”, “*side effects*”, “*mental health*”, “*episiotomy*”, que se combinaron entre ellas y con términos de libre designación “*obstetric violence*”, “*routine episiotomy*”. Se realizaron diferentes combinaciones con estas palabras y el operador booleano “AND” debiendo aparecer en el título o en el resumen. En el caso de no obtener ningún resultado, con la búsqueda de palabras claves (MeSH), se realizó una búsqueda mediante texto libre y mixta.

En anexos (**Tabla 12**), se encuentra una tabla de elaboración propia, donde se especifica la base de datos donde se realizó la búsqueda, se incluye la estrategia de búsqueda, filtros aplicados, la fecha de búsqueda y una captura de pantalla como prueba de la búsqueda.

4.3 Proceso de selección de los estudios.

Todos los estudios fueron revisados independientemente por dos revisores (autor y tutor del trabajo). Tras la búsqueda bibliográfica, se identificaron los artículos potencialmente relevantes, y se eliminó la duplicidad producida por un mismo artículo registrado en diferentes

bases de datos. A continuación, se seleccionaron los artículos que respondieron a los objetivos del trabajo. Esta selección se realizó en tres etapas:

- Primera etapa: lectura de los títulos de los estudios.
- Segunda etapa: lectura de los resúmenes de los estudios.
- Tercera etapa: lectura del texto completo y cribaje atendiendo a los criterios de elegibilidad y calidad.

4.4. Proceso de recopilación de datos.

De cada estudio analizado, se tuvieron en cuenta las siguientes variables.

Variables cuantitativas:

Porcentaje de mujeres que han recibido una episiotomía.

Porcentaje de mujeres que han recibido una episiotomía no indicada.

Porcentaje de mujeres que han recibido una episiotomía selectiva.

Porcentaje de días hasta comenzar las relaciones sexuales, según procedimiento.

Semanas de duración del dolor perineal según praxis realizada.

Edad media en años.

Índice de masa corporal (IMC) en Kg/m².

Peso mujer en kg.

Peso recién nacido (RN) en gramos.

Paridad en número de partos.

Inicio de la lactancia en días desde el parto.

Inicio de las relaciones sexuales tras parto en días.

Número de mujeres que presentan depresión post parto tras realización de episiotomía.

Número de mujeres que presentan ansiedad tras realización de episiotomía.

Número de mujeres que presentan estrés post traumático tras realización de episiotomía.

Número de mujeres que presentan dolor en la cicatriz tras realización de episiotomía.

Número de mujeres que presentan debilitación de la imagen corporal.

Número de mujeres que reportan dispareunia.

Número de mujeres que reportan alteración de la función sexual femenina.

Número de mujeres que reportan *Obstetric Anal Sphincter Injury* (OASI).

Número de mujeres con Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Número de mujeres con *Diabetes mellitus*. (DM).

Número de mujeres con Hipertensión arterial (HTA).

Número de mujeres expresados en valor absoluto (porcentaje).

Variables cualitativas:

Tipo de parto (asistido, no asistido), (espontáneo, asistido por vacío, fórceps), (Cesárea, episiotomía, instrumentalizado).

Presentación fetal (occipucio anterior, occipucio posterior, presentación de nalgas).

Complicaciones posparto (infección del tracto urinario, infección posparto, dehiscencia cicatriz, cicatriz infectada, resutura auto informada).

4.5. Valoración de la calidad.

Se realizó una revisión crítica de los artículos seleccionados para evaluar su calidad y realizar la selección definitiva. Esta lectura se realizó según la metodología CASPe (*Critical Appraisal Skill Programme en español*) a través de las herramientas disponibles en el sitio web de la red CASPe. <https://redcaspe.org> (32)

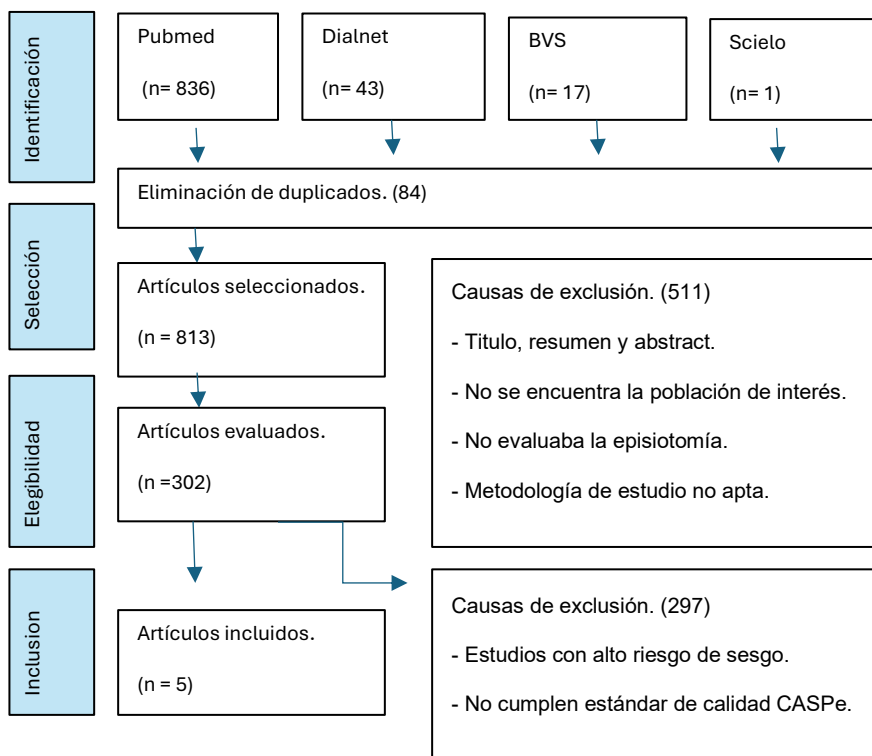
5. Resultados.

5.1 Selección de estudios. Flow chart.

Tras realizar la búsqueda bibliográfica, se identificaron 897 artículos potencialmente relevantes. Se eliminaron los duplicados de forma que el número de artículos se redujo a 813. Después de una revisión de los títulos y los resúmenes se descartaron los artículos que no cumplían los criterios especificados, no se encontraba la población de interés, no evaluaban la episiotomía y metodológicamente no era apto, con un total de 511, con lo que el número de artículos se redujo a 302. De estos, se excluyeron 297 por ser estudios con alto riesgo de sesgo, o no cumplir los estándares de calidad de CASPe, o no se consiguió los artículos (esto último ocurrió en 2 artículos), quedando el número en 5. Una vez identificados estos artículos que respondieron a la pregunta cumpliendo con los criterios de inclusión establecidos y los criterios de calidad, se procedió a la lectura del texto completo, con el objetivo de poder recabar más información para esta revisión y lograr una elevada fiabilidad. (32)

Figura 1. Selección de los estudios: Flow Chart.

Identificación de los estudios vía bases de datos y archivos.



5.1.1 Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo.

La calidad de los estudios seleccionados se evaluó utilizando la herramienta CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme en español*). Este programa fue creado por el *Institute of Health Sciences de Oxford (Universidad de Oxford y NHS R&D)* para ayudar a los investigadores del Servicio de Salud a obtener destrezas en la búsqueda de información y adquirir las habilidades necesarias para una lectura crítica de la literatura científica, así poder tomar las decisiones pertinentes basadas en la evidencia en su práctica clínica. (32)

CASPe ofrece diferentes herramientas en función del tipo de artículo a evaluar. En nuestro caso se han utilizado aquellas diseñadas para estudios de cohorte. En estos casos, se analizan los artículos mediante once preguntas. (32)

En la **tabla 4**, se muestran los resultados del análisis mediante la herramienta CASPe de los ensayos clínicos incluidos. En el caso del estudio de Molyneux R., el número de pérdidas es muy elevado (111 participantes de un total de 202); sin embargo, se decidió incluirlo en nuestro trabajo puesto que se trata de un estudio descriptivo, y no de un estudio experimental en el que el motivo de las pérdidas pueda estar relacionado con la intervención realizada. En el caso del estudio de Khalaf A., Fernández M. y Espitia FJ. no es aplicable la pérdida de participantes

ya que son estudios transversales. En el caso del estudio de Josefsson M. el número de pérdidas de seguimiento fue 0, aunque se detectó que había pérdidas de algunos datos. En conclusión, los estudios analizados son de calidad metodológica aceptable, con resultados precisos y creíbles que coinciden con la evidencia disponible.(32–37)

Tabla 4: Resultados del análisis CASPe de los estudios de cohortes

Preguntas/ Artículos	Khalaf A. 2023 (34)	Molyneux R. 2024 (36)	Fernandez M. 2024 (35)	Josefsson M. 2024 (33)	Espitia FJ 2021 (37)
1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	Si	Si	Si	Si	Si
2. ¿La cohorte se reclutó de la forma más adecuada?	Si	Si	Si	Si	Si
3. ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	Si,	Si	Si	Si	Si
4. ¿Ha tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?	Si	No consta.	Si	Si	Si
5. ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?	No	Si	No	Si	No
6. ¿Cuáles son los resultados de este estudio?	Son relevantes para esta revisión sistemática.	Dado que el número de artículos seleccionados es escaso y que la investigación no cuenta con intervención, se incluye este artículo, ya que es relevante.	Son relevantes para esta revisión sistemática.	Dado que el número de artículos seleccionados es escaso y que la investigación no cuenta con intervención, se incluye este artículo, ya que es relevante.	Son relevantes para esta revisión sistemática.
7. ¿Cuál es la precisión de los resultados?	Si, Son precisos y estadísticamente significativos.	Si, los resultados son precisos.	Si, los resultados son precisos y estadísticamente significativos.	Si, los resultados son precisos y estadísticamente significativos.	Si, los resultados son precisos.
8. ¿Te parecen creíbles los resultados?	Si	Si	Si	Si	Si
9. ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	Si	Si	Si	Si	Si
10. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio	Si, se aplican los resultados al estudio.	Si, se aplica los resultados al estudio realizado.	Si	Si	Si
11. ¿Va a cambiar esto en tu decisión clínica?	Posiblemente sí.	Si	Posiblemente sí.	Posiblemente sí.	Si

5.2 Análisis de las características de los estudios revisados.

Las características más importantes de los estudios incluidos se muestran en la tabla 5. Esta tabla resume las características principales de los estudios incluidos en el documento, como el autor, el lugar donde se realizó el estudio, el tipo de estudio, el tamaño de la muestra, las características de la muestra, los grupos comparados, las complicaciones evaluadas y el período de seguimiento.

Khalaf A. 2023: Este estudio retrospectivo se llevó a cabo en Omán con una muestra de 262 madres. El objetivo principal fue evaluar el porcentaje de episiotomía, la relación entre la depresión posparto y las intervenciones como la episiotomía y los desgarros perineales.(34)

Molyneux R. 2024: Este estudio longitudinal se realizó en Inglaterra con 202 mujeres y se centró en evaluar el porcentaje de episiotomía, el bienestar psicológico y emocional evaluándolo con escalas como BIS, IES-R, HADS, PIPP, en pacientes que habían sufrido traumas perineales durante el parto (episiotomía, desgarró 1º grado, OASI).(36)

Fernandez M. 2024: Este estudio comparativo se llevó a cabo en Cáceres, España, con 83 mujeres. El objetivo fue evaluar el porcentaje de episiotomía, comparar la función sexual posparto (FSM) entre ellas se evaluó la dispareunia, inicio tardío de la actividad sexual después del parto, función sexual general (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual), y ansiedad anticipatoria relacionada con la actividad sexual entre mujeres que experimentaron desgarró de 2º grado y aquellas que se sometieron a episiotomías. (35)

Josefsson M. 2024: Este estudio de cohorte se realizó en Suecia con una muestra de 5328 mujeres. El objetivo fue evaluar el porcentaje de episiotomía, la dispareunia, la reanudación y satisfacción sexual después de desgarró perineales y episiotomías. (33)

Espitia FJ. 2021: Este estudio transversal se llevó a cabo en Armenia, Colombia, con 975 mujeres. El objetivo fue evaluar el porcentaje de episiotomía, la prevalencia de dispareunia y los factores asociados a este problema seis meses después del parto. (37)

Tabla 5: Resumen de características principales de los estudios incluidos.

Autor y año.	Lugar.	Tipo de estudio.	Tamaño muestral y pérdidas.	Características de la muestra.	Grupos.	Variables evaluadas.	Seguimiento.
Khalaf A. 2023 (34)	Omaní	Cohorte retrospectiva, transversal.	N= 262 Pérdidas: 0	Edad media: Episiotomía 26'2±3'7 Desgarro 31'7±5'0 Periné intacto 32'2±5'4 Paridad: 0: 42 (61'8%) 1: 4 (7'8%) 2: 2 (3'6%) 3: 0 (0%) 4 o más: 1 (2'1%) Inicio del parto: Episiotomía. Inducción 22 (27'5%) Espontáneo 27 (14'8%) Desgarro. Inducción 18 (22'5%) Espontáneo 59 (32'4%) Periné intacto. Inducción 40 (50%) Espontáneo 96 (52'7%)	Episiotomía 49 (19%) Desgarros 77 (29%) Periné intacto 136 (52%)	Depresión postparto mediante la EPDS. Inicio de lactancia.	No procede.

Molyneux R. 2024 (36)	Inglaterra.	estudio de cohorte longitudinal.	N= 202 Pérdidas= 99	Edad media: 6 - 12 semanas= 29 $\pm$ 5'07 6 - 10 meses= 29'51 $\pm$ 4'75 Tipo de parto: Vaginal no asistido 60 (29'7%) Vaginal asistido 43 (21'28%)	OASI= 31 (15'35%) 1er/2do Grado = 33 (16'34%) Episiotomía = 39 19'31%	Bienestar psicológico y emocional mediante BIS IES -R, HADS, PIPP. Tipo de laceración.	10 MESES.
Fernandez M. 2024 (35)	Cáceres (España)	Estudio comparativo transversal.	N= 83 Pérdidas: 0	Edad media = 33'08 $\pm$ 4'63 Número de nacimientos = 1'64 $\pm$ 0'63 Peso de la mujer 65'19 $\pm$ 11'82 Peso del RN = 3.280 g. $\pm$ 0'53	desgarros espontáneos = 39 (46'99%) Episiotomía = 44 (53'01%)	Evaluó la función sexual con un cuestionario FSM.	No procede.
Josefsson M. 2024 (33)	Suecia	Estudio cohorte.	N= 5328 Pérdidas: 0	Edad materna: Desgarro espontáneo 29'2 (4'3%) Episiotomía 30 (4'6%) IMC en el embarazo temprano: Desgarro espontáneo 24'5 (10'3%) Episiotomía 23'2 (4'2%) IMC <18'5: Desgarro espontáneo 104 (2'4%) Episiotomía 44 (4'4%) IMC 18'5- 24'9: Desgarro espontáneo 2442 (56'5%) Episiotomía 622 (61'9%) IMC $\geq$25'0: Desgarro espontáneo 1595 (36'9%) Episiotomía 289 (28'8%)	Desgarro espontáneo 4323 (81'1%) Episiotomía 1005 (18'9%)	Dispareunia en mujeres con desgarro espontáneo o episiotomía.	6 años.

				IMC Desaparecido: Desgarro espontáneo 182 (4'2%) Episiotomía 50 (5%) COMORBILIDADES MATERNAS: DM: Desgarro espontáneo 25 (0'6%) Episiotomía 9 (0'9%) HTA: Desgarro espontáneo 13 (0'3%) Episiotomía 1(0'1%) Duración de la 2ª etapa activa: Desgarro espontáneo 40'6 (36'6%) Episiotomía 53'1 (54'3%) TIPO DE PARTO: Vaginal espontáneo: Desgarro espontáneo 3539 (81'9%) Episiotomía 582 (57'9%) Parto asistido por vacío: Desgarro espontáneo 620 (14'3%) Episiotomía 383 (38'1%) Férceps: Desgarro espontáneo 0 Episiotomía 3 (0'3%) Desaparecido: Desgarro espontáneo 164 (3'8%)			
--	--	--	--	---	--	--	--

				Episiotomía 37 (3'7%) PRESENTACION FETAL: Occipucio anterior: Desgarro espontáneo 4036 (93'4%) Episiotomía 895 (89'1%) Occipucio posterior: Desgarro espontáneo 162 (3'7%) Episiotomía 65 (6'5%) Presentación de nalgas: Desgarro espontáneo 103 (2'4%) Episiotomía 41 (4'1%) Desaparecido: Desgarro espontáneo 22 (0'5%) Episiotomía 4 (0'4) Peso al nacer (gramos): Desgarro espontáneo 3.518 g (471'7g) Episiotomía 3.524 g (517 g) COMPLICACIONES DEL PARTO: Distocia del parto: Desgarro espontáneo 938 (21'7%) Episiotomía 448 (44'6%) 2º etapa prolongada: Desgarro espontáneo 260 (6%) Episiotomía 83 (8'2%) Amenaza de sufrimiento fetal:			
--	--	--	--	---	--	--	--

				Desgarro espontáneo 282 (6'6%) Episiotomía 191 (19'1%) COMPLICACIONES POSPARTO: Infección del tracto urinario: Desgarro espontáneo 70 (2%) Episiotomía 30 (3'5%) Infección posparto: Desgarro espontáneo 144 (3'3%) Episiotomía 83 (8'3%) Dehiscencia de cicatriz: Desgarro espontáneo 17 (0'5%) Episiotomía 41 (1'2%) Resutura auto informada: Desgarro espontáneo 64 (1'2%) Episiotomía 33 (0'61%)			
Espitia FJ. 2021 (37)	Armenia (Colombia)	Cohorte transversal.	N= 975 Pérdidas= 0	Edad media: con dispareunia 26'73 ± 4'14 sin dispareunia 27'12 ± 4'48 Con dispareunia = 348 (35'65%) Episiotomía= 219 (62'93) Sin dispareunia = 627 Episiotomía 60 (9'56)	Tipo de parto: Cesárea 407 (41'8%) Vía vaginal 568 (58'3%) Episiotomía 279 (28'6%) Instrumentalizado 27 (2'77%) Sin incidencias 262 (26'9%)	Evaluación de la dispareunia con la herramienta IFSFA -6.	No procede.

BIS: *The Body Image Scale*; IES: *Posttraumatic stress symptoms*; HADS: *Anxiety and depression symptoms*; MIBS: *Mother and Infant Bonding Scale*; PIPP: *Perceived impact of perineal pain/discomfort on parenting tasks*; EPDS: *Edinburgh Postpartum Depression Scale*; FSM: función sexual de las mujeres; IFFS- 6: International Federation of Fertility Societies; OASI: Obstetric Anal Sphincter Injury; ITS: infección de transmisión sexual; IMC: índice de masa corporal, expresado en kg/m²; RN: Recién nacido; DM: *diabetes mellitus*; HTA: Hipertensión arterial.

Datos de edad media +/- desviación típica en años.

Número de nacimientos, peso de la mujer +/- desviación típica en kg.

Peso del RN en gramos expresados como media +/- desviación típica.

Número de mujeres expresados en valor absoluto (porcentaje).

N= tamaño muestra.

En la tabla 6 se muestran los resultados reportados en los estudios, incluyendo tasas de depresión posparto, estrés postraumático, ansiedad y otras complicaciones físicas y psicológicas.

En el estudio de Khalaf A. (2023), se observó tras realizar una medición con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), que las madres que sufrieron episiotomías tuvieron puntuaciones más altas de depresión posparto ($10'4 \pm 5'4$), en comparación con aquellas que experimentaron desgarros ($8'1 \pm 4'8$) o mantuvieron el periné intacto ($9'4 \pm 4'9$). También se observó que la edad de las mujeres al dar a luz variaba según si sufrieron episiotomía 26'2 años, desgarro 31'7 años, Periné intacto 32'2 años.(34)

Por otro lado, Molyneux R. (2024) encontró que las mujeres que se sometieron a episiotomías mostraron mayor malestar con su imagen corporal, con una puntuación a las 6 – 12 semanas en la escala BIS Episiotomía $8'47 \pm 5'25$, Desgarro $1^{\circ}/2^{\circ}$ de $8'00 \pm 6'51$, OASI de $5'83 \pm 3'81$, además en la escala que evalúa la ansiedad con la escala HADS se detectó a los 6 -10 meses peores datos en las pacientes con episiotomía, Episiotomía $7'79 \pm 3'96$, Desgarro $1^{\circ}/2^{\circ}$ $6'19 \pm 4'33$, OASI $5'23 \pm 3'83$. En cambio, las mujeres con OASI, sufrieron más síntomas de evitación de estrés postraumático, evaluado con la escala IES- R a las 6-12 semanas $2'42 \pm 2'24$, Desgarro $1^{\circ}/2^{\circ}$ $1'21 \pm 3'85$, OASI $3'37 \pm 3'85$ y esta misma escala a los 6 -10 meses Episiotomía $2'15 \pm 2'78$, Desgarro $1^{\circ}/2^{\circ}$ $1'30 \pm 1'95$, OASI $3'40 \pm 3'88$ y más dolor en la cicatriz evaluado con la escala PIPP Episiotomía $6'75 \pm 6'98$, Desgarro $1^{\circ}/2^{\circ}$ $2'43 \pm 2'76$, OASI $9'99 \pm 10'98$. (36)

En el estudio de Fernandez M. (2024),(35) se observó, que el inicio de las relaciones sexuales posparto fue más tarde en pacientes con episiotomía 50'45 días $\pm 19'48$ días, en comparación con mujeres con desgarros de segundo grado 39'45 días $\pm 13'23$, además la edad de las mujeres según laceración fue en las de Desgarros de 2° 34'23 $\pm 4'94$ años, y en las de Episiotomía 32'07 $\pm 4'13$ años. Aunque la evaluación de la función sexual no mostro datos estadísticamente significativos.(35)

En el caso de Josefsson M. (2024), (33) se observó que existe una incidencia similar de dispareunia leve a moderada entre mujeres con desgarro espontáneo (30'0%) y aquellas con episiotomía (29'1%). Sin embargo, se observó una ligera diferencia en los casos de dispareunia fuerte, siendo más frecuente en el grupo con episiotomía (3'8%) que en el de desgarro natural (2'4%). En cuanto a la satisfacción con los resultados del parto, la mayoría de las mujeres en ambos grupos reportaron altos niveles de satisfacción, con un 42'2% en el grupo de desgarro espontáneo frente a un 37'2% en el de episiotomía. La tasa de insatisfacción fue notablemente mayor entre las mujeres con episiotomía (6'7%) en comparación con las que tuvieron un desgarro

natural (3'7%). Las mujeres con episiotomía que tuvieron dehiscencia de la cicatriz fueron el 1'2%, en cambio las mujeres con desgarros espontáneos fueron el 0'5%. (33)

Finalmente, Espitia FJ. 2021 (37) señaló que la dispareunia, fue más común en mujeres que tuvieron episiotomías (62'64% de las mujeres con dispareunia habían tenido una episiotomía) y parto instrumentado (6'32% de las mujeres con dispareunia tuvieron partos instrumentados). Este tras realizar el Índice de Función Sexual Femenino Abreviado (IFSFA-6), mostró una puntuación global promedio de $23'47 \pm 5'71$ puntos. En las mujeres con dispareunia, la puntuación fue significativamente menor ($17'51 \pm 6'29$ puntos), lo que refleja una función sexual deteriorada. Además, el dominio más afectado fue el dolor durante el coito, con una puntuación media de $4'82 \pm 0'94$. Se encontró que, entre las mujeres con episiotomía, 218 (62'64%) mujeres sufrían dispareunia y 61 (9'72%) mujeres no sufrían dispareunia, en cambio en las mujeres sin episiotomía, 130 (37'35%) mujeres tuvieron dispareunia en comparación con 566 (90'27%) mujeres sin dispareunia.(37)

Tabla 6: Resultados.

Autor y año.	Tamaño de la muestra y pérdidas.	Complicaciones.	OR.	P.
Khalaf A. 2023 (34)	262 Pérdidas: 0	Puntuación EPDS: Episiotomía 10'4±5'4 Desgarro 8'1±4'8 Periné Intacto 9'4±4'9 Regresión lineal múltiple de las variables asociadas a la depresión postparto: Episiotomía comparada con los otros. Periné intacto comparado con los otros. Edad: Episiotomía 26'2 (3'7%) Desgarro 31'7 (5'0%) Periné Intacto 32'2 (5'4%)		p= 0'042 p= 0'015 p= 0'082 p= 0'002
Molyneux R. 2024 (36)	N= 202 Pérdidas= 111	Escala BIS 6 - 12 semanas. Episiotomía 8'47 ± 5'25 Desgarro 1º/2º 8'00 ±6'51 OASI 5'83 ± 3'81 Escala BIS 6 - 10 meses. Episiotomía 8'29 ± 5'43 Desgarro 1º/2º 8'84 ± 7'41 OASI 8'21 ± 6'31 Estrés postraumático - IES -R Total 6 -12 semanas. Episiotomía 7'45 ± 8'03		p= 0'048 p > 0'05 p > 0'05

	Desgarro 1º/2º 5'15 ± 5'88 OASI 8'43 ± 8'94 Estrés postraumático - IES -R Total 6 -10 meses. Episiotomía 6'47 ± 7'27 Desgarro 1º/2º 4'38 ± 6'11 OASI 8'23 ± 9'6 Estrés postraumático - Intrusión IES -R 6 -12 semanas. Episiotomía 3'53 ± 4'28 Desgarro 1º/2º 2'94 ± 3'47 OASI 3'27 ± 3'65 Estrés postraumático - Intrusión IES -R 6 -10 meses. Episiotomía 3'23 ± 3'61 Desgarro 1º/2º 1'69 ± 2'19 OASI 2'93 ± 3'16 Estrés postraumático - Evitación IES -R 6 -12 semanas. Episiotomía 2'42 ± 2'24 Desgarro 1º/2º 1'21 ± 3'85 OASI 3'37 ± 3'85 Estrés postraumático - Evitación IES -R 6 -10 meses. Episiotomía 2'15 ± 2'78 Desgarro 1º/2º 1'30 ± 1'95 OASI 3'40 ± 3'88 Estrés postraumático - Hiperexcitación IES -R 6 -12 semanas. Episiotomía 1'29 ± 1'94 Desgarro 1º/2º 1'15 ± 1'91		p > 0'05 p > 0'05 p > 0'05 p = 0'004 p = 0'036 p > 0'05
--	--	--	---

	OASI 1'67 ± 2'23 Estrés postraumático - Hiperexcitación IES -R 6 -10 meses. Episiotomía 0'65 ± 0'85 Desgarro 1º/2º 0'53 ± 0'95 OASI 0'67 ± 0'84 HADS - Ansiedad 6- 12 semanas. Episiotomía 6 ± 3'95 Desgarro 1º/2º 5'73 ± 3'97 OASI 4'41 ± 0'12 HADS - Ansiedad 6- 10 meses. Episiotomía 7'79 ± 3'96 Desgarro 1º/2º 6'19 ± 4'33 OASI 5'23 ± 3'83 HADS - Depresión 6- 12 semanas. Episiotomía 4'63 ± 3'33 Desgarro 1º/2º 4'36 ± 3'36 OASI 3'87 ± 3'31 HADS - Depresión 6- 10 meses. Episiotomía 5'5 ± 3'46 Desgarro 1º/2º 4'88 ± 3'17 OASI 3'83 ± 3'3 MIBS - 6 -12 semanas. Episiotomía 1 ± 2'32 Desgarro 1º/2º 0'97 ± 1'38 OASI 1'51 ± 1'78		p > 0'05 p > 0'05 p = 0'041 p > 0'05 p > 0'05 p > 0'05
--	--	--	---

		MIBS - 6 - 10 meses. Episiotomía $1 \pm 1'63$ Desgarro $1^{\circ}/2^{\circ} 0'87 \pm 1'22$ OASI $1'46 \pm 1'92$ PIPP total - 6 -12 semanas. Episiotomía $6'75 \pm 6'98$ Desgarro $1^{\circ}/2^{\circ} 2'43 \pm 2'76$ OASI $9'99 \pm 10'98$		$p > 0'05$ $p = 0'007$
Fernandez M. 2024 (35)	N= 83 Pérdidas: 0	Edad de las mujeres. Desgarros de $2^{\circ} 34'23 \pm 4'94$ Episiotomía $32'07 \pm 4'13$ Número de partos. Desgarros de $2^{\circ} 1'90 \pm 59$ Episiotomía $1'4 \pm 58$ Inicio de las relaciones sexuales posparto. Desgarros de $2^{\circ} 39'45 \pm 13'23$ Episiotomía $50'45 \pm 19'48$ FSM - Función sexual de las mujeres. Deseo y la excitación ($\rho = 0'71$) Excitación y lubricación ($\rho = 0'88$), Excitación y orgasmo ($\rho = 0'63$) Satisfacción y la actividad sexual ($\rho = 0'66$) Orgasmo y la satisfacción con la actividad sexual ($\rho = 0'94$) Ansiedad anticipatoria y problemas con la penetración vaginal ($\rho = 0'77$).		$p = 0'02$ $p = 0'00$ $p = 0'022$ $p < 0'05$

Josefsson M. 2024 (33)	N= 5328 Pérdidas: 0	Relaciones sexuales en los últimos 3 meses. Desgarro espontáneo (85'1%) Episiotomía (83%) Dispareunia al año SIN DOLOR: Desgarro espontáneo 1888 (64'2%) Episiotomía 465 (61%) LEVE/MODERADO: Desgarro espontáneo 881 (30%) Episiotomía 222 (29'1%) FUERTE/ INSOPORTABLE: Desgarro espontáneo 72 (2'4%) Episiotomía 29 (3'8%) Dolor perineal a las 8 semanas - Sin dolor Desgarro espontáneo 2212 (65'8%) Episiotomía 487 (14'5%) Dolor perineal a las 8 semanas - Con dolor Desgarro espontáneo 464 (13'8%) Episiotomía 197 (5'9%) Infección posparto - Sin infección: Desgarro espontáneo 2750 (77'3%) Episiotomía 658 (18'5 %) Infección posparto - Con infección: Desgarro espontáneo 91 (2'6%) Episiotomía 58 (1'6%)	ORa 1; (IC 0'9 - 1'2) ORa 1'6; (IC 1'1 - 2'5) cOR 1'98; (IC 1'04 - 3'58) cOR 3'84; (IC 2'28 - 6'4) cOR 4'39; (IC 2'21 - 8'25) cOR 1'49; (IC 0'91 - 2'36) cOR 1'81; (IC 0'54 - 4'51) cOR 3'72; (IC 1'27 - 8'77)	p= 0'53
----------------------------------	----------------------------	---	--	---------

		Sin dehiscencia de la cicatriz: Desgarro espontáneo 2824 (79'4%) Episiotomía 673 (18'9%) Dehiscencia de la cicatriz: Desgarro espontáneo 17 (0'5%) Episiotomía 43 (1'2%) No fue necesario Re – sutura: Desgarro espontáneo 2793 (78'5%) Episiotomía 692 (19'5%) Re – sutura: Desgarro espontáneo 48 (1'3%) Episiotomía 24 (0'7 %) NO RELEVANTE: Desgarro espontáneo 98 (3'3%) Episiotomía 46 (6%) Satisfacción con el resultado al año: MUY SATISFECHO: Desgarro espontáneo 1194 (42'2%) Episiotomía 267 (37'2%) SATISFECHO: Desgarro espontáneo 953 (33'9%) Episiotomía 243 (33'8%) NEUTRAL: Desgarro espontáneo 539 (19'1%) Episiotomía 143 (19'9%)	cOR 1'50; (IC 0'92 - 2'35) cOR 2'42; (IC 0'13 - 12'13) cOR 3'98; (IC 1'17 - 10'22) cOR 1'66; (IC 1'05 - 2'57) cOR 2'63; (IC 0'63 - 7'43) cOR 1'72; (IC 0'10 - 8'33) ORa 1'9; (IC 1'3 - 2'7) ORa 0'9; (IC 0'7 - 1'1) ORa 1; (IC 0'8 - 1'3)	
--	--	---	--	--

		INSATISFECHO: Desgarro espontáneo 105 (3'7%) Episiotomía 48 (6'7%) MUY INSATISFECHO: Desgarro espontáneo 24 (0'9%) Episiotomía 17 (2'4%) Dolor perineal a las 8 semanas - Sin dolor. Desgarro espontáneo 2197 (65'6%) Episiotomía 483 (14'4%) Dolor perineal a las 8 semanas - Con dolor. Desgarro espontáneo 466 (13'9%) Episiotomía 203 (6'1%) Infección posparto - Sin infección. Desgarro espontáneo 2723 (77'1%) Episiotomía 659 (18'7 %) Infección posparto - Con infección. Desgarro espontáneo 92 (2'6%) Episiotomía 59 (1'7%) Sin dehiscencia de la cicatriz. Desgarro espontáneo 2798 (79'2%) Episiotomía 677 (19'2%) Dehiscencia de la cicatriz. Desgarro espontáneo 17 (0'5%) Episiotomía 43 (1'2%) No fue necesario Re – sutura.	ORa 1'8; (IC 1'2 - 2'6) ORa 2'8; (IC 1'5 - 5'3) cOR 1'61; (IC 0'97 - 2'58) cOR 3'97; (IC 2'70 - 5'79) cOR 7'44; (IC 4'81 - 11'37) cOR 1'93; (IC 1'57 - 2'69) cOR 3; (IC 1'48 - 5'55) cOR 5'64; (IC 2'79 - 10'58) cOR 1'82; (IC 1'29 - 2'52) cOR 6'58; (IC 1'83 - 18'9) cOR 8'85; (IC 4'26 - 17'35)	
--	--	---	---	--

		Desgarro espontáneo 2766 (78'3%) Episiotomía 695 (19'7%) Re – sutura. Desgarro espontáneo 49 (1'4%) Episiotomía 23 (0'7%)	cOR 2'01; (IC 1'45 - 2'76) cOR 3'61; (IC 1'46 - 7'72) cOR 7'65; (IC 2'72 - 18'77)	
Espitia F.J. 2021 (37)	N= 975 Pérdidas: 555	IFFS-6 global 23'47 ± 5'71 IFFS - 6 mujeres con dispareunia 17'51 ± 6'29 Dolor durante el coito 4'82 ± 0'94 Dispareunia según raza 348 - (35'69%) Mujeres afroamericanas 91 (26'14%) Indígenas 21 (6'03%) Hispánicas 236 (67'81%) Tipo de parto: Vía vaginal 568 (58'25%) con dispareunia 2 (1-6) sin dispareunia 2 (1-7) Cesárea 407 (41'74%) con dispareunia 2 (1-6) sin dispareunia 2 (1-5) Con Episiotomía 279 (49'11%) con dispareunia 218 (62'64%) sin dispareunia 61 (9'72%) Sin Episiotomía 695 (50'89%) con dispareunia 130 (37'35%) sin dispareunia 566 (90'27%)		p = 0'73 p= 0'048 p = 0'006

p = 0'027

$P < 0.001$

p= 0'009

$p = 0.003$

p = 0'003

		con dispareunia 288 (82'75%) sin dispareunia 337 (53'74%) Sin consumo de tabaco: con dispareunia 112 (32'18%) sin dispareunia 290 (46'25%) Antecedente ITS: con dispareunia 72 (20'68%) sin dispareunia 124 (19'77%) Sin antecedente ITS: con dispareunia 276 (79'31%) sin dispareunia 503 (82'22%) Antecedentes de violación 97 (9'94%) con dispareunia 41 (11'78%) sin dispareunia 56 (8'93%) Sin antecedentes de violación 878 (90'06%) con dispareunia 307 (88'21%) sin dispareunia 571 (91'06%) Dispareunia sin realización de masturbación (42'63%) Dispareunia con masturbación (22'48%) Encuentros sexuales 7 días previos. Con dispareunia 2 (0- 3) Sin dispareunia 5 (2-7)		p = 0'005 p = 0'003 p = 0'036 p = 0'003
--	--	---	--	---

BIS: *The Body Image Scale*; IES: *Posttraumatic stress symptoms*; HADS: *Anxiety and depression symptoms*; MIBS: *Mother and Infant Bonding Scale*; PIPP: *Perceived impact of perineal pain/discomfort on parenting tasks*; EPDS: *Edinburgh Postpartum Depression Scale* ; FSM: función sexual de las mujeres; IFFS- 6: *International Federation of Fertility Societies*; ITS: infección de transmisión sexual.

Anal Sphincter Injury; ORa: ajusted Odds ratio; cOR: Odds ratio crudo o no ajustado; (p) Rho: coeficiente de correlación de Pearson (rango: -1 +1)

Datos de edad media +/- desviación típica en años.

Número de partos, inicio de las relaciones sexuales (en días), expresados como media +/- desviación típica.

Número de nacimientos, peso de la mujer +/- desviación típica en kg.

Número de mujeres expresados en valor absoluto (porcentaje)

p: nivel de significación estadística.

N= tamaño muestra.

Esta tabla 7 resume los resultados y conclusiones de los estudios, destacando los hallazgos clave y sus implicaciones clínicas.

En el estudio de Khalaf A. (2023), se encontró que la episiotomía se asoció con mayores niveles de depresión posparto. Las madres con episiotomía tuvieron una puntuación media de $10'4 \pm 5'4$ en la EPDS, en comparación con $8'1 \pm 4'8$ en mujeres con desgarros y $9'4 \pm 4'9$ en aquellas con periné intacto. También se observó que la edad de las mujeres al dar a luz variaba según si sufrieron episiotomía 26'2 años, desgarro 31'7 años, Periné intacto 32'2 años. Esto sugiere que la episiotomía podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto y las mujeres más jóvenes tendrían más probabilidad de sufrir una episiotomía. (34)

Por su parte, Molyneux R. (2024) demostró que el tipo de trauma perineal afecta significativamente el bienestar físico y psicológico de las mujeres. Este estudio, nos lleva a pensar que la episiotomía puede afectar a la salud mental en especial a la imagen corporal y producirles ansiedad, aunque las mujeres con OASI, tienen más sufrimiento respecto al dolor en la cicatriz y más estrés postraumático.(36)

En el estudio de Fernandez M. (2024), se observó que la episiotomía retrasó la reanudación de la actividad sexual en comparación con los desgarros de segundo grado. Las mujeres con episiotomía tardaron un promedio de 50'45 días en reanudar la actividad sexual, frente a 39'45 días en el grupo con desgarros ($p = 0'022$). (35)

El estudio de Josefsson et al. (2024) encontró que la dispareunia fuerte fue más frecuente en el grupo de episiotomía que en el de desgarro espontaneo (3'8% vs. 2'4%) (ORa 1'6; IC 1'1 - 2'5). La insatisfacción fue mayor en mujeres con episiotomía que en las mujeres con desgarros espontáneos (6'7% vs. 3'7%) (ORa 1'8; IC 1'2 - 2'6). Además, las mujeres con episiotomía tuvieron más dehiscencia de la cicatriz que las mujeres con desgarros espontáneos (1'2% vs. 0'5%) (cOR 8'85; IC 4'26 - 17'35). (33)

Finalmente, Espitia FJ. (2021) señaló que la dispareunia fue más común en mujeres con episiotomía 62'64% y partos instrumentados 6'32%. Las mujeres con dispareunia reportaron menos encuentros sexuales semanales (2 encuentros en promedio) en comparación con aquellas sin este problema (5 encuentros). Este estudio, evaluó la función sexual con la escala IFSFA-6. Los resultados globales de esta escala señalan ($23'47 \pm 5'71$) y en pacientes con dispareunia ($17'51 \pm 6'29$), es decir las pacientes con dispareunia tienen peores resultados en la escala IFFS-6 Los principales factores de riesgo fueron la episiotomía y el parto instrumentado. Además, da a entender que las mujeres con episiotomía tenían más probabilidad de sufrir dispareunia, en cambio en las mujeres sin episiotomía, tenían menos riesgo de sufrir. (37)

Tabla 7: Resumen de Resultados y Conclusiones

Autor y año	Tamaño muestral y pérdidas	Conclusiones
Khalaf A. 2023 (34)	N= 262 Pérdidas: 0	La puntuación total del EPDS fue significativamente mayor entre las madres con episiotomía (10'4, DE = 5'4) en comparación con aquellas con desgarros (8'1, DE = 4'8) y aquellas con periné intacto (9'4, DE = 4'9) (valor de $p < 0'05$). Las madres que tuvieron un desgarro o episiotomía tuvieron en promedio 1'24 puntos más en las puntuaciones del EPDS en comparación con las madres con periné intacto, aunque no fue significativo (valor de $p > 0'05$).
Molyneux R. 2024 (36)	N= 202 Pérdidas= 111	El trauma perineal durante el parto afecta el bienestar psicológico en el posparto. Las mujeres con episiotomía presentaron una imagen corporal más negativa ($8'47 \pm 5'25$ en BIS) y mayores síntomas de ansiedad ($7'79 \pm 3'96$ en HADS) que aquellas con OASI ($5'83 \pm 3'81$ en BIS; $5'23 \pm 3'83$ en HADS).
Fernandez M. 2024 (35)	N= 83 Pérdidas: 0	En este estudio comparativo transversal, se evalúa la función sexual de las mujeres tras episiotomía o desgarros de 2º grado, los resultados remarcan que las mujeres con episiotomía tardaron un promedio de 50'45 días en reanudar la actividad sexual, frente a los 39'45 días en el grupo con desgarros ($p = 0'022$). Por lo tanto, la episiotomía retrasa la reanudación de la actividad sexual sin afectar más negativamente la función sexual que los desgarros de segundo grado.
Josefsson M. 2024 (33)	N= 5328 Pérdidas: 0	El estudio de Josefsson et al. (2024) encontró que la dispareunia fuerte fue más frecuente en el grupo de episiotomía que en el de desgarro espontáneo (3'8% vs. 2'4%) (ORa 1'6; IC 1'1 - 2'5). La insatisfacción fue mayor en mujeres con episiotomía que en las mujeres con desgarros espontáneos (6'7% vs. 3'7%) (ORa 1'8; IC 1'2 - 2'6). Además, las mujeres con episiotomía tuvieron más dehiscencia de la cicatriz que las mujeres con desgarros espontáneos (1'2% vs. 0'5%) (cOR 8'85; IC 4'26 - 17'35).
Espitia FJ 2021 (37)	N= 975 Pérdidas: 555	Este estudio analiza a mujeres 6 meses después del parto para identificar factores asociados a la dispareunia, evaluando la función sexual con la escala IFSFA-6. Los resultados globales de esta escala señalan ($23'47 \pm 5'71$) y en pacientes con dispareunia ($17'51 \pm 6'29$), es decir las pacientes con dispareunia tienen peores resultados en la escala IFSFA-6. Los principales factores de riesgo fueron la episiotomía, el parto instrumentado. Las mujeres con dispareunia reportaron menos encuentros sexuales semanales (2 frente a 5) en comparación con aquellas sin este problema.

EPDS: *Edinburgh Postpartum Depression Scale*; BIS: *The Body Image Scale*; IES: *Posttraumatic stress symptoms*; IFFS- 6: International Federation of Fertility Societies; OASI: Obstetric

Anal Sphincter Injury; ORa: ajusted Odds ratio; cOR: Odds ratio crudo o no ajustado; (p) Rho: coeficiente de correlación de Pearson (rango: -1 +1)

Datos expresados en datos absolutos (porcentaje); Edades: reportadas en años; Tiempos: reportados en días.

(p) Rho: coeficiente de correlación de Pearson (rango: -1 +1)

El valor p: probabilidad de obtener un resultado bajo hipótesis nula ($p < 0'05$ = significativo)

N= tamaño muestral

5.3 Síntesis resultados.

A continuación, se describen los resultados en relación con los objetivos correspondientes.

Objetivo general: Conocer el daño secundario a las episiotomías.

Los estudios revisados evidencian que las episiotomías, pueden generar daños tanto físicos como psicológicos en las mujeres. Estos daños incluyen complicaciones como dehiscencia de cicatrices, dispareunia, depresión posparto, ansiedad y estrés postraumático. Además, se observa que las episiotomías pueden retrasar la recuperación física y emocional después del parto, así como un ligero retraso en la reanudación de las relaciones sexuales.

Objetivo específico 1: Determinar la tasa de episiotomías en general.

Las episiotomías son intervenciones comunes en el contexto del parto, y su frecuencia varía según los estudios.

En la investigación realizada por Khalaf A. (2023), se documentó que el 19% de las mujeres incluidas en el estudio fueron sometidas a episiotomía.(34)

En el estudio de Molyneux R. (2024), el 19'31% de las mujeres se sometieron a una episiotomía. Es importante señalar que existe un pequeño sesgo en los porcentajes presentados, ya que este estudio analiza únicamente una muestra de mujeres que han experimentado laceraciones vaginales, sin incluir a aquellas que no han sufrido laceraciones, ya sean naturales o artificiales.(36)

Según el estudio de Fernandez M. (2024), el procedimiento de episiotomía fue practicado en el 53'01% de las mujeres participantes. Es relevante destacar que los porcentajes presentados pueden estar ligeramente sesgados, dado que el estudio se centra exclusivamente en mujeres que han sufrido laceraciones vaginales, omitiendo a aquellas que no presentaron laceraciones, ya sean de origen natural o inducido. (35)

En el estudio llevado a cabo por Josefsson (2024), se observó que el 18'86% de las mujeres incluidas en la muestra fueron sometidas a la práctica de la episiotomía. Cabe mencionar que los porcentajes obtenidos pueden estar afectados por un pequeño sesgo, ya que el estudio se enfoca únicamente en mujeres con laceraciones vaginales, sin considerar a aquellas que no presentaron laceraciones, ya sean naturales o provocadas.(33)

En el estudio de Espitia FJ (2021), el 28'6% de las mujeres se les realizó la episiotomía.(37)

Tabla 8: Tasa de episiotomía

Estudio	N	Tasa de episiotomía
Khalaf A. (2023) (34)	262	49 (19%) de 262 mujeres
Molyneux R. (2024) (36)	202	39 (19'31%) de 202 mujeres
Fernandez M. (2024) (35)	83	44 (53'01%) de 83 mujeres
Josefsson (2024)(33)	5328	1005 (18'86%) de 5328 mujeres
Espitia FJ. (2021) (37)	975	279 (28'6%) de 975 mujeres

Datos expresados en valores absolutos (porcentaje);

Objetivo específico 2: Determinar la tasa de episiotomía no indicada:

No se han encontrado artículos que permitan valorar este objetivo.

Objetivo específico 3: Determinar la tasa de episiotomía indicada:

No se han encontrado artículos que permitan valorar este objetivo.

Objetivo específico 4: Conocer el daño físico secundario a la episiotomía en general.

Los estudios revelan que las episiotomías están asociadas con una variedad de complicaciones físicas, entre las que se incluyen:

Dehiscencia de cicatrices: En el estudio de Josefsson (2024), la dehiscencia de cicatrices fue más común en mujeres con episiotomía (1'2%). (33)

Dispareunia: En el estudio de Espitia FJ. (2021), el 62'64% de las mujeres con dispareunia habían tenido una episiotomía, lo que sugiere que esta intervención está fuertemente asociada con el dolor durante las relaciones sexuales. (37)

Inicio de las relaciones sexuales posparto: Fernandez M. refiere que las mujeres con episiotomía comenzaron las relaciones sexuales 50'45 ± 19'48 días en comparación con las mujeres con desgarros de 2º 39'45 ± 13'23 días. (33,35)

Estos hallazgos indican que las episiotomías pueden generar complicaciones físicas significativas que afectan la calidad de vida de las mujeres después del parto.

Tabla 9: Daños físicos secundarios a la episiotomía en general

Complicación física	Estudio	Resultados
Dehiscencia de cicatrices	Josefsson (2024)(33)	1'2% de mujeres con episiotomía presentaron dehiscencia de cicatrices.
Dispareunia	Espitia FJ (2021) (37)	62'64% de las mujeres con dispareunia habían tenido una episiotomía.
Inicio de las relaciones sexuales posparto	Fernandez M. (2024) (35)	11 días más tarde comenzaron a tener relaciones postparto las mujeres con episiotomía

Datos extraídos de los estudios incluidos en la revisión: Datos expresados en valores absolutos (porcentaje);

Objetivo específico 5: Conocer el daño físico secundario a la episiotomía indicada.

No se han encontrado artículos que permitan valorar este objetivo.

Objetivo específico 6: Conocer el daño físico secundario a la episiotomía no indicada.

No se han encontrado artículos que permitan valorar este objetivo.

Objetivo específico 7: Conocer el daño psicológico secundario a la episiotomía en general. Los estudios también destacan el impacto psicológico de las episiotomías, que incluyen:

Depresión posparto: En el estudio de Khalaf (2023), las mujeres con episiotomía tuvieron puntuaciones más altas de depresión posparto ($10'4 \pm 5'4$). (34)

Ansiedad y estrés postraumático: En el estudio de Molyneux R. (2024), las mujeres con episiotomía mostraron mayores niveles de ansiedad ($7'79 \pm 3'96$) y una imagen corporal más negativa ($8'47 \pm 5'25$), en comparación con otros grupos(36)

Tabla 10: Daños psicológicos secundarios a la episiotomía en general

Complicación psicológica	Estudio	Resultados
Depresión posparto	Khalaf (2023)(34)	Puntuación EPDS: Episiotomía ($10'4 \pm 5'4$)
Ansiedad	Molyneux (2024) (36)	Puntuación HADS: Episiotomía ($7'79 \pm 3'96$).
Imagen corporal negativa	Molyneux (2024) (36)	Puntuación BIS: Episiotomía ($8'47 \pm 5'25$)

Datos extraídos de los estudios incluidos en la revisión: Datos expresados en valores absolutos (porcentaje); EPDS: *Edinburgh Postpartum Depression Scale*; BIS: *The Body Image Scale*; Escala HADS: *Anxiety and depression symptoms*;

Objetivo específico 8: Conocer el daño psicológico secundario a la episiotomía indicada. No se han encontrado artículos que permitan valorar este objetivo.

Objetivo específico 9: Conocer el daño psicológico secundario a la episiotomía no indicada. No se han encontrado artículos que permitan valorar este objetivo.

6. Discusión

El presente TFG ha tenido como objetivo principal analizar las consecuencias físicas y psicológicas de la episiotomía, en el contexto de la VO. A través de una revisión sistemática de la literatura, se han identificado y evaluado los daños asociados a esta práctica, tanto en el ámbito físico como psicológico.

Limitaciones del estudio: A pesar de los hallazgos significativos, esta revisión tiene algunas limitaciones. En primer lugar, dado que se trata de un tema escasamente abordado en la literatura científica, se observa una notable ausencia de investigaciones relevantes en bases de datos. El artículo de Molyneux (2024) presenta pérdidas de seguimiento mayores al 15%, pero al no ser un ensayo clínico, no afecta a la validez de dicha publicación. Otra de las limitaciones que afecta a la búsqueda de publicaciones es la falta de acceso a la literatura no publicada (literatura gris), que podría haber enriquecido esta investigación. Además, la ausencia de artículos que tomen los mismos criterios para investigar sobre los efectos secundarios, teniendo diversidad de escalas para evaluar estos, que impiden tener un criterio estándar, y escasa comparación entre investigadores. Otra limitación es la diferenciación de objetivos entre investigadores, estas dos últimas limitaciones impiden escasa homogeneidad en resultados. Por último, estos estudios cuentan con una brecha de género, ya que no se investiga como la dispareunia afecta a las relaciones de pareja, perpetuando una visión biomédica que invisibiliza el impacto social de la episiotomía. (33,34,36,37)

No se ha realizado un análisis formal de heterogeneidad, dado que los estudios incluidos presentaban diferencias metodológicas y clínicas significativas (poblaciones distintas, variables medidas de forma desigual, y ausencia de datos estadísticos homogéneos). Esta limitación impide una síntesis cuantitativa comparativa y refuerza la necesidad de más estudios estandarizados sobre el tema."

Cabe señalar que no se aplicó el sistema GRADE para valorar la calidad de la evidencia, debido al escaso número de estudios incluidos y a la limitada disponibilidad de literatura científica específica, lo que restringe la posibilidad de graduar formalmente la fuerza de las recomendaciones derivadas.

Como fortalezas de esta revisión sistemática, destacar que, en la selección de estudios, se usó múltiples bases de datos, esta revisión destaca por abordar un tema en el que el conocimiento es muy escaso, sobre daños físicos y psicológicos en el marco de la VO y la episiotomía, utilizando una estrategia de búsqueda reproducible en cuatro bases de datos. Además, tiene un potencial impacto en la práctica clínica y en la defensa de los derechos de las mujeres, fusionándolo con la bioética y la sanidad.

Tasa de episiotomías: Los resultados de los estudios revisados indican que la episiotomía sigue siendo una práctica común en muchos contextos, incluso en casos donde no está médicamente justificada. Por lo que se podría decir que los porcentajes de episiotomía en estos estudios, en los últimos 5 años han variado entre el 18'86% y el 53'01%, aunque haya artículos que cuentan con un pequeño sesgo. Sin embargo, siguen siendo porcentajes de episiotomía altos según las guías sanitarias.

Tasa de episiotomía indicada y no indicada: Aunque no existen artículos que diferencien explícitamente entre las tasas de episiotomía selectiva y de rutina, se puede concluir que los porcentajes citados en el anterior texto podrían incluir ambos enfoques, dado que la tasa observada sigue siendo considerablemente alta para la práctica de la episiotomía.

Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional, que ha señalado que, a pesar de las recomendaciones de la OMS y otras organizaciones sanitarias para reducir el uso rutinario de la episiotomía, esta práctica sigue siendo frecuente en muchos países, aun habiendo un descenso significativo en las últimas décadas, pero sin llegar a su eliminación. La persistencia de la episiotomía no indicada puede estar relacionada con la falta de formación adecuada del personal sanitario, la presión por acelerar los partos, el sentimiento de ataque de los profesionales, ante la realización de una técnica, que hoy en día esta desaconsejada.(10)

Daños físicos secundarios a la episiotomía: Los estudios revisados han evidenciado que la episiotomía está asociada con una serie de complicaciones físicas que afectan la calidad de vida de las mujeres después del parto. Entre estas complicaciones se encuentran la dehiscencia de cicatrices, la dispareunia incluso se asocia con un retraso del inicio de las relaciones sexuales.

Por otro lado, Espitia FJ (2021) encontró que el 62'64% de las mujeres que habían sido sometidas a episiotomía tenían dispareunia, lo que sugiere una fuerte asociación entre esta intervención y el dolor durante las relaciones sexuales. Estos hallazgos subrayan la importancia de reducir el uso innecesario de la episiotomía, ya que no solo afecta la salud física de las mujeres, sino también su bienestar sexual y emocional.(37)

Daños físicos secundarios a la episiotomía indicada y no indicada: Aunque no haya ningún trabajo de investigación, publicados que lo corrobore, los daños físicos secundarios a la episiotomía indicada o no indicada se esperan que sean los mismo, por lo tanto, esta técnica produce una iatrogenia que, en caso de la episiotomía no indicada, se llegaría a denominar negligencia y podría ser evitable.

Daños psicológicos secundarios a la episiotomía: los estudios revisados han demostrado que la episiotomía puede tener un impacto psicológico significativo en las mujeres. En el estudio de Khalaf (2023), se observó que las mujeres con episiotomía tuvieron puntuaciones más altas de depresión posparto. El artículo también señala que la episiotomía presenta un valor de $p <$

0'05 en su asociación con la depresión posparto, mientras que, en los casos de periné intacto, dicha asociación muestra un valor de $p > 0'082$. Esto sugiere que la episiotomía puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto, especialmente en mujeres jóvenes y primerizas. La propia realización de la episiotomía puede acarrear en la mujer dolor crónico produciendo un estrés prolongado, además puede haber sido una experiencia traumática, teniendo efectos negativos en su vida sexual, lo que lleva a pacientes con más probabilidad de tener depresión posparto.(34)

Por su parte, Molyneux (2024) encontró que las mujeres con episiotomía mostraron mayores niveles de ansiedad y una imagen corporal más negativa, en comparación con otros grupos. Estos resultados son consistentes con otros estudios que han señalado que las intervenciones médicas innecesarias durante el parto pueden generar experiencias traumáticas y afectar negativamente la salud mental de las mujeres. La episiotomía puede producir que las mujeres no se identifiquen con sus partes genitales, produciendo un malestar con su imagen corporal, produciéndoles esto una ansiedad crónica.(36)

Implicaciones para la práctica clínica: Los hallazgos de esta revisión subrayan la necesidad de implementar protocolos clínicos que reduzcan el uso innecesario de la episiotomía y promuevan prácticas obstétricas más respetuosas y basadas en la evidencia. La OMS (2018) recomienda que la episiotomía solo se realice en casos específicos, como en partos instrumentados o cuando existe riesgo de desgarros graves, y siempre con el consentimiento informado de la mujer.(10)

Además, es fundamental que los estudiantes de la salud y profesionales de la salud reciban formación adecuada sobre las consecuencias físicas y psicológicas de la episiotomía, así como sobre las indicaciones para su realización.

La episiotomía innecesaria supone un riesgo para la salud materna y una vulneración de derechos, esto contradice los Objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en especial del **ODS 3 (Salud y bienestar)** y **ODS 5 (Igualdad de género)**. La formación del personal sanitario y la educación de las mujeres sobre sus derechos se ve reflejado, en el **ODS 4 (Educación de calidad)**, siendo clave para reducir su uso. Además, la variabilidad en su aplicación refleja desigualdades en la atención obstétrica (**ODS 10**), buscando una reducción **de la desigualdad**. Es fundamental fortalecer los marcos normativos para garantizar una atención respetuosa y **justa (ODS 16)**. Esta revisión sistemática, promueve, con la ayuda de las ODS, las prácticas basadas en la evidencia permitirán avanzar hacia una atención obstétrica más segura y equitativa. (18)

Aunque esta revisión ha permitido recopilar información valiosa, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de continuar investigando en profundidad sobre esta temática. La escasa evidencia disponible sugiere que aún queda mucho por esclarecer en relación con la posible iatrogenia asociada a la episiotomía de rutina. Por tanto, se puede considerar que este trabajo

no solo aporta conocimiento, sino que también identifica un área poco explorada que merece ser abordada por futuras investigaciones, especialmente aquellas que puedan profundizar en los aspectos que este estudio no ha podido desarrollar en su totalidad.

7. Conclusiones

A partir de los hallazgos de esta revisión sistemática, y en consonancia con los objetivos planteados, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. La tasa de episiotomía oscila entre el 18'86% y el 53'01%.
2. No se han encontrado artículos que muestren la tasa de episiotomías indicadas.
3. No se han encontrado artículos que muestren la tasa de episiotomías no indicadas.
4. La episiotomía se asocia con daños físicos como dehiscencia de la cicatriz, dispareunia y retraso en la reanudación de las relaciones sexuales.
5. No se han encontrado artículos con datos de daños físicos de episiotomías indicadas.
6. No se han encontrado artículos con datos de daños físicos de episiotomías no indicadas.
7. Los impactos psicológicos de la realización de episiotomía incluyeron mayores puntuaciones de depresión posparto, ansiedad y una imagen corporal más negativa.
8. No se han encontrado artículos con datos de daños psicológicos de episiotomías indicadas.
9. No se han encontrado artículos con datos de daños psicológicos de episiotomías no indicadas.

8. Conflicto de intereses y financiación.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Además, este trabajo no ha sido financiado por ningún colaborador.

9. Registro de la revisión.

La presente revisión no ha sido registrada.

10. Bibliografía

1. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2024 Dec 23];35(3):211–2. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001
2. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2024 Dec 23];12(6):e1001847. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4488322/>
3. Mena-Tudela D, Roman P, González-Chordá VM, Rodríguez-Arrastia M, Gutiérrez-Cascajares L, Ropero-Padilla C. Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women and Birth*. 2023 Mar 1;36(2):e219–26.
4. Polavarapu M, Odems DS, Banks S, Singh S. Role of Obstetric Violence and Patient Choice: Factors Associated With Episiotomy. *J Midwifery Womens Health*. 2024 Sep 1;
5. Loreto TM, Kuhn dos Santos JF, Nomura RMY. Understanding the opinion of doctors on obstetric violence in Brazil to improve women's care. *Midwifery*. 2022 Jun 1;109:103294.
6. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2024 Dec 23];17(21):7726. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7660046/>
7. Chervenak FA, McLeod-Sordjan R, Pollet SL, De Four Jones M, Gordon MR, Combs A, et al. Obstetric violence is a misnomer. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2024 Dec 23];230(3):S1138–45. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937823007329/fulltext>
8. Asamblea nacional - Venezuela. LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA. Asamblea nacional [Internet]. 2007 Apr 23 [cited 2024 Dec 23]; Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

9. Viviana Valeria Vallana Sala. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá. 2016;
10. Organización Mundial de la Salud (en castellano). Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. OPS (que actúa como oficina regional de la OMS para las Américas) [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 23]; Available from: <http://iris.paho.org>
11. Asamblea General de las Naciones Unidas. La Declaración Universal de los Derechos Humanos | Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas [Internet]. 1948 Dec 10 [cited 2024 Dec 23]; Available from: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
12. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. 1986 [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
13. Generalitat Valenciana. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2009 Jul 27 [cited 2024 Dec 23];61748–55. Available from: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2009/06/30/6/dof/spa/pdf>
14. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. CGCOM, Madrid. 2022 [cited 2025 Jan 15]. Código de Deontología Médica. Available from: https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/828cd1f8-2109-4fe3-acba-1a778abd89b7/codigo_deontologia/8/
15. Consejo general de enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo general de enfermería de España. 1998;
16. Boletín oficial del estado español. Boletín oficial del estado. 2022 [cited 2024 Dec 23]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
17. Andrea Prieto Marcos MPGB. Facultad de Enfermería y Fisioterapia “LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE UNA PERSPECTIVA LEGAL. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA MUJER.” Facultad de Enfermería y Fisioterapia Universidad de Salamanca. 2020 May;
18. Naciones Unidas. cumbre de las naciones unidas - nueva york. 2015 [cited 2025 Apr 2]. Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible. Available from:

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

19. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2013 [cited 2024 Dec 23];73(3):171–80. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2021 Sep 1;34(5):e526–36.
21. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2024 Dec 23];18(1):199. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7794951/>
22. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*. 2022 May 1;108:103297.
23. Chadwick RJ, Cooper D, Harries J. Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study. *Midwifery*. 2014 Jul 1;30(7):862–8.
24. Janevic T, Sripad P, Bradley E, Dimitrievska V. “There’s no kind of respect here” A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans. *Int J Equity Health* [Internet]. 2011 [cited 2024 Dec 23];10:53. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3226439/>
25. Cassiano A do N, Santos MG dos, Santos FAPS dos, Holanda CSM de, Leite JBC, Maranhão TM de O, et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enfermería Global* [Internet]. 2016 [cited 2024 Dec 23];15(44):452–64. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Asamblea general de las naciones unidas. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud

- reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. 2019 Jul 11;
27. Colmenares J, Ramírez B, Castillo Plaza A. Volvamos al parto humanizado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (Rev Obstet Ginecol Venez)* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 23];316–28. Available from: <https://doi.org/10.51288/00840313>
 28. Sadler M. Nombrando la episiotomía de rutina por lo que es: mutilación genital femenina. Aportes conceptuales desde experiencias de parto en Chile. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, ISSN-e 2477-9083, Vol 7, N° 34, 2022 (Ejemplar dedicado a: Dossier | Enfoques sociales críticos de la violencia obstétrica Una categoría latinoamericana para un problema global; e210961), pág 23 [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 23];7(34):23. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9016486&info=resumen&idioma=ENG>
 29. Sagi-Dain L, Kreinin-Bleicher I, Shkolnik C, Bahous R, Sagi S. In women with spontaneous vaginal delivery, repair of perineal tears might be easier compared to episiotomy. *International Urogynecology Journal* (abreviada según el estilo Vancouver: *Int Urogynecol J*) [Internet]. 2020 Jul;1391–6. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04642-5>
 30. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Feb 8 [cited 2024 Dec 23];2017(2):CD000081. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5449575/>
 31. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 Mar 29 [cited 2025 Feb 15];372. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782057/>
 32. CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español). Programa de Lectura Crítica CASPe: Leyendo críticamente la evidencia clínica. [Internet]. [cited 2025 Feb 15]. Available from: <https://redcaspe.org/>
 33. Josefsson ML, Sohlberg S, Ekéus C, Uustal E, Jonsson M. Self-reported dyspareunia and outcome satisfaction after spontaneous second-degree tear compared to episiotomy: A register-based cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Mar 22];19(12):e0315899. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11658579/>

34. Khalaf A, Al Amri N, Al Qadire M. Childbirth-related episiotomy and tear in relation to risk of postpartum depression: a retrospective cohort study on Omani mothers. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2023 Dec 30 [cited 2025 Mar 22]; Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2023.2300082>
35. Fernández-Fernández MJ, de Medina-Moragas AJ. Comparative study of postpartum sexual function: Second-degree tears versus episiotomy outcomes. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2025 Mar 22];309(6):2761. Available from:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11147856/>
36. Molyneux R, Fowler G, Slade P. The postnatal effects of perineal trauma on maternal psychological and emotional wellbeing: A longitudinal study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2025 Mar 22];294:238–44. Available from:
<https://www.ejog.org/action/showFullText?pii=S0301211524000435>
37. Espitia FJ. Prevalencia y caracterización de los factores asociados a dispareunia en mujeres con antecedente de parto vaginal o cesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2025 Mar 22];86(5):435–43. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000500435&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Anexos

Anexo 1: Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Artículo nº	Ítem de la lista de verificación	Localización del artículo en la publicación
TÍTULO			1
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	1
RESUMEN			2 - 3
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (tabla 2).	2 - 3
INTRODUCCIÓN			4 - 19
Justificación	3	Describe la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	20
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	21
MÉTODOS			21 – 25
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	22 - 23
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	23
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	23 - 24
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización. utilizado en el proceso.	24 - 26
Proceso de extracción de datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	24
Lista de datos	10a	Enumere y defina todos los diseños para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del diseño (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	24 - 25
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describe todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente o incierta.	22 - 25
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	26 - 27
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada diseño, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medios) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	26 - 52
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.º 5).	25 - 27
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	29 - 34

	13c	Describe los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	35 – 47
	13d	Describe los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justificar sus elecciones. Si se ha realizado un metaanálisis, describe los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	29 - 47
	13e	Describe los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, meta regresión).	53
	13f	Describe los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	No procede.
Evaluación de la sesión en la publicación	14	Describe los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	26 - 27
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describe los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	26 - 27
RESULTADOS			25 - 52
Selección de los estudios	16a	Describe los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (ver figura 1).	25 - 26
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	26 - 27
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	28 - 34
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	26 - 27
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los diseños y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	26 - 49
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	50 - 52
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metaanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	No procede.
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	50 - 52
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	26 - 27
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	26 - 27
Certificación de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	26 - 27
DISCUSIÓN			53 - 55
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	53 – 55
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	53
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	53

	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	53 - 55
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.	56
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	21
	24c	Describa y explique cualquier modificación a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	No procede.
Financiación	25	Describe las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	56
Conflicto de intereses	26	Declarar los conflictos de intereses de los autores de la revisión.	56
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales.	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado. en la revisión.	57 - 60

Figura 2: Estrategia de búsqueda y resultados en Pubmed del término “Episiotomy”

The screenshot displays the NIH National Library of Medicine website. The search bar at the top contains the term 'episiotomy'. Below the search bar, there are options to 'Crear alerta', 'Límites', 'Avanzado', and 'Ayuda'. The main content area is titled 'Episiotomía' and includes a brief definition: 'Una incisión de la pared vaginal posterior y una porción de los tejidos pudendos que agranda el introito vaginal para facilitar el parto y prevenir laceraciones.' Below this, there are checkboxes for various search options, including 'efectos adversos', 'clasificación', 'ciencias económicas', 'educación', 'ética', 'historia', 'instrumentación', 'legislación y jurisprudencia', 'métodos', 'mortalidad', 'enfermería', 'psicología', 'rehabilitación', 'Normas', 'estadísticas y datos numéricos', 'tendencias', and 'veterinario'. There is also a section for 'Opciones del generador de búsquedas de PubMed' with a 'Subtítulos' link. On the right side, there is a 'Generador de búsquedas de PubMed' section with a text input field containing 'Episiotomy [Mesh]', a dropdown menu set to 'Y', and a 'Buscar en PubMed' button. Below this, there is a 'YouTube Tutorial' link. The 'Información relacionada' section on the right lists 'PubMed', 'PubMed - Tema principal', 'Consultas clínicas', and 'Navegador MeSH de NLM'. The 'Actividad reciente' section on the right shows a list of recent searches: 'Episiotomía', 'episiotomía (1)', 'salud mental (886)', 'efectos secundarios (5)', and 'Perineo'.

Figura 3: Estrategia de búsqueda y resultados en Pubmed del término “*Obstetric violence*”



Figura 4: Estrategia de búsqueda y resultados en Pubmed del término “*Efectos adversos*”

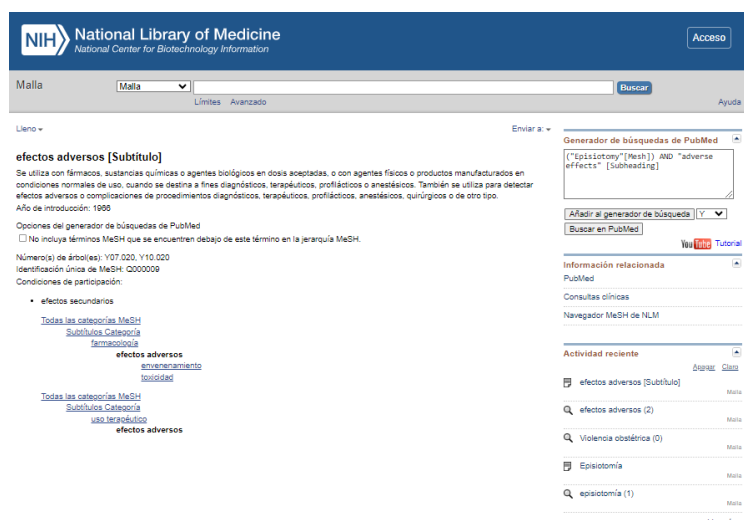
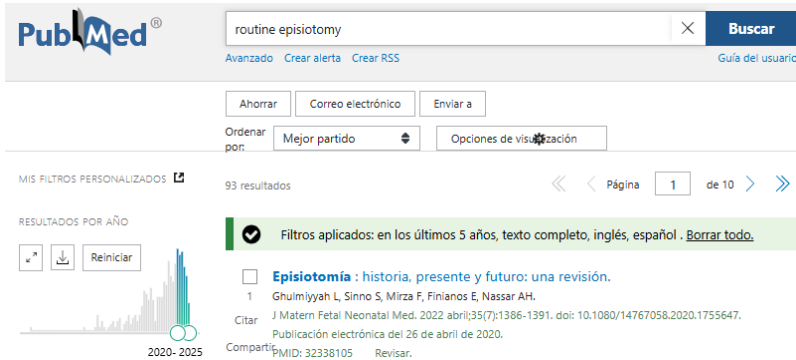
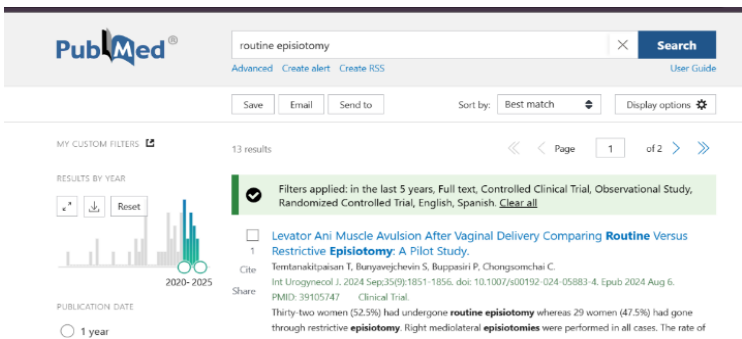
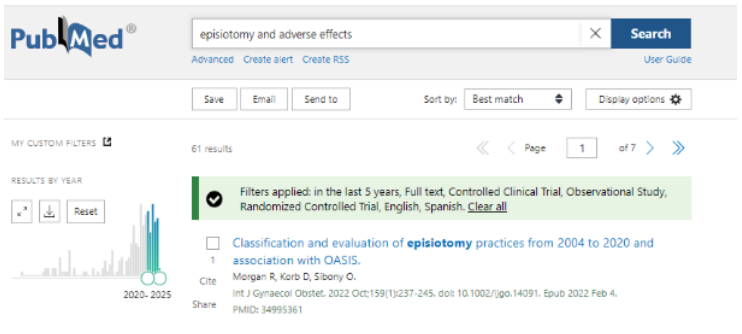
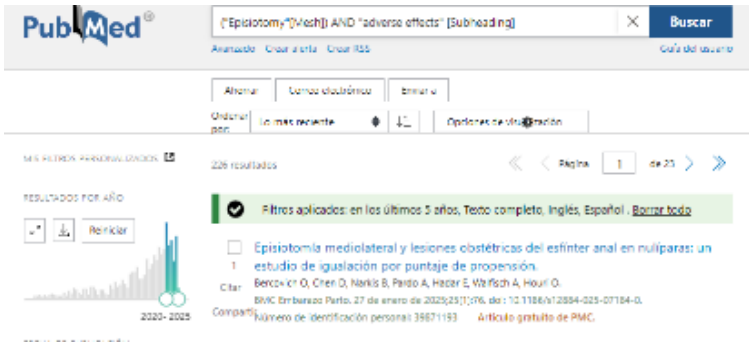
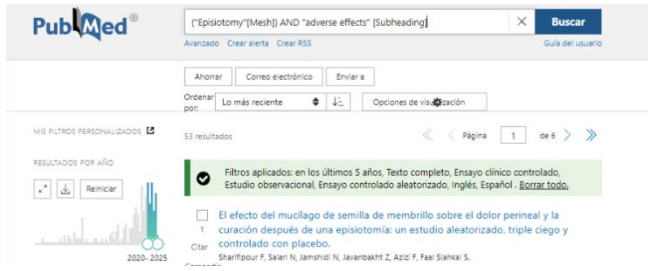
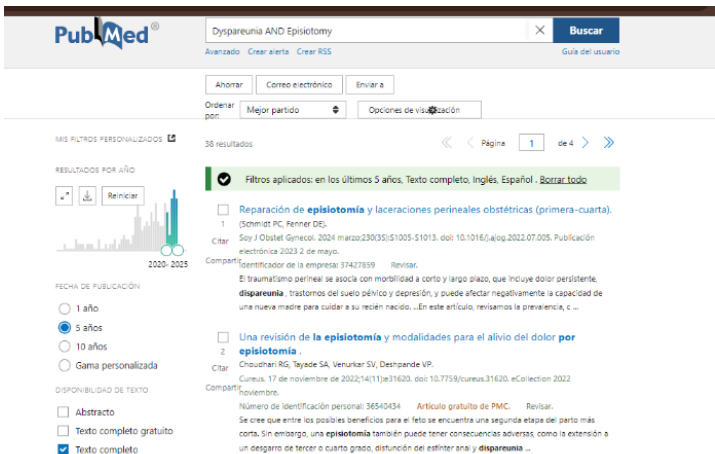
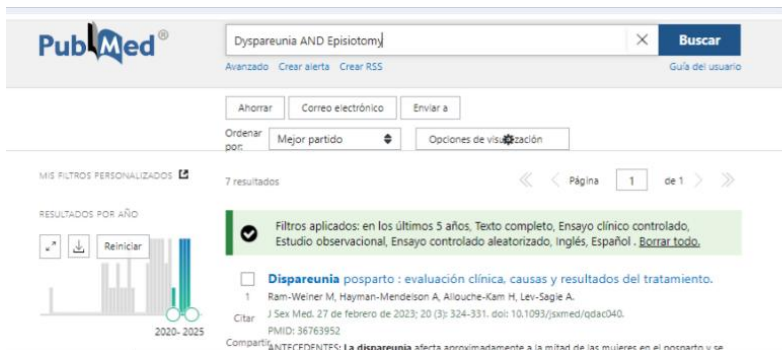
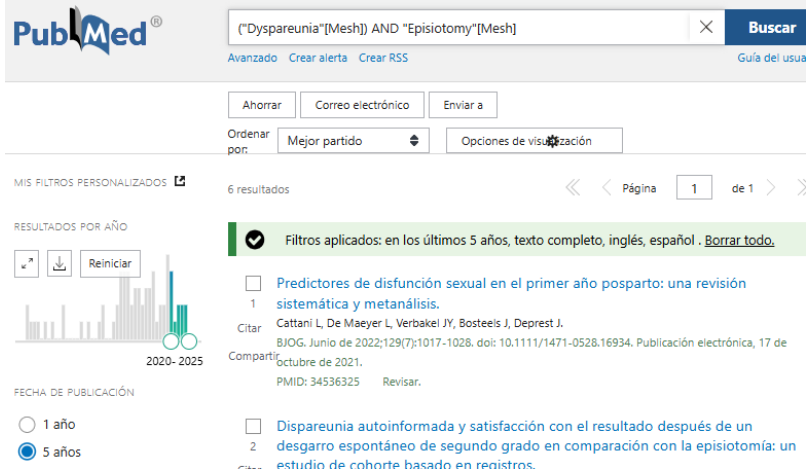
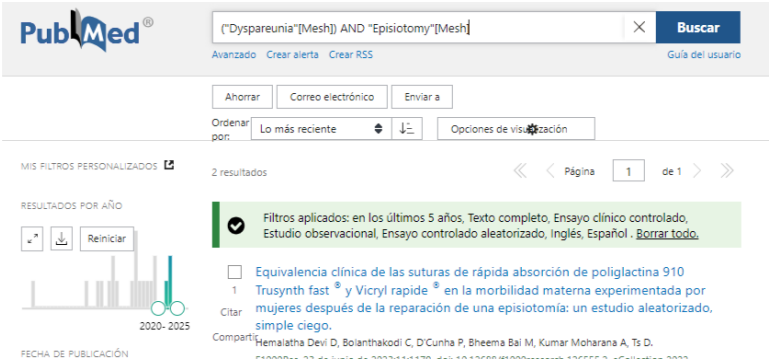
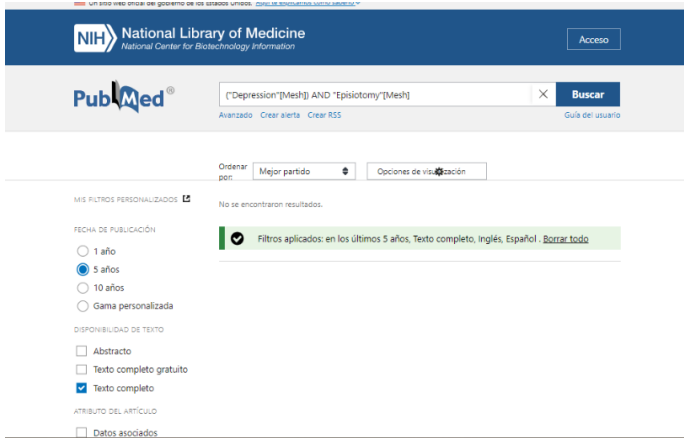
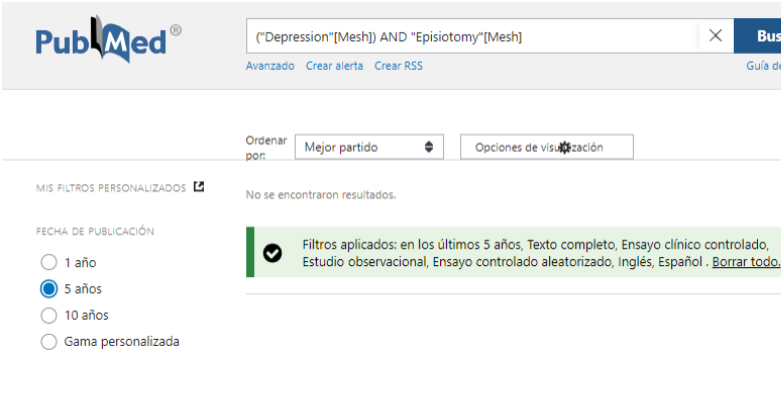
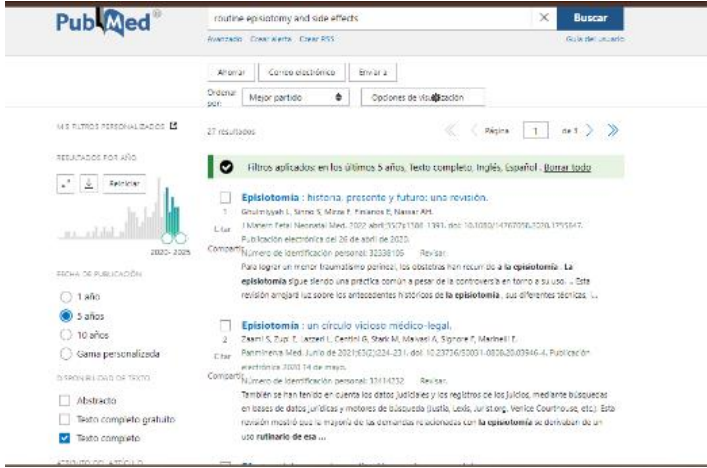
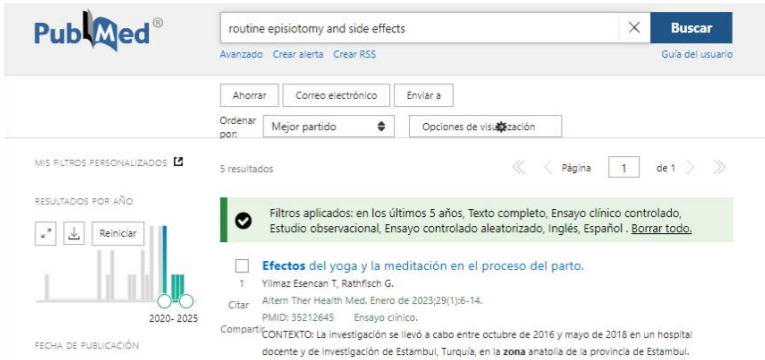
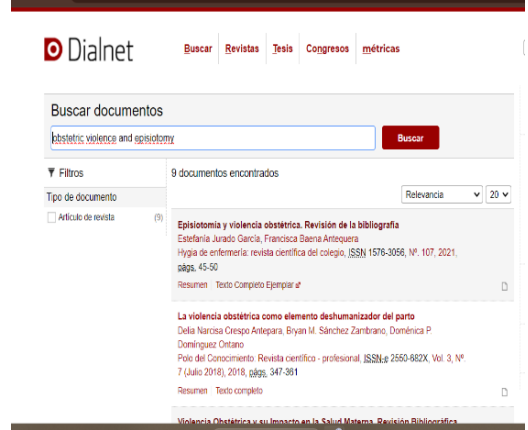
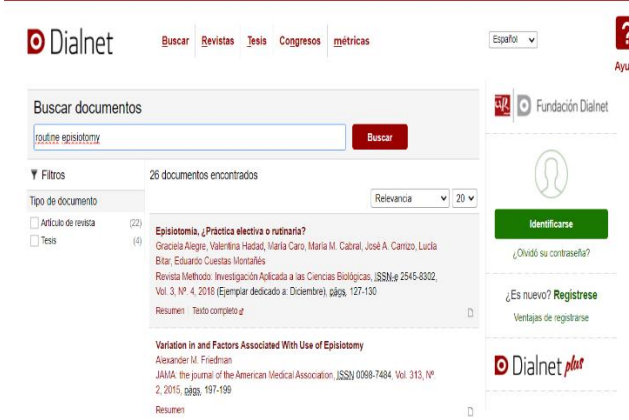


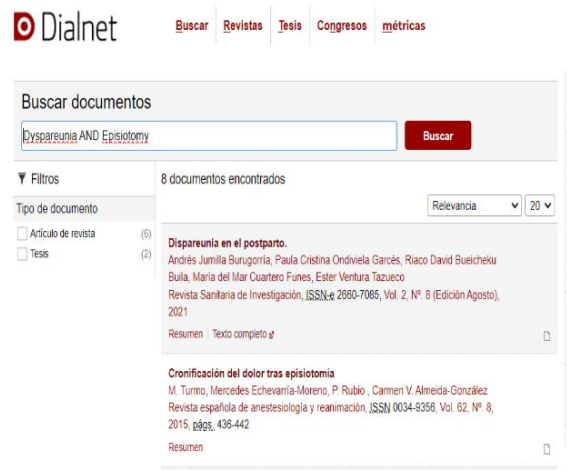
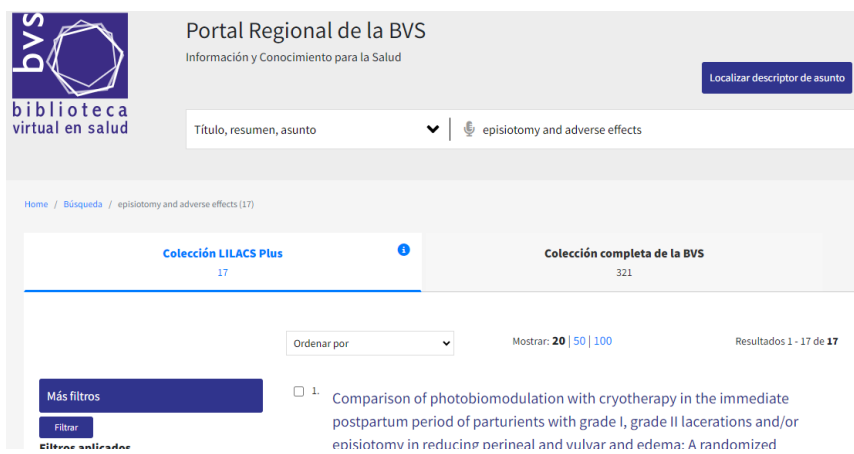
Tabla 11: Estrategia de búsqueda, términos utilizados. Creación propia

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Estrategia de búsqueda	Resultados
PUBMED	routine episiotomy 5 años, inglés y español, texto completo. 	93 19/02/25	routine episiotomy 5 años, inglés y español, texto completo, ensayo clínico controlado, ensayo controlado aleatorio, estudio observacional 	13 3/04/2025
	episiotomy and adverse effects 5 años, inglés y español, texto completo. 	300 19/02/25	episiotomy and adverse effects 5 años, inglés y español, texto completo, ensayo clínico controlado, ensayo controlado aleatorio, estudio observacional 	61 03/04/2025

	("Episiotomy"[Mesh]) AND "adverse effects" [Subheading] 5 años, inglés y español, texto completo. 	226	("Episiotomy"[Mesh]) AND "adverse effects" [Subheading] 5 años, inglés y español, texto completo, ensayo clínico controlado, ensayo controlado aleatorio, estudio observacional 	53
	Dyspareunia AND Episiotomy 5 años, inglés y español, texto completo. 	38	Dyspareunia AND Episiotomy 5 años, inglés y español, texto completo, ensayo clínico controlado, ensayo controlado aleatorio, estudio observacional 	7

	("Dyspareunia"[Mesh]) AND "Episiotomy"[Mesh] 5 años, inglés y español, texto completo. 	6 19/02/25	("Dyspareunia"[Mesh]) AND "Episiotomy"[Mesh] 5 años, inglés y español, texto completo, ensayo clínico controlado, ensayo controlado aleatorio, estudio observacional 	2 03/04/2025
	("Depression"[Mesh]) AND "Episiotomy"[Mesh] 5 años, inglés y español, texto completo. 	0 19/02/25	("Depression"[Mesh]) AND "Episiotomy"[Mesh] 5 años, inglés y español, texto completo, ensayo clínico controlado, ensayo controlado aleatorio, estudio observacional 	0 03/04/2025

	routine episiotomy and side effects 5 años, inglés y español, texto completo. 	27	routine episiotomy and side effects 5 años, inglés y español, texto completo, ensayo clínico controlado, ensayo controlado aleatorio, estudio observacional 	5	03/04/2025
Dialnet	(obstetric violence and episiotomy) - sin filtros. 	9	routine episiotomy - sin filtros. 	26	

	Dyspareunia AND Episiotomy - Sin filtros. 	8		
BVS	episiotomy and adverse effects - sin filtros. 	17		

SciELO	Dyspareunia AND Episiotomy - sin filtros.  The screenshot shows the SciELO website interface. At the top, there is a navigation bar with links: artículos, búsqueda de artículos, home, and alfab. Below this, there is a search bar and a list of links: resumen, anterior, próximo, autor, materia, búsqueda, home, and alfab. The main content area displays the title of the article, 'Prevalencia y caracterización de los factores asociados a dispareunia en mujeres con antecedente de parto vaginal o cesárea', and the author's name, Franklin J. Espitia-De La Hoz. The article is identified as an 'ARTÍCULO ORIGINAL'. The English title is also provided: 'Prevalence and characterization of factors associated with dyspareunia in women with a history of vaginal delivery or cesarean section'. The author's name is followed by a small icon indicating a profile or ORCID ID.	1		
--------	--	---	--	--