

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA.
AREQUIPA - 2013.**

PRESENTADO POR BACHILLERES:

GRESMELY ELIZABETH MAMANI DE LAMA

LESSY STEFANNY TALA COAGUILA

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADAS EN OBSTETRICIA**

AREQUIPA - PERÚ

2014

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres Rosa y Fernando por su amor incondicional y su confianza, porque gracias a ellos tengo la fortaleza de seguir adelante, a Diego y Dieguito por ser mi principal motivación para ser una gran profesional, a pesar de que no puedo estar con ellos el tiempo que quisiera. A mis amigas que en las buenas y en las malas siempre fueron como hermanas para mí. Y a mí Alma Máter y docentes, por hacerme respetar y amar a mi profesión como lo hago.

Lessy.

A Dios, por ser fuente de inspiración y fortaleza en los momentos más difíciles, a mis padres que me enseñaron a luchar por lo que quiero así sea en contra de la corriente, a mi motor de vida; mis hermanos Asaf y Pierina por los cuales doy todo, a mis hermanas de corazón por su apoyo incondicional. Y a mis queridos docentes los cuales inculcaron el Espíritu de Investigación en mí y el Amor hacia mi Profesión.

Gresmely.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
SUMMARY	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	7
1. Problema	8
2. Objetivos.....	11
3. Marco Teórico.....	12
4. Hipótesis	29
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	30
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	31
2. Campo de verificación	32
3. Estrategia de recolección de datos	33
4. Estrategia para manejar resultados.....	34
CAPÍTULO III: RESULTADOS	35
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	50
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
1. Conclusiones.....	57
2. Recomendaciones	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	63
Anexo n° 1: Instrumento - Ficha de Entrevista Estructurada	64
Anexo n° 2: Instrumento - Escala Visual Análoga de Dolor	67
Anexo n° 3: Delimitación Gráfica del Lugar.....	68
Anexo n° 4: Consentimiento Informado	69
Anexo n° 5: Matriz de Sistematización.....	70

RESUMEN

Objetivo: Identificar los Factores Asociados a la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata. Arequipa - 2013.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, de casos y controles en 100 mujeres que acudieron a los diferentes servicios del Centro de Salud Ampliación Paucarpata del Ministerio de Salud, entre los 60 y 180 días después del parto. Se aplicó una entrevista con preguntas sobre su situación socio-económica, antecedentes obstétricos y ginecológicos, se consideraron como casos a las mujeres que refirieron dolor al tener relaciones sexuales con penetración vaginal después del parto ($n = 50$). Se diseñó tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas así mismo se realizó la prueba estadística de chi cuadrado con un nivel de significancia de 5 %.

Resultados: La mayoría de pacientes tienen 19 a 29 años de edad, tanto en el estudio de casos (60%) como en controles (56%), las pacientes primíparas tienen 1.50 veces más riesgo de presentar dispareunia frente a una paciente secundípara. Las pacientes con episiotomía sufren 1 vez más dispareunia; en relación a las pacientes que tuvieron desgarro que tienen 1.69 veces más la tendencia a tener dispareunia. Además se observó una mayor asociación de dispareunia con la sensación de sequedad vaginal (72%), dolor perineal (70%) y sensación de estrechez del introito (70%). Si se encontró diferencia significativa entre los dos grupos para síntomas de estrechez del introito, cicatriz queloide de la episiorrafia, sensación de quemazón, prurito vulvar, dolor perineal, sensación de sequedad vaginal, infección de episiorrafia y sangrado al tener relaciones sexuales. Se encontró un mayor uso del método hormonal parenteral tanto en el estudio de casos (34%) como en controles (26%), pero no hubo diferencia significativa en ambos grupos para la utilización de métodos anticonceptivos. En los grupos de estudio de casos (80%) y controles (78%) la Lactancia Materna Exclusiva, no demostró diferencia significativa; en cuanto al reinicio de las relaciones sexuales, este se dió entre los 41 a 90 días del post parto tanto en estudio de casos (72%) como en controles (70%).

Conclusiones: Hay asociación de dispareunia con el número de partos, en el proceso de episiotomía y más aún en desgarros vaginales y sus posibles secuelas como; la estrechez del introito vaginal.

Palabras Claves: Dispareunia, post parto, episiotomía, dolor perineal, vaginitis.

SUMMARY

Objective: Identify Factors Associated with Dyspareunia Post-Partum in women with one and two vaginal deliveries who come to the Health Center Ampliación Paucarpata. Arequipa - 2013.

Material and Methods: Prospective, case-control of 100 women attending in various services of the Health Center Ampliación Paucarpata del Ministerio de Salud, between 60 and 180 days after birth. An interview with questions about their socio-economic status, obstetric and gynecological history was applied, were considered as cases women who reported pain during sexual intercourse with vaginal penetration after delivery (n = 50). Distribution tables of absolute and relative frequencies are the same design and statistical chi - square test was performed with a significance level of 5 %.

Results: Most patients are 19 to 29 years of age in study of cases (60%) and controls (56%), primiparous patients have 1.50 times more risk of dyspareunia against a woman with two vaginal deliveries. Episiotomy patients suffer one more dyspareunia, in relation to patients who have had tear 1.69 times tend to have dyspareunia. Besides greater association with dyspareunia feel vaginal dryness (72%), perineal pain (70%) and the introitus tightness (70%) was observed. If significant difference between the two groups for signs of tight introitus, keloid scar from the episiotomy, burning, itching vulvar, perineal pain, feeling of vaginal dryness, episiotomy infection and bleeding during sex was found. We found increased use of parenteral hormonal method in both cases (34%) and controls (26%), but no significant difference in both groups for the use of contraceptive methods related to dyspareunia. In the study groups of cases (80%) and controls (78%) exclusive breast feeding, showed no significant difference, in terms of resuming sexual relations, this occurred between 41 to 90 days post-partum in both studies cases (72%) and controls (70%).

Conclusions: There is an association of dyspareunia with parity, in the use of episiotomy and vaginal tears and even its possible sequelae such as introitus tightness.

Keywords: Dyspareunia, post-partum, episiotomy, perineal pain, vaginitis.

INTRODUCCIÓN

El Puerperio es el periodo en el que ocurren varios ajustes fisiológicos en el cuerpo de la mujer, que puede desencadenar problemas causados por el trauma perineal entre ellos, Dispareunia.

La Dispareunia, es la disfunción sexual más frecuente en el puerperio y se define como el dolor persistente o recurrente antes, durante o posterior a la penetración vaginal o el intento de ella. Cuando esta experiencia es repetida puede producir tensión y ansiedad modificando de forma negativa la visión sobre las relaciones sexuales, provocando rechazo a la pareja y una inhibición sexual.

En la actualidad; el número de partos eutócicos es dominante (77.1%) según ENDES 2010; por lo que puede existir cierto grado de traumatismo en el canal vaginal y el periné, inevitable por el mismo parto, pudiendo causar dispareunia y un rechazo de la mujer al reinicio de las relaciones sexuales después del parto.

El interés por profundizar acerca de este tema es que actualmente no existen trabajos de esta índole en nuestro país; habiendo estudios en países como México y Brasil, lo cual nos motivó a inspeccionar más a fondo sobre este tema.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar los factores asociados a la dispareunia post parto. Buscamos saber si en verdad la realización de la episiotomía, infecciones recurrentes, entre otros; son factores que predisponen a la mujer a presentar dispareunia.

Es por ello, que hemos realizado este trabajo, el cual es un estudio de casos (50 mujeres con dispareunia) y controles (50 mujeres sin dispareunia), las cuales se encontraron entre los 60 y 180 días post parto; a quienes les realizamos una entrevista estructurada sobre su situación socio-económica, antecedentes obstétricos y ginecológicos; aplicando a la vez una escala visual análoga de dolor, para una serie de preguntas sobre las manifestaciones clínicas que se presentaron en sus relaciones sexuales.



PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del Problema.-

“Factores Asociados a la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Segundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata. Arequipa - 2013”

1.2 Descripción del Problema.-

a) Área del conocimiento:

- Área general: Ciencias de la Salud.
- Área específica: Obstetricia.
- Línea: Sexualidad.

b) Análisis u Operacionalización de Variables:

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO.</p>	<p>Características Socio-económicas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de edad. - Estado civil. - Grado de instrucción. - Trabaja/No trabaja. - Procedencia.
	<p>Historia Obstétrica del último parto:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paridad. - Lugar de atención del parto. - Episiotomía. - Desgarro perineal (sutura). - Peso del RN.
	<p>Historia Ginecológica:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infección post parto. - Dehiscencia de episiorrafia y/o desgarro. - Infección de la episiorrafia. - Cicatriz queloide de la episiorrafia. - Síntomas ginecológicos. - Método anticonceptivo. - Antecedente de ITU. - Incontinencia urinaria de esfuerzo. - Lactancia materna exclusiva. - Reinicio de relaciones sexuales.
	<p>Manifestaciones Clínicas sobre las relaciones sexuales:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor durante la penetración. - Dolor después de la penetración. - Lubricación al inicio de las relaciones sexuales. - Mantiene la lubricación. - Frecuencia de las relaciones sexuales.

c) Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son los Factores socio-económicos asociados a la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata?
- ¿Cuáles son los Factores asociados de la Atención del último Parto con la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata?
- ¿Cuáles son los Factores asociados de la Historia Ginecológica con la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata?
- ¿Cuáles son las Manifestaciones Clínicas que afectan el Reinicio de las Relaciones Sexuales en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata?

d) Tipo de Investigación:

En el presente trabajo de investigación es de campo, prospectivo, de estudio de casos y controles.

e) Nivel de investigación:

La investigación presenta un nivel Explicativo.

1.3 Justificación del problema.-

Relevancia Científica: por el elevado índice de dispareunia post parto en primíparas y secundíparas que se presentó en estudios realizados en países como México (41.3%) y Brasil (69.7%).

Interés y Motivación Personal: lo que buscamos es reforzar y contribuir al conocimiento de las pacientes sobre lo que significa dispareunia post parto y que

conozcan los factores asociados a esta.

Relevancia Social: las mujeres necesitan una educación sexual integral y estar informadas acerca de su sexualidad antes, durante y después del parto, puesto que para muchas mujeres es difícil retomar su vida sexual en el post parto habiendo un temor en ellas y probablemente un distanciamiento con la pareja.

Factibilidad: es factible por la disponibilidad de las unidades de estudios y el interés de ellas sobre este tema.

Contribución Académica: lograremos una importante contribución académica al campo de las ciencias de la salud y de nuestra facultad, sobre todo para informar la realidad sobre las mujeres que sufren de dispareunia post parto ya que no existe en la actualidad investigaciones sobre este tema en nuestro ámbito nacional y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado, etapa importante del desarrollo profesional.

2. OBJETIVOS

- Determinar los Factores socio-económicos asociados a la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
- Reconocer los Factores asociados de la Atención del último Parto con la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
- Identificar los factores asociados de la Historia Ginecológica con la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
- Demostrar cuales son las Manifestaciones Clínicas que afectan el Reinicio de las Relaciones Sexuales en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Marco Conceptual.-

3.1.1 Parto.-

Es la culminación del embarazo, el periodo de salida del feto del útero materno vivo o muerto de veinte semanas a más junto con los anexos ovulares expulsados por vía natural fuera del claustro materno.¹ Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

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

3.1.1.1 Inicio del Trabajo de Parto: Se espera que el parto de una mujer ocurra entre las semanas 37 y 42 desde la fecha de la última menstruación. El inicio del trabajo de parto varía entre una mujer y otra, siendo los signos más frecuentes, la expulsión del tapón mucoso cervical, la aparición de leves espasmos uterinos a intervalos menores de uno cada diez minutos, aumento de la presión pélvica con frecuencia urinaria, la ruptura de las membranas que envuelven al líquido amniótico.

3.1.1.2 Periodos del Trabajo de Parto:

- **Periodo de Dilatación:** El primer periodo del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada

¹ MUÑOZ AGÜERO W. Obstetricia Fisiológica. 1º Edición. Editorial Universidad de Concepción. Argentina. 2006. Pág 156.

3 - 15 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una contracción cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero.

La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) y se divide en: fase latente y fase activa. La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino. Usualmente entre la dilatación completa y la fase de nacimiento se da un corto periodo de latencia en el que las contracciones desaparecen por completo.

- **Periodo Expulsivo:** Es el paso del feto a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones uterinas y a los pujos maternos. En el periodo expulsivo o segundo periodo distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto.

- **Periodo de Alumbramiento:** Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese

movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de signo de Ahlfeld.²

El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como mecanismo de Baudelocque-Schultze y por lo general son cerca del 95% de los casos. Menos frecuente es cuando la placenta se desgarran inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el mecanismo de Baudelocque-Duncan.

Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las ligaduras vivas de Pinard.

3.1.2 Post Parto.-

El periodo post parto es la etapa de transición en que la madre y su hijo/a pasan de esta estrecha relación que hay durante el embarazo hacia un periodo de mayor autonomía para ambos. En este periodo ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre, hasta que retorna a una condición semejante a la que tenía antes del embarazo. Este es esencial para el desarrollo de hijas e hijos, para la recuperación de la madre, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.

Para algunos, hablar de post parto se refiere sólo a los primeros días, mientras la mujer está aún bajo la influencia del parto mismo. Algunos lo restringen al tiempo en que la madre está aún hospitalizada (puerperio inmediato) o a la

²RIGOL, O. Obstetricia y Ginecología. 1º Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2004. pág.251 – 268.

primera semana (puerperio mediato). Otros extienden el concepto de post parto a las primeras cuatro o seis semanas (puerperio tardío) que es el tiempo necesario para que se produzca la involución completa de los órganos genitales y el retorno a una condición anatómica similar a la etapa previa al embarazo.

Tampoco está claro para las mujeres cuánto dura esta etapa de su vida reproductiva. Muchas lo limitan al periodo en que mantienen abstinencia sexual o hasta cuando se sienten nuevamente normales. Por la influencia de los servicios de salud, algunas creen que termina cuando les dicen en el control de puerperio que todo está normal.

Debe considerarse como post parto todo el periodo que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse y toda la etapa de transición en que el niño o niña es tan dependiente de la madre. Este periodo es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada. Por ejemplo, hay una pérdida de calcio en los huesos o pérdida de masa ósea durante el embarazo y la lactancia. Esta pérdida se recupera entre seis y doce meses después del destete, siempre que la madre reciba calcio suficiente en la dieta.³

Durante toda esta etapa la madre requiere cuidados especiales, nutrición adecuada a los requerimientos y apoyo del personal de salud. Por otra parte, sabemos que el niño/a es más vulnerable a las carencias nutricionales o afectivas en los dos primeros años de vida, especialmente en los primeros meses, por lo que también requiere atención especial.

³PEREZ SÁNCHEZ, E. Obstetricia y Ginecología. 2ª Edición. Chile. 2003. Pág. 320-386.

3.1.2.1 Cambios Fisiológicos: Los cambios que experimenta la madre en la primera etapa post parto permiten que se establezca la lactancia y facilitan su recuperación fisiológica:

- Durante los primeros días después del parto desaparecen de la circulación materna las hormonas que se producían en la placenta durante el embarazo y que mantenían inhibida la secreción de leche.
- Se producen grandes cantidades de prolactina (la hormona encargada de estimular la producción de leche) y de oxitocina (la hormona responsable de hacer salir la leche durante la succión y de estimular las contracciones que facilitan la involución uterina).
- El ovario está inhibido, ya que la hipófisis (glándula que regula el trabajo del ovario) no produce suficientes hormonas para estimularlo. Esta inhibición del ovario dura algunas semanas en las mujeres que no amamantan, quienes presentan la primera ovulación entre cuatro y ocho semanas después del parto. En cambio, en la mujer que amamanta, el ovario se mantiene en este estado por un periodo más prolongado que puede durar semanas o meses.
- Durante las primeras semanas post parto, se producen también cambios en la anatomía del aparato genital y en la fisiología de la mujer que va recuperando paulatinamente la condición que tenía antes del embarazo.
- Mientras dura la lactancia, el estímulo de la succión mantiene la fisiología de la madre en sintonía con las necesidades del niño/a, mantiene la producción de leche e inhibe la función ovárica y la recuperación de la fertilidad por un tiempo variable. La interacción entre la madre y su hijo/a cambia paulatinamente con el tiempo, a medida que disminuye la frecuencia de succión y el/la lactante comienza a recibir otros alimentos.

- Se inician nuevamente los ciclos menstruales, con la consiguiente recuperación de la fertilidad. La duración del periodo de amenorrea e infertilidad es variable.
- La madre se recupera paulatinamente del desgaste nutricional del embarazo y la lactancia. Es importante que el intervalo entre los embarazos sea suficientemente prolongado para permitir esta recuperación. Esto es aún más importante en las mujeres que no tienen un buen estado nutricional y que no tienen una dieta bien balanceada.

3.1.2.2 Vida Sexual: Otra fuente de tensión para las mujeres en las primeras semanas del post parto puede ser el momento para reiniciar la actividad sexual. Pueden sentirse físicamente doloridas o cansadas. Tienen, en general, mucho temor a otro embarazo. En muchos casos experimentan escaso o ningún deseo sexual y, a veces, una disfunción sexual. Esto se debe a varios factores: a los cambios en los niveles hormonales, a los cambios emocionales, a la atención centrada en el hijo/a, a la falta de sueño y al cansancio. Puede haber dolor durante las relaciones sexuales, producido por la falta de lubricación de las paredes vaginales o como consecuencia de la cicatrización de la episiotomía.⁴

Este desinterés por la vida sexual puede prolongarse por un tiempo variable. En cambio, los hombres generalmente desean reanudar las relaciones sexuales lo antes posible, lo que provoca conflictos en la relación de pareja. Después del parto, se requiere un periodo variable de abstinencia, en algunas parejas, este puede estar precedido de abstinencia en las últimas semanas del embarazo, ya sea por temor de la pareja a provocar daño al feto o por indicación médica en caso de ciertas patologías. Esta abstinencia, si es prolongada, también puede causar tensión en la pareja. El cambio en los roles

⁴SOUZA N., JUNQUEIRA S., BARBOSA F., DE OLIVEIRA J. Dispareunia, Dolor Perineal y Episiotomía. Rev. Enferm. Rio de Janeiro. 2013 abr/jun; 21(2): pág. 216-20.

de la madre, el cansancio producido por la demanda de atención del nuevo hijo y la tensión generada por el conflicto de roles determinan cambios en la receptividad de la mujer y en la conducta sexual. Por otra parte, el hombre puede sentirse postergado y rechazado al ver a la mujer centrada en el cuidado del recién nacido y menos dispuesta para la actividad sexual.

En la conducta sexual de este periodo está relacionada con el dolor y temor, y de hecho todo el mundo tiene como algo evidente que parir duele; también influye el temor a tener complicaciones médicas si se reinician las relaciones sexuales y el temor a un nuevo embarazo cuando aún no se ha iniciado un método anticonceptivo.⁵

3.1.3 Episiotomía.-

Es la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto. Su reparación se denomina Episiorrafia. El propósito fundamental de la episiotomía es impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vagino-perineales. Secundariamente, se consigue abreviar la duración del periodo expulsivo y disminuir la compresión de la cabeza del feto pre término durante el expulsivo.

3.1.3.1 Tipos de Episiotomías: En la actualidad se suelen practicar la Medio-lateral (Derecha o Izquierda, de acuerdo a la destreza del operador) y la mediana. Las laterales y las "doble" episiotomías han caído en franco desuso por su importante morbilidad. La incisión intermedia entre la mediana y el medio lateral no la reconocemos como un tipo especial de episiotomía, y hacemos referencia de ella solo para mencionar que se trata de una incorrecta orientación del corte quirúrgico.

⁵BRUBAKER L, HANDA V. Sexual Function 6 months after first delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2008; 5: 1040-45.

La incisión mediana se inicia en la horquilla vulvar posterior y en dirección medial corta el rafe medio extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarro del mismo.

La medio-lateral, se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (a la derecha o a la Izquierda, de acuerdo a la destreza del operador), en ángulo de 45° en relación con el rafe medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior muco-cutáneo del ano. Para ambas, el vértice superior (vaginal) se extiende normalmente hasta más o menos 3 ó 4 cm por detrás del himen.⁶

- **Medio lateral Vs. Mediana:** La única y verdadera razón de no hacer una episiotomía mediana es el riesgo inminente de que llegue a prolongarse y lesionar el esfínter externo y el ano, y se le teme a esta complicación, o no sentirse bien adiestrado para corregirla. En la Episiotomía mediana se produce un corte limpio y totalmente perpendicular a la cuña perineal con sangrado escaso, por ello su reparación es más fácil y más anatómica, se utiliza menor cantidad de sutura consiguiéndose mejores resultados estéticos-funcionales y menor fibrosis con mucho menos dolor post quirúrgico y post coital.

En la Episiotomía medio lateral, en cambio, hay mayor pérdida de sangre y el corte es oblicuo a las fibras musculares de la cuña perineal, es más difícil de reparar y amerita mayor cantidad de sutura; el dolor post operatorio es más intenso y más frecuente; ocurre mayor fibrosis, los resultados

⁶MUÑOZ AGÜERO W. Obstetricia Fisiológica. 1° Edición. Editorial Universidad de Concepción. Argentina. 2006. Pág 156.

anatómicos son desfavorables en más o menos un 10% de los casos. A veces es seguida de dispareunia.⁷

3.1.3.2 Episiorrafia, técnica quirúrgica: Se recuerdan dos aspectos básicos, el primero, realizarla una vez completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente, y segundo, tener siempre presente que una buena Episiorrafía es la que sigue a una buena episiotomía.

Se proscribe la introducción de gases u otros materiales en vagina durante la realización de esta cirugía, la posibilidad de dejarlos “por olvido”, causa serias molestias a la paciente y exponiéndolas a cuadros infecciosos, y crea en la paciente y en la comunidad dudas sobre la idoneidad y la reputación del médico. Previo a su inicio debe verificarse nuevamente el bloqueo anestésico, infiltrándose lidocaína nuevamente de ser necesario, para evitar el molesto dolor. Se reconocen los planos incididos, descartando o verificando las prolongaciones y/o los desgarros, que de existir, se suturarán en orden inverso a su grado.

- **Prolongaciones y Desgarros:** La prolongación se entiende como el aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión pero siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros. Hacia el extremo vaginal se reconoce cuando el vértice supera los 4cm. en relación con los bordes himeneales, casi siempre llegando hasta el tercio medio alto de la pared vaginal anterior o lateral de acuerdo al tipo de Episiotomía. En casos muy raros comprometería hasta el tercio superior. En estos casos el compromiso tanto del transverso profundo como del elevador del ano es manifiesto y obliga a su reparación preferiblemente individualizada. La prolongación del extremo perineal, en caso de la mediana compromete al esfínter externo del ano y en

⁷ <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/episiotomia.pdf>

algunos casos hasta al recto. En el caso de la medio lateral la extensión es hacia los planos profundos donde el compromiso del elevador es mayor, imponiendo una reparación muy cuidadosa.

Si bien la fuerza de expulsión que se realiza durante el parto se ejerce principalmente sobre el periné, que es el que con más frecuencia se lesiona, la incidencia de los desgarros de la pared anterior no es rara, en especial si la vejiga está llena y en el momento de la “cornada fetal” no se protege adecuadamente.

La Infección de la Episiotomía es uno de los factores implicados en la aparición de dispareunia.⁸

3.1.4 Desgarros Perineales.-

Se clasifican en grados que van del I al IV. Teniendo en cuenta las estructuras que se comprometen, tal como se describen a continuación:

- **Grado I:** Compromiso de piel y/o mucosa vaginal.
- **Grado II:** Compromete piel, mucosa, músculos perineales superficiales respetando el esfínter externo. Frecuentemente suele observarse el compromiso de las paredes laterales de la vagina, dando lugar a una lesión triangular debida a la retracción de los músculos perineales superficiales.
- **Grado III:** Compromete el esfínter externo del ano.
- **Grado IV:** Compromete la mucosa anal.

La reconstrucción se realiza en orden inverso al grado. Los desgarros grado I generalmente no se suturan, pues casi nunca sangran y porque sus bordes quedan en aposición facilitando su cicatrización espontánea.

⁸ SOLANA, Arellano: Dispareunia en mujeres después del Parto. pág. 44-51

3.1.5 Dolor Perineal.-

El dolor perineal como consecuencia del parto vaginal es un problema frecuente. No sólo influye de forma negativa sobre el estado físico y psíquico de la mujer, sino que también puede afectar a la lactancia materna, calidad de vida de la madre, retraso de la actividad sexual y afectación de ciertas actividades de la vida diaria. Las “algias” perineales están presentes en muchas mujeres después del parto vaginal, incluso en mujeres que no presentan ningún tipo de laceración del periné. Estas molestias son debidas fundamentalmente al estiramiento muscular, presión sobre esfínter anal, estiramiento de la mucosa vaginal, y micro abrasiones que quizá no son visibles externamente pero si se evidencian a nivel interno.

En el caso de laceraciones evidentes, ya sea por la realización de una episiotomía o por un desgarro, la herida que está en proceso de curación es una zona molesta de roce constante que producirá dolor en mayor o menor medida dependiendo de la gravedad de la misma. Así mismo pueden aparecer molestias urinarias derivadas de la práctica de sondaje vesical o de la presión de la cabeza del feto sobre la uretra, lo cual se traduce a su vez en incomodidad perineal.⁹

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

3.1.6 Dispareunia.-

La Dispareunia, es la disfunción sexual más frecuente en el puerperio y se define como el dolor persistente o recurrente antes, durante o posterior a la penetración vaginal o el intento de ella. Cuando esta experiencia es repetida puede producir tensión y ansiedad modificando de forma negativa la visión

⁹CRUZ, E. Incidencia y Prevalencia del Dolor Perineal Post Parto Vaginal, 2009. pág. 369 382.

sobre las relaciones sexuales, provocando rechazo a la pareja y una inhibición sexual.¹⁰

Para poder realizar un diagnóstico certero de dispareunia, se recomienda un examen pélvico completo, aunque también aconsejan realizarlo en todas las mujeres para descartar otro tipo de anomalías como lesiones vulvares, atrofas vaginales, etc.

Incidencia.- Aproximadamente un 15% de mujeres cada año (graves en menos del 2%), sin patrón genético aparente.¹¹

La Dispareunia puede ser primaria, es decir antes de las relaciones sexuales; secundaria o adquirida, cuando aparece luego de un periodo de relaciones sexuales sin dolor; puede ser situacional, cuando se limita a ciertas clases de estimulación y selectiva cuando se experimenta con algunos compañeros sexuales y otros no. También puede ser: pre coital, coital, post coital o combinada.

3.1.3.1 Pre coital: es un dolor superficial y externo, experimentado desde antes de la penetración; localizado en la vulva (más específicamente en las mucosas de labios menores, clítoris, vestíbulo, introito y/o tercio externo de la vagina, incluso a veces extendiéndose hasta perineo). El dolor se puede experimentar durante caricias genitales y aumentar al intento de penetración, ya que es cuando se intensifica el roce del pene contra dichas estructuras.

3.1.3.2 Coital: es la más frecuente, es profunda o interna o pelviana. Durante las embestidas pélvicas se desencadena el dolor localizado en los genitales

¹⁰ GONZALES, A. Prevalencia tras un parto normal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas, 2009. pág. 125-126.

¹¹ SMITH, R. Obstetricia, NETTER Ginecología y salud de la Mujer, 2005. Pág 440.

internos (útero, trompas de Falopio, ovarios) y/o en estructuras vecinas a ellos, así como también en ciertas zonas del tracto vaginal. Clínicamente se caracteriza por el dolor durante las embestidas pélvicas, cuando el pene choca, tironea, desplaza dichas estructuras.

3.1.3.3 Post coital: el dolor es experimentado luego de culminar el coito y generalmente es vulvo-vaginal. Puede haber sufrido así mismo, dolor antes y/o durante la penetración, persistiendo por horas o días, generando en la paciente incomodidad sobre todo al orinar, al contacto de la ropa interior con los genitales, al adoptar determinadas posturas al sentarse, al higienizarse, etc.¹²

Sobre la etiología orgánica de la dispareunia también pueden combinarse los factores psicológicos ya que las experiencias sexuales dolorosas pueden desencadenar ansiedad anticipatoria y esta generar a su vez respuestas fisiológicas como tensión muscular y contracción de los músculos pubococígeos, dificultando la penetración e intensificando el dolor manteniendo por lo tanto el trastorno como resultado de un condicionamiento doloroso.¹³

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

¹²GONZALES, A. Prevalencia tras un parto normal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas, 2009. pág. 148 -152.

¹³<http://www.plenus.com.uy/docs/mujer/dispareunia.pdf>

Es importante tomar en cuenta, no solo los cambios fisiológicos y anatómicos de la mujer, sino además, el ajuste marital y al cuidado del hijo, la imagen corporal, la presencia de dolor por episiotomía, la lactancia, la fatiga, el discomfort físico y la salud mental en el post parto. El Puerperio constituye un periodo de adaptación psico-emocional madre-hijo, se produce el reconocimiento y la individualización del bebé como un ser único y distinto, conformándose las pautas de apego que conformarán un estilo particular de vínculo. La madre realiza el proceso de aceptación del hijo y de su nuevo rol, trasladando el foco de atención y preocupación al hijo lo que puede generar un sentimiento de alta demanda, descuidando necesidades propias y de pareja. Los cambios corporales experimentados por la mujer en esta etapa exigen una adaptación a esta nueva situación. La lactancia cumple una función nutricia y afectiva hacia el bebé, pero puede generar ansiedad si es tomada como evaluación de competencia como madre. Además, es posible observar que algunas mujeres se les hacen particularmente difíciles, integrar la función erógena de las mamas, previa al embarazo, con la nueva función nutricia que aparece en el puerperio.¹⁴

¹⁴ SALINAS H., PARRA M. Obstetricia. Chile. 2005. Pág 480-482.

3.2 Análisis de Antecedentes Investigativos.-

A NIVEL INTERNACIONAL

AUTORES: Elvia Solana Arellano, Ascencio Villegas Arrizón, José Legorreta Soberanis, Marylou Cárdenas Turanzas, José Enzaldo De la Cruz, Neil Andersson.

TRABAJO: Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco. México. 2008.

Revista Panamericana Salud Pública; Vol. 23 (1), 2008. México.

RESULTADOS: De 368 mujeres que habían reiniciado relaciones sexuales, 152 (41,3%) refirieron dispareunia. Los factores asociados con dispareunia fueron haber tenido infección con o sin dehiscencia de la episiorrafia (OR = 34,09; IC95%: 10,59 a 109,78), presentar síntomas de vaginitis (OR = 7,43; IC95%: 3,68 a 14,99), tener sensación de estrechez del introito vaginal (OR = 6,38; IC95%: 2,92 a 13,94) y practicar la lactancia exclusiva (OR = 4,86; IC95%: 2,44 a 9,69).

CONCLUSIONES:

- La dispareunia estuvo relacionada con las complicaciones de la episiotomía y sus posibles secuelas, como la infección, la dehiscencia de la episiorrafia y la estrechez del introito vaginal.
- Se debe realizar una mejor vigilancia de la episiorrafia durante el puerperio y seleccionar más apropiadamente las mujeres a quienes se les realiza la episiotomía.

AUTOR: Francisco Nohales Alfonso, Alfredo Perales Puchalt, Amparo Sanroma Pérez.

TRABAJO: Dispareunia post parto: Estudio Caso – Control. Hospital Universitario La Fe. España. 2011.

RESUMEN: Tras un parto normal es frecuente que la mujer experimente alguna molestia o dolor en el periné durante las primeras relaciones coitales. Se debe de analizar los factores relacionados con la aparición de dispareunia tras el parto, entendiendo ésta como la aparición de dolor o ardor tras las relaciones sexuales con penetración vaginal, así como la manera en la que la aparición de la misma puede influir en la calidad de vida. Las disfunciones que se han asociado, por tanto, a la paridad han sido: la incontinencia urinaria, la incontinencia anal, la disfunción sexual y el dolor pélvico crónico (incluyendo el dolor vulvar como parte de éste), siendo el dolor en las relaciones sexuales la disfunción más frecuente a los seis meses tras el primer parto, como consecuencia del trauma perineal.

CONCLUSIONES:

- La dispareunia es la disfunción más frecuente a los seis meses después del primer parto, con una incidencia del 23 %.
- Analizando la vía del parto, se observó que el parto vaginal estaba asociado a un aumento de dolor (25 % parto vaginal vs 6,3 % cesáreas, p: 0.001), al ajustar los factores de confusión observaron que el parto vaginal incrementaba el riesgo de dolor con las relaciones sexuales en más de seis veces (OR: 6,11; IC 95 %:1,43-26,11).
- La evaluación global de los cambios en la función sexual de las mujeres estudiadas indicó que el 17,9% mantenían la misma función, el 22,4% la habían mejorado y el 59,6 % había empeorado.

NOMBRE: Nathália Souza e Silva, Sonia Junqueira Vasconcellos de Oliveira, Flora Barbosa da Silva, Jaqueline de Oliveira Santos.

TRABAJO: Dispareunia, Dolor Perineal y Episiotomía. Hospital Amparo Maternal. Sao Paulo, Brasil. 2010.

Revista de Enfermería. UERJ, Vol. 21 (2), 2013, Río de Janeiro.

RESUMEN: Los objetivos fueron verificar la dispareunia, el dolor perineal y las modificaciones en la cicatrización de la herida perineal en mujeres sometidas a la episiotomía. Estudio longitudinal derivado de ensayo clínico que evaluó la eficacia del láser de baja intensidad en la reducción del dolor perineal en estas mujeres. Fue realizado en el Hospital Amparo Maternal, São Paulo-Brasil. Participaron 85 y 79 mujeres entrevistadas con dos (enero a mayo de 2010) y seis meses de post parto (junio a setiembre de 2010), respectivamente. Se verificó dolor perineal en 16,5% y 5,1% de las mujeres y dispareunia en 69,7% y 29,2% de ellas, dos y seis meses después del parto, respectivamente. A los seis meses, casi mitad de las participantes reportaron dolor perineal y modificaciones en la cicatrización de la herida, como sensibilidad, color de la piel y dehiscencia. Se concluye que dolor perineal y dispareunia son morbilidades comunes en el post parto.

CONCLUSIONES:

- Problemas como el dolor perineal y la dispareunia o morbilidad son frecuentes después del parto.
- Es importante monitorizar la cicatrización de la episiotomía porque en este periodo casi la mitad de los participantes reportaron algunos cambios en la curación.
- En este estudio, incluso 6 meses después del parto vaginal, las mujeres informaron dolor perineal, cambios en la sensibilidad y la coloración de la piel en la región perineal y dehiscencia parcial.

4. HIPÓTESIS.-

Dado que: La Dispareunia es la disfunción sexual más frecuente en el post parto y está relacionada a las diferentes molestias en la zona perineal de la púérpera tardía.

Es probable que: Uno de los factores de mayor riesgo sea la realización indiscriminada de la Episiotomía; así como la presencia de otros factores, como infecciones recurrentes, dehiscencia de episiorrafía, entre otros; los que pueden repercutir en traumas psicológicos.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica.- La técnica que se empleó fue la Entrevista Estructurada.

1.2 Instrumento.- El instrumento fue la Ficha de Entrevista (Ver ANEXO 1), con Escala Visual Análoga de Dolor (Ver ANEXO 2).

VARIABLES	INDICADORES	TECNICA	INSTRUMENTO
Factores Asociados a la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico.	Características Socio-económicas de la población:	Técnica de comunicación: Entrevista Estructurada.	Ficha de Entrevista: Ver ANEXO 1.
	Historia Obstétrica del Último Parto:	Técnica de comunicación: Entrevista Estructurada.	Ficha de Entrevista: Ver ANEXO 1.
	Historia Ginecológica:	Técnica de comunicación: Entrevista Estructurada.	Ficha de Entrevista: Ver ANEXO 1.
	Manifestaciones Clínicas sobre las relaciones sexuales:	Técnica de comunicación: Entrevista Estructurada.	Ficha de Entrevista: Ver ANEXO 1, Escala del Dolor: Ver ANEXO 2.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial.-

2.1.1 Precisión del Lugar: Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, Distrito de Paucarpata.

2.1.2 Características del Lugar: Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

2.1.3 Delimitación Gráfica del Lugar: Ver ANEXO 3.

2.2 Ubicación temporal.-

2.2.1 Cronología: Setiembre – Diciembre del 2013.

2.2.2 Visión Temporal: Prospectiva.

2.2.3 Corte Temporal: Transversal.

2.3 Unidades de Estudio.- Primíparas y Secundíparas entre los 60 y 180 días post parto eutócico.

2.3.1 Universo: 100 puérperas cabe especificar que 50 son con dispareunia y 50 sin dispareunia.

2.3.1.1 Cualitativo:

2.3.1.1.1 Inclusión: Primíparas y secundíparas entre los 60 y 180 días post parto las cuales tuvieron parto eutócico y hayan reiniciado su actividad sexual.

2.3.1.1.2 Exclusión: Puérperas con antecedentes de partos por cesárea, puérperas que no hayan reiniciado su actividad sexual, puérperas que tuvieron dispareunia antes de su último parto y puérperas que tuvieron un recién nacido macrosómico (>4000 grs.).

2.3.1.2 Cuantitativo: 100 puérperas entre los 60 y 180 días post parto.

2.3.2 Muestra: 50 puérperas que sufran de dispareunia y 50 puérperas que no sufran de dispareunia.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización.-

3.1.1 Autorización: Se realizó la coordinación con la dirección del Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

3.1.2 Prueba Piloto: Se realizó en 10 puérperas entre los 60 y 180 días de post parto que sean primíparas y/o secundíparas.

3.2 Recursos.-

3.2.1 Humanos:

Autoras:

- Gresmely Elizabeth Mamani De Lama.
- Lessy Stefanny Tala Coaguila.

Asesora:

- Jannet Escobedo Vargas.

Digitador.

Estadista.

3.2.2 Físicos: Computadora, impresora, fotocopidora, scanner, útiles de escritorio.

3.2.3 Económicos: Se necesitó un aproximado de s/1100.00.

3.2.4 Institucionales: Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

3.3 Validación del Instrumento.-

3.3.1 Procedimiento: Se realizó en 10 puérperas entre los 60 y 180 días de post parto que sean primíparas y/o secundíparas.

3.3.2 Finalidad: La finalidad del instrumento fue juzgar su eficacia, para su perfeccionamiento y ver el tiempo de administración al llevarlo a cabo.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1 Nivel de Sistematización de Datos.-

4.1.1 Tipo De Sistematización: Electrónico

4.1.2 Plan De Operación:

4.1.2.1 Clasificación: Matrices de sistematización.

4.1.2.2 Codificación: Se usó un instrumento precodificado.

4.1.2.3 Análisis: Se utilizó el paquete SPSS 20 y Epidat. Por el número de variables es univariado y por su naturaleza es cuantitativo. También se hizo uso de la Prueba Estadística de Chi Cuadrado con un nivel de Significancia del 5% y razones de posibilidades (Odds Ratios, OR)

4.1.2.4 Tabulación: Se utilizó tablas de doble entrada y simple.

4.1.2.5 Graficación: Se usó la gráfica de columnas.

4.2 Plan de Recuento.-

4.2.1 Tipo de Recuento: Mixta

4.2.2 Necesidad de matrices de conteo

4.2.3 Prototipo de esquema(s) matricial(es) de conteo: Estadísticas descriptivas, frecuencia y de dispersión o variabilidad (rango y varianza).



**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

TABLA 1
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-
ECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN**

VARIABLES	CASOS = 50		CONTROLES = 50		X ²	P value
	Nº	%	Nº	%		
Grupos de Edad						
Menor de 18 años	2	4.0	1	2.0		
19- 29 años	30	60.0	28	56.0	0.63	0.73
30 a más	18	36.0	21	42.0		
Estado Civil						
Soltera	2	4.0	2	4.0		
Conviviente	25	50.0	32	64.0	2.12	0.35
Casada	23	46.0	16	32.0		
Escolaridad						
Primaria	4	8.0	2	4.0		
Secundaria	25	50.0	28	56.0	0.86	0.65
Superior	21	42.0	20	40.0		
Trabaja						
Si (Todas trabajan)	22	44.0	26	52.0		
No (Ama de Casa)	28	56.0	24	48.0	0.64	0.42
Procedencia						
Arequipa	27	54.0	36	72.0		
Puno	14	28.0	6	12.0	4.55	0.10
Otras Provincias	9	18.0	8	16.0		

Fuente: Elaboración Personal.

Prueba de Chi Cuadrado, P value > 0.05 no significativo

La mayoría de pacientes estuvieron entre los 19 a 29 años de edad tanto en el estudio de casos (60%) como en controles (56%), predominaron las convivientes para ambos grupos siendo mayor número en el grupo de controles (64%) que en el estudio de casos (50%), la mayoría tenía secundaria tanto en el estudio de casos (50%) como en controles (56%), trabajan en mayor número en los controles (52%) mientras que la mayoría que no trabaja está en el estudio de casos (56%), la mayoría de pacientes son de Arequipa sobre todo en los controles (72%). Siendo estas diferencias no significativas entre las características socio-económicas de los dos grupos.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

TABLA 2
ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA LAS VARIABLES OBSTÉTRICAS
ASOCIADAS CON LA DISPAREUNIA

VARIABLES	CASOS = 50		CONTROLES = 50		OR	IC 95%
	Nº	%	Nº	%		
Partos						
Uno	25	50.0	20	40.0	1.50	0.68 – 3.31
Dos	25	50.0	30	60.0		
Lugar de Atención del Parto						
Hospital	31	62.0	22	44.0	2.25	0.97 – 5.25
Centro de Salud	15	30.0	24	48.0	2.82	0.24 – 33.04
Clínica Particular	1	2.0	2	4.0	0.94	0.14 – 6.10
Otro	3	6.0	2	4.0		
Episiotomía						
Si	36	72.0	36	72.0	1.0	0.42 – 2.39
No	14	28.0	14	28.0		
Desgarro						
Si	21	42.0	15	30.0	1.69	0.74 – 3.86
No	29	58.0	35	70.0		

Fuente: Elaboración Personal.

Con relación a los antecedentes obstétricos se encontró evidencia de asociación de la dispareunia con el número de partos en donde las primíparas tienen 1.50 veces más riesgo de presentar dispareunia frente a una paciente segundípara.

Las pacientes que acuden al Hospital tienen 2.25 veces más riesgo de tener dispareunia respecto a los partos realizados en el Centro de Salud, dado que la demanda en el Hospital es mayor a la de un centro de Salud y/o Clínica.

Las pacientes con episiotomía sufren 1 vez más dispareunia; en relación a las pacientes que tuvieron desgarro que tienen 1.69 veces más la tendencia a tener dispareunia respecto a las que no tuvieron dicha complicación.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

**TABLA 3
PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS**

PESO DEL RECIÉN NACIDO	CASOS = 50		CONTROLES = 50		ESTADÍSTICOS	
	Nº	%	Nº	%	X ²	P value
2500 - 2999 grs.	8	16.0	3	6.0	2.55	0.11
3000 - 3499 grs.	15	30.0	20	40.0	1.09	0.29
3500 - 3999 grs.	27	54.0	27	54.0	0.00	1.00

Fuente: Elaboración Personal.

Prueba de Chi Cuadrado, P value > 0.05 no significativo

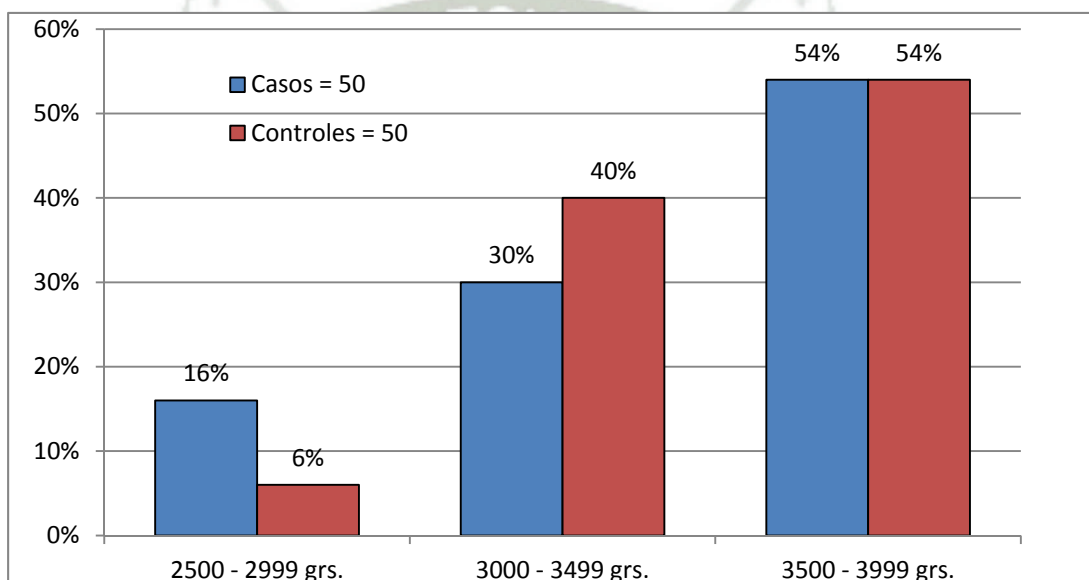
En relación a peso de los Recién Nacidos predominaron los pesos entre 3500 – 3999 grs., tanto en el estudio de casos (54%) como en controles (54%).

Siendo estas diferencias no significativas en la relación del peso del recién nacido de ambos grupos.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

GRÁFICA 1

PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS



**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

TABLA 4
ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA LAS VARIABLES GINECOLÓGICAS
ASOCIADAS A LA DISPAREUNIA

VARIABLES GINECOLÓGICAS	CASOS = 50		CONTROLES = 50		ESTADÍSTICOS	
	Nº	%	Nº	%	X ²	P (*)
Infección Post parto	2	4.0	3	6.0	0.21	0.65
Dehiscencia de episiorrafia y/o desgarro	7	14.0	2	4.0	3.05	0.08
Infección de la episiorrafia	12	24.0	2	4.0	8.31	0.00
Cicatriz queuloide de la episiorrafia	24	48.0	11	22.0	7.43	0.01
Sensación de quemazón	17	34.0	5	10.0	8.39	0.00
Prurito o picazón vulvar	18	36.0	3	6.0	13.56	0.00
Dolor perineal	35	70.0	4	8.0	40.40	0.00
Sensación de sequedad vaginal	36	72.0	3	6.0	45.78	0.00
Sensación de estrechez del introito	35	70.0	9	18.0	27.44	0.00
Síntomas de vaginitis	17	34.0	9	18.0	3.33	0.07
Presencia de flujo vaginal	11	22.0	6	12.0	1.77	0.18
Sangrado al tener R.S.	8	16.0	2	4.0	4.00	0.05
Antecedente de ITU	30	60.0	20	40.0	4.00	0.05
Incontinencia urinaria de esfuerzo	22	44.0	7	14.0	10.93	0.00

Fuente: Elaboración Personal.

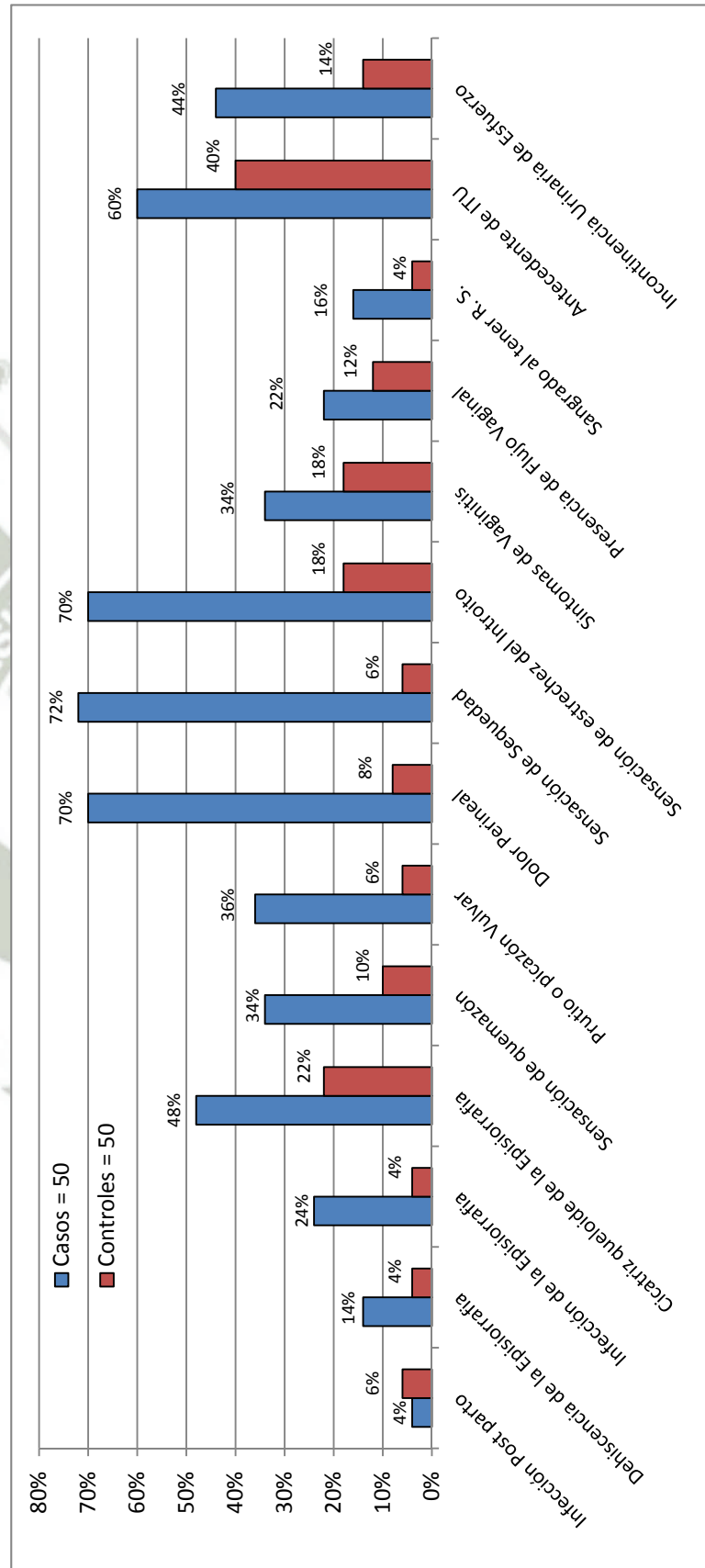
P (*) Prueba de Chi Cuadrado, $p \leq 0.05$ significativo

Si se encontró diferencia significativa entre los dos grupos para síntomas de estrechez de introito, cicatriz queuloide de la episiorrafia, sensación de quemazón, prurito vulvar, dolor perineal, sensación de sequedad vaginal, sangrado al tener relaciones sexuales, infección de episiorrafia, antecedente de ITU e Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Con respecto a los factores ginecológicos, se observó una mayor asociación de la dispareunia con la sensación de sequedad vaginal (72%), dolor perineal (70%), sensación de estrechez del introito (70%), prurito vulvar (36%), síntomas de vaginitis (34%), síntomas de quemazón (34%), antecedente de ITU durante el embarazo (60%), e incontinencia urinaria de esfuerzo (44%).

**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

GRÁFICA 2
ANÁLISIS PARA LAS VARIABLES GINECOLÓGICAS ASOCIADAS CON LA DISPAREUNIA



**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

TABLA 5

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
UTILIZADOS POR LAS PACIENTES**

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	CASOS = 50		CONTROLES = 50		ESTADÍSTICOS	
	Nº	%	Nº	%	X ²	P value
MELA	4	8.0	7	14.0	0.92	0.34
Inyectable	17	34.0	13	26.0	0.76	0.38
Píldora	5	10.0	8	16.0	0.80	0.37
DIU	1	2.0	1	2.0	0.00	1.00
Preservativo	9	18.0	10	20.0	0.06	0.80
Espermicida	0	0	1	2.0	-	-
Ligadura	2	4.0	0	0	-	-
Ninguno	12	24.0	10	20.0	0.23	0.63

Fuente: Elaboración Personal.

Prueba de Chi Cuadrado, P value > 0.05 no significativo

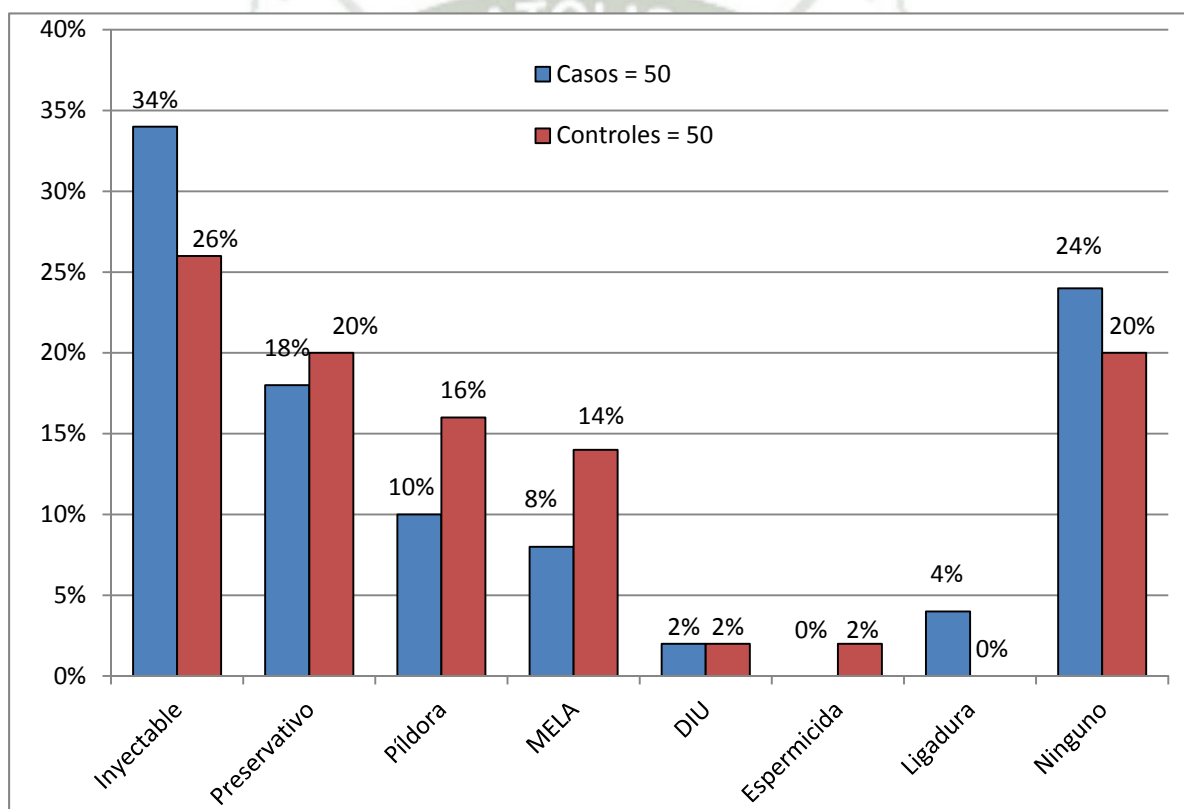
Con respecto a los métodos anticonceptivos, se encontró un mayor uso del inyectable en el estudio de casos (34%) como en controles (26%), el uso de preservativos en el grupo de casos (18%) y en controles (20%), el uso de píldoras en el grupo de casos (10%) y en controles (16%); se observa que en el grupo de casos y en el grupo de controles, las pacientes no utilizan aún un método anticonceptivo (24% y 20% respectivamente).

No se encontró diferencia significativa entre los dos grupos para la utilización de métodos anticonceptivos.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

GRÁFICA 3

**ANÁLISIS PARA LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR
LAS PACIENTES**



**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

TABLA 6

ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	CASOS = 50		CONTROLES = 50		ESTADÍSTICOS	
	Nº	%	Nº	%	X ²	P value
Lactancia Materna Exclusiva	40	80.0	39	78.0	0.06	0.81
Lactancia Mixta	8	16.0	11	22.0	0.58	0.44
Lactancia Artificial	2	4.0	0	0	-	-

Fuente: Elaboración Personal.

Prueba de Chi Cuadrado, P value > 0.05 no significativo

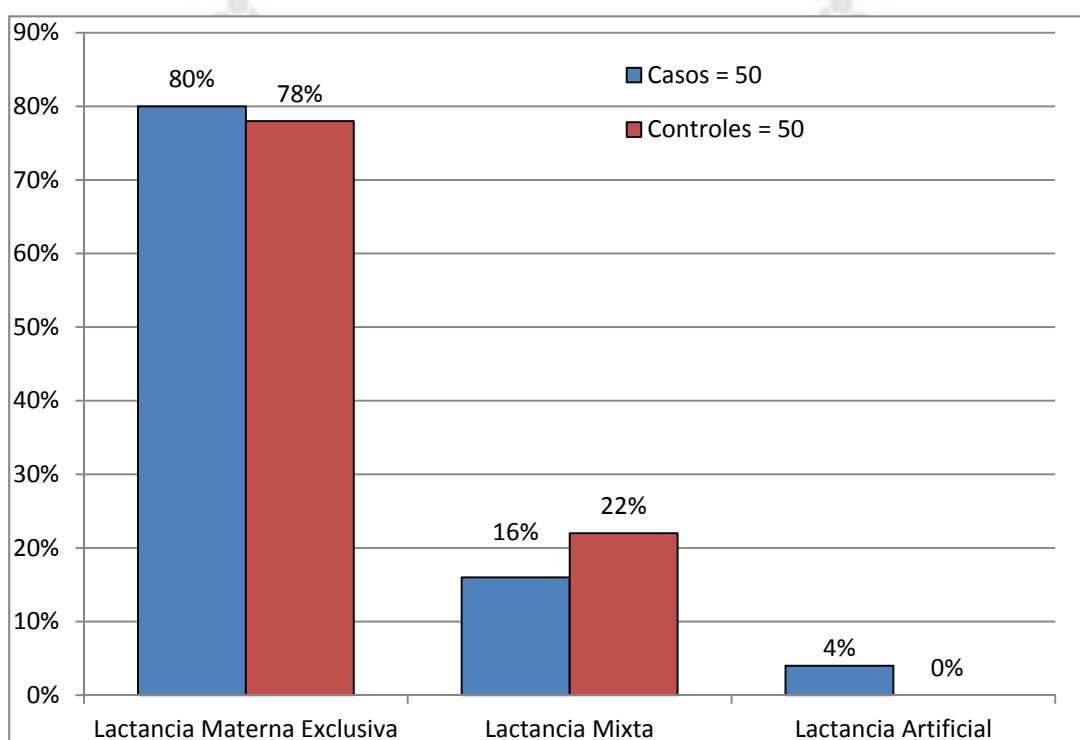
En cuanto a la alimentación del Recién Nacido, se encontró que predomina la Lactancia Materna Exclusiva tanto para el estudio de casos (80%) como en controles (78%).

No se encontró diferencia significativa para la lactancia materna exclusiva, mixta y artificial.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

GRÁFICA 4

ANÁLISIS PARA LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO



**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

TABLA 7

REINICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LAS PACIENTES

REINICIO DE RS POST PARTO	CASOS = 50		CONTROLES = 50		ESTADÍSTICOS	
	Nº	%	Nº	%	X ²	P value
≤39 días	9	18.0	13	26.0	0.93	0.33
40 - 90 días	36	72.0	35	70.0	0.05	0.83
≥91 días	5	10.0	2	4.0	1.38	0.24
TOTAL	50	100	50	100		

Fuente: Elaboración Personal.

Prueba de Chi Cuadrado, P value > 0.05 no significativo

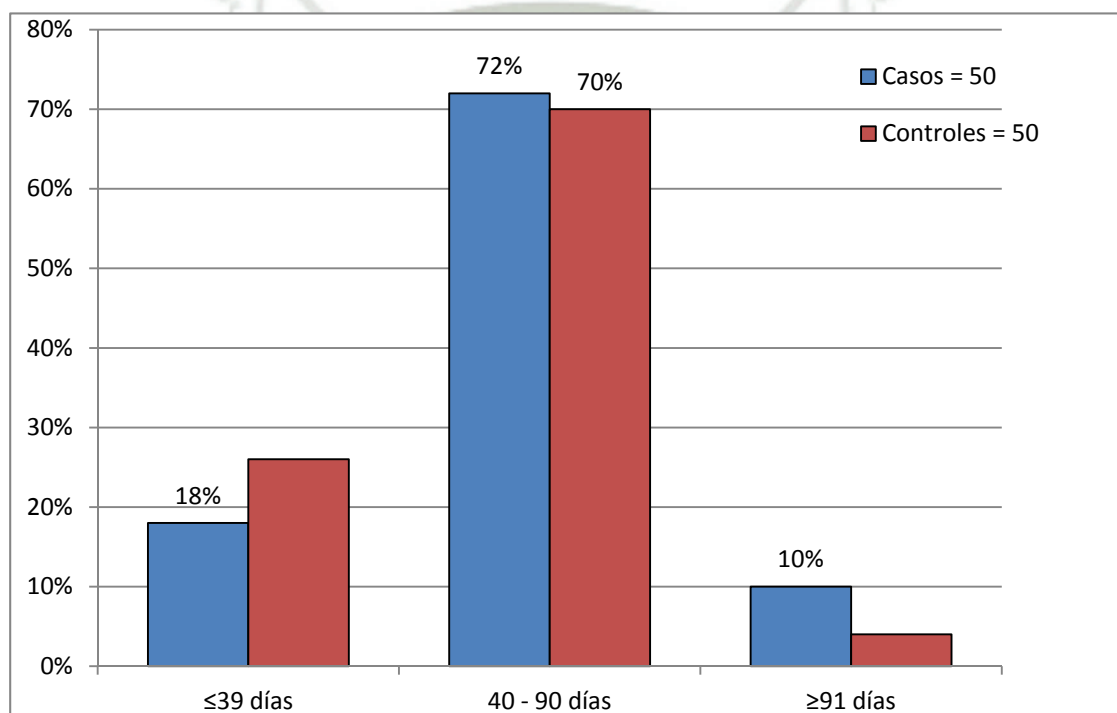
En cuanto al reinicio de las relaciones sexuales en las pacientes, el comportamiento fue similar siendo entre los 41 a 90 días del post parto tanto en el estudio de casos (72%) como en controles (70%).

No se encontró diferencia significativa para el reinicio de las relaciones sexuales post parto.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DISPAREUNIA POST PARTO EN
PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013**

GRÁFICA 5

REINICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LAS PACIENTES



FACTORES ASOCIADOS A LA DISPARREUNIA POST PARTO EN PRIMÍPARAS Y SEGUNDÍPARAS DE PARTO EUTÓCICO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2013

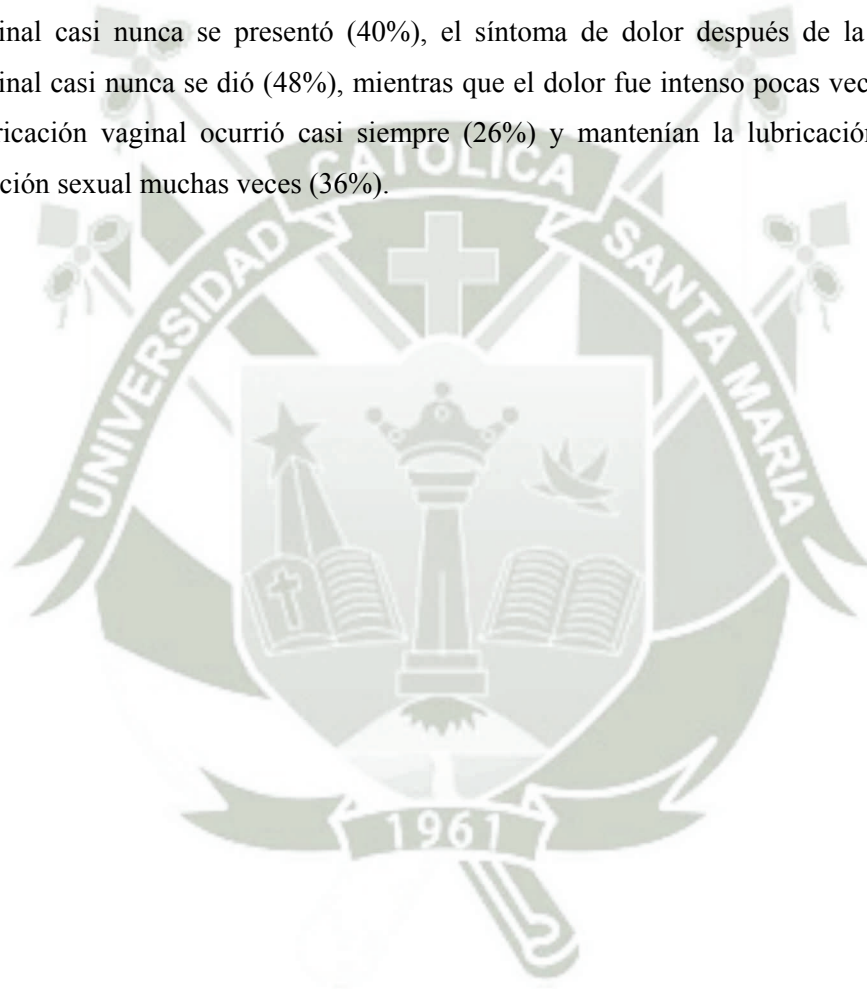
TABLA 8
MANIFESTACIONES CLÍNICAS SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES

ESCALA	DOLOR DURANTE LA PENETRACIÓN		DOLOR DESPUÉS DE LA PENETRACIÓN		INTENSIDAD DEL DOLOR		LUBRICACIÓN AL INICIO DE LAS R.S.		MANTIENE LA LUBRICACIÓN											
	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos	Controles										
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%								
Casi Nunca	0	0	20	40.0	0	0	16	32.0	3	6.0	4	8.0	6	12.0						
Pocas Veces	0	0	20	40.0	2	4.0	25	50.0	14	28.0	9	18.0	7	14.0	4	8.0				
Algunas Veces	17	34.0	10	20.0	24	48.0	10	20.0	19	38.0	9	18.0	15	30.0	9	18.0				
Muchas Veces	23	46.0	0	0.0	16	32.0	0	0.0	22	44.0	0	0.0	8	16.0	11	22.0	13	26.0	18	36.0
Casi Siempre	10	20.0	0	0.0	8	16.0	0	0.0	7	14.0	0	0.0	6	12.0	13	26.0	11	22.0	13	26.0

Fuente: Elaboración Personal.

En el estudio de casos se observó que según la escala evaluada, el síntoma de dolor durante la penetración vaginal se presentó muchas veces (46%) y el síntoma de dolor después de la penetración vaginal se presentó algunas veces (48%), mientras que el dolor fue intenso muchas veces (44%); la lubricación vaginal al inicio de las relaciones sexuales se dió algunas veces (38%), de igual manera la lubricación vaginal durante la relación sexual se mantuvo algunas veces (30%).

En el estudio de controles se observó que el síntoma de dolor durante la penetración vaginal casi nunca se presentó (40%), el síntoma de dolor después de la penetración vaginal casi nunca se dió (48%), mientras que el dolor fue intenso pocas veces (50%); la lubricación vaginal ocurrió casi siempre (26%) y mantenían la lubricación durante la relación sexual muchas veces (36%).





DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

SOLANA y col. (19) en México identificaron que las pacientes que habían reiniciado las relaciones sexuales tenían síntomas de dispareunia (41,3%). No se encontraron diferencias significativas entre las características socio-económicas en ambos grupos; hallazgos similares a nuestros resultados. Con relación a los antecedentes obstétricos, se encontró evidencia de asociación de dispareunia con la infección de la episiorrafia, con o sin dehiscencia de episiorrafia. ($P \leq 0,05$). En nuestro estudio se encontró evidencia de asociación de dispareunia con el número de partos en donde las primíparas tienen 1.50 veces más riesgo de presentar este síntoma, y la realización de episiotomía con la dispareunia, en donde las que tuvieron episiotomía tenían 1 vez más riesgo de presentar dispareunia; así como las que presentan un desgarró tenían 1.69 veces más de riesgo de presentar dispareunia.

Con respecto a los factores ginecológicos, ellos observaron una mayor asociación de dispareunia con la sensación de estrechez vaginal, presencia de cicatriz queloide, uso de DIU y lactancia exclusiva. Y en nuestro estudio, se observó una mayor asociación de dispareunia con la sensación de estrechez del introito, sensación de sequedad vaginal, sangrado al tener relaciones sexuales, cicatriz queloide de la episiorrafia entre otros; no se encontró diferencia significativa entre los dos grupos para síntomas de vaginitis, presencia de flujo genital, lactancia materna exclusiva y utilización de métodos anticonceptivos.

En este estudio no se hicieron preguntas relacionadas con las medidas higiénicas utilizadas por las pacientes y acerca de si recibieron orientación específica al respecto, por lo que no se pudo analizar si estas medidas podrían haber influido en la tasa de infección de la episiorrafia.

En nuestro estudio, la vaginitis infecciosa medida por los datos clínicos referidos por las participantes, se asoció independientemente con la dispareunia. La estrechez del introito resultó un factor determinante de dispareunia, sin embargo, la mayoría de las mujeres que manifestaron tener esa sensación, presentaban el antecedente de una episiotomía/desgarro. Mujeres con episiotomía y estrechez del introito (70.0%) no mencionaron complicaciones derivadas de la episiorrafia, lo que hace suponer que el síntoma pudiera estar asociado con la calidad de la técnica empleada para reparar la episiotomía/desgarro.

En el estudio de NOHALES y col. (17) ellos diferenciaron los síntomas locales donde encontramos diferencias significativas referentes a quemazón vulvar, prurito vulvar, dolor vulvar, sequedad vaginal, estrechez del introito y dolor a la penetración en el grupo de casos. Mientras que en nuestro estudio se asoció la dispareunia con la sensación de estrechez del introito, sensación de sequedad vaginal; no se encontró diferencia significativa entre los dos grupos para síntomas de vaginitis y presencia de flujo genital.

SOUZA y col. (20) en un estudio realizado en el hospital Amparo Maternal, São Paulo-Brasil, participaron 85 y 79 mujeres entrevistadas entre los dos y seis meses post parto, respectivamente. Se verificó dolor perineal en 16,5% y 5,1% de las mujeres y dispareunia en 69,7% y 29,2% de ellas, dos y seis meses después del parto, respectivamente. A los seis meses, casi la mitad de las participantes reportaron dolor perineal y modificaciones en la cicatrización de la herida como, sensibilidad, color de la piel en la zona afectada y dehiscencia. En nuestro estudio, evaluamos a mujeres entre los 60 y 180 días, las cuales reportaron, sensación de estrechez del introito, sensación de sequedad vaginal, sangrado al tener relaciones sexuales y cicatriz que loide de la episiorrafia. No estudiamos si la dispareunia disminuía en las pacientes que tenían 180 días, pues sólo buscamos conocer los factores asociados a este problema.

Según LEEMAN y col. (16) encontraron que las mujeres que sufrieron una laceración de segundo grado tuvieron un 80% de mayor incidencia de dispareunia a los 3 meses post parto en comparación con mujeres cuyo parto se desarrolló con un periné intacto. Ellos estudiaron prospectivamente una cohorte de 107 mujeres desde el primer trimestre hasta seis meses post parto. La reanudación de la actividad sexual en el post parto es rápida. Aproximadamente la mitad (52%) de las mujeres reanudó la actividad sexual entre la quinta y la sexta semanas post parto. Para el tercer mes post parto el 90% de las mujeres había reanudado la actividad sexual; siendo indicador de predicción de inactividad sexual post parto, el no estar sexualmente activa a las 12 semanas de gestación; concordando con ABDOOL y col. (11) que evaluaron que un importante factor de pronóstico para la insatisfacción en las relaciones sexuales en el primer año post parto, es el no mantener relaciones sexuales en épocas tempranas del embarazo. Lo cual concuerda en parte con nuestro trabajo, dado que las pacientes tanto en el estudio de casos como en controles sufrieron en cantidades similares de episiotomías y sólo siendo una vez más propensas nuestro estudio de casos a presentar dispareunia post parto; siendo la diferencia en las pacientes con desgarros de II° grado, que son 1.69 veces más propensas a desencadenar dispareunia con respecto a las que tuvieron un parto con perineo intacto. No estudiamos si las pacientes habían tenido relaciones sexuales en épocas tempranas de la gestación.

BARRET (12) informó que 55% de las mujeres experimentaron penetración dolorosa y 45% experimentaron coito doloroso a los dos meses post parto. En nuestro estudio el dolor durante la penetración se dió muchas veces en el grupo de casos (46%) en cambio en el grupo de controles casi nunca ocurrió (40%).

MARTINEZ (18) reportó en su estudio que más de la mitad de las parejas reanudó sus relaciones sexuales cinco semanas después del parto. La lactancia puede tener un efecto inhibitor del deseo sexual, ya que los niveles hormonales se mantienen bajos, y la mujer está cansada y duerme poco. En nuestro estudio tanto en el estudio de casos como en controles el reinicio de relaciones sexuales sucedió entre

los 40 a 90 días post parto (70.0%), no se presentó una asociación significativa que demostrara que las pacientes con Lactancia Materna Exclusiva (LME) presentaban dispareunia pero nos demuestra que en nuestra población hay predominio de la LME.

KENNEDY y col. (15) estudiaron la sintomatología vulvo-vaginal en el embarazo y el puerperio. En 114 casos, los síntomas de escozor, quemazón, picor, dolor, dispareunia, incontinencia urinaria de urgencia y de esfuerzo, aumentaron conforme avanzaba el embarazo. Tras 3 meses del parto, estudiaron a 63 mujeres que habían permanecido en el estudio, observaron una disminución de todos los síntomas, excepto de la dispareunia, que por el contrario aumentaba. De las mujeres que habían permanecido en el estudio, el 41% que tuvo parto vaginal refirió dispareunia post parto, frente al 20% que también manifestó dicho síntoma pero que tuvieron cesárea.

En la investigación de GONZALES y col. (14) estudiaron una población de 796 mujeres primíparas; a los tres meses del parto, un 62% de la población de estudio refería tener relaciones sexuales dolorosas, a los seis meses la cifra disminuyó hasta llegar a un 31%. Sólo el 12% de las encuestadas refirió tener dispareunia en el año previo a la gestación. En este estudio, el 68% de las encuestadas expresó la necesidad de ayuda en los trastornos sexuales en el post parto.

Aunque según la OMS (28) no se justifica el uso sistemático de la episiotomía, en la práctica esta intervención se realiza en forma rutinaria, aun sin la indicación requerida. En el presente estudio, la tasa de episiotomía de 72.0% fue similar a la informada en la mayoría de los países de América Latina, mientras que en algunos países desarrollados el uso de este procedimiento se ha reducido hasta 30%. En la práctica obstétrica, la incidencia de la episiotomía varía de un lugar a otro, así, la incidencia es más alta en EE UU, América Latina y España (aproximadamente el 40% de los partos vaginales) en relación con Europa, encontrándose la cifra más baja en Suecia, sólo el 1% de los partos vaginales (29).

Asociaciones como “EL PARTO ES NUESTRO” (27) también aboga por la política de episiotomía selectiva. La postura en contra de la práctica de forma indiscriminada también ha sido apoyada por diversos organismos e instituciones públicas.

Se puede observar, de esa forma, que es esencial efectuar la protección del periné y es de fundamental importancia que las mujeres sepan que es la episiotomía, su indicación y consecuencia. La episiotomía de rutina no debe ser una práctica generalizada, ya que según las evidencias, puede causar daños a las mujeres.

Es reconocido que la educación maternal y los ejercicios de la musculatura pélvica son recomendados por su efecto protector, ya que ayuda a la pronta recuperación del canal del parto con el fin de prevenir la aparición de dispareunia y la incontinencia post parto; si se controla la obesidad antes del parto y se realizan los ejercicios de Kegel de forma regular y continúa antes y después del parto se reducen los riesgos de incontinencia y de dispareunia.



CONCLUSIONES

PRIMERA:

No se encontró diferencia significativa entre las características socio-económicas que demuestren que éstas, están asociadas a dispareunia post parto.

SEGUNDA:

La asociación de dispareunia es mayor en primíparas que en secundípara. Las mujeres a las que se les realizó episiotomía tienen riesgo de sufrir dispareunia; siendo mayor en el caso de los desgarros.

TERCERA:

Los factores de la historia ginecológica asociados a dispareunia fueron la estrechez de introito, cicatriz queloide de la episiorrafía, sensación de quemazón, prurito vulvar, dolor perineal, sensación de sequedad vaginal, infección de la episiorrafía y sangrado al tener relaciones sexuales.

CUARTA:

Las manifestaciones clínicas relacionadas al reinicio de las relaciones sexuales fueron: el dolor durante la penetración vaginal (46%), dolor después de la penetración (48%), dolor intenso (44%), lubricación vaginal al inicio de las relaciones sexuales (38%) y lubricación vaginal durante la relación sexual (30%).

QUINTA:

Las púerperas que tuvieron desgarros tienen 1.69 de riesgo de sufrir dispareunia en relación a las que tuvieron episiotomía (1.0 de riesgo). Mientras que la infección de episiorrafía, sensación de estrechez del introito, cicatriz queloide de la episiorrafía, sensación de quemazón, prurito vulvar, dolor perineal y sensación sequedad vaginal, están asociados a la aparición de dispareunia.

RECOMENDACIONES

1. Los/las obstetras tiene un papel importante de apoyo, orientación, prevención y promoción. Es importante que aborden estos temas con la mujer y la pareja, durante las consultas y puedan resolver cualquier duda que pueda presentarse.
2. Entre las medidas más concretas están: reiniciar las relaciones sexuales después de 42 días del parto, tener momentos de descanso para la mujer durante el día y recomendar el uso de lubricantes cuando la lubricación espontánea de la mujer no es suficiente.
3. Implementar en los cuidados del puerperio, el periodo de abstinencia del varón, fomentando que vea esto como una oportunidad de enriquecer su relación buscando nuevas formas de acercamiento con su pareja y su bebé, logrando que comprenda la situación emocional y física de la mujer en esta etapa.
4. Realizar ejercicios de Kegel, no sólo para evitar incontinencias que pueden haberse presentado incluso desde antes del parto, sino para mejorar el bienestar de la mujer y facilitar las relaciones sexuales, puesto que estos ejercicios mejoran el tono de los músculos pélvicos.
5. Fomentar en las pacientes el derecho de autonomía, explicando los procedimientos a realizar y el motivo de estos; enseñando a los estudiantes de pregrado la importancia de informar al paciente y que no se deshumanicen en el trato y respeten los derechos de los usuarios.
6. Es recomendable prevenir Dispareunia:
 - Aplicar técnicas y procedimientos pertinentes en el proceso de Episiorrafia Obstétrica.
 - Aplicar la norma de Episiotomía Restrictiva.



BIBLIOGRAFÍA

1. BRUBAKER L, HANDA V. Sexual Function 6 months after first delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2008; 5: 1040-45
2. CUNNINGHAM G., MACDONALD P., GANT N. *Obstetricia de Williams*. 23ª edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina. 2008. Pág.1452.
3. JAMES LESLIE. *La Sexualidad Humana. Manual Moderno*. México. 1983. pág. 45-50.
4. LARRY COLPELAN. *Ginecología*, Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires 2002. pág. 24.
5. MUÑOZ AGÜERO W. *Obstetricia Fisiológica*. 1º Edición. Editorial Universidad de Concepción. Argentina. 2006. Pág 156.
6. PEREZ SÁNCHEZ, E. *Obstetricia y Ginecología*. 2ª Edición. Chile. 2003. Pág. 320-386.
7. RIGOL, O. *Obstetricia y Ginecología*. 1º Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2004. pág.251 – 268.
8. SALINAS H., PARRA M. *Obstetricia*. Chile. 2005. Pág. 480-482.
9. SCHWARCZ R. *Obstetricia*. 6ª Edición. Editorial El Ateneo. 2005. Pág. 944.
10. SMITH R. NETTER *Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer*. Editorial MASSON. Estados Unidos. 2005. Pág. 440.

HEMEROGRAFÍA

11. ABDOOL Z., THAKAR R, y col. Post-partum female sexual function. Eur. J Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2009 Aug; 145:133-7. 5.
12. BARRETT G., PENDRY E. y col. Women's sexual health after childbirth. BJOG. 2000; 107: 186-95. 3.
13. CRUZ, E. Incidencia y Prevalencia del Dolor Perineal Post Parto Vaginal. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster. 2009 1 (2). Pág. 369-382.
14. GONZALES A. y col. Prevalencia de Dispareunia tras un Parto Normal. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas. 2011. 3 (3): pág. 125-152.
15. KENNEDY CM., TURCEA A. y col. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. Int. J Gynecol. Obstet. 2009; 105:236-9.
16. LEEMAN L., ROGERS R. y col. Función Sexual Postparto. Relaciones Sexuales Después del Parto. Obstet. Gynecol. México. 2012; 119:647-55.
17. NOHALES F., PERALES A., SANROMA A. Dispareunia postparto: Estudio Caso – Control. Hospital Universitario La Fe. 31 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. España. 2011.
18. MARTINEZ G. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en púerperas. NURE Inv. (Revista en Internet) 2009. Nov. - Dic.

19. SOLANA E., VILLEGAS A., LEGORRETA J., CÁRDENAS M., ENZALDO J., ANDERSSON N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco. Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health23 (1), 2008. Pág. 44-51.
20. SOUZA N., JUNQUEIRA S., BARBOSA F., DE OLIVEIRA J. Dispareunia, Dolor Perineal y Episiotomía. Rev. Enfermería. Rio de Janeiro. 2013 abr/jun; 21(2): pág. 216-20.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

21. <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/episiotomia.pdf>
22. <http://www.plenus.com.uy/docs/mujer/dispareunia.pdf>
23. http://www.episiotomia.info/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=9
24. http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista146/2_146.htm
25. http://www.icmer.org/documentos/lactancia/sex_en_postparto.pdf
26. http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2012_LeemanCES_Translation.pdf
27. <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-episiotomia>
28. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/
29. <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy>



ANEXO 1

FICHA DE ENTREVISTA

INVESTIGACIÓN: DISPAREUNIA POST PARTO. ESTUDIO DE CASOS
Y CONTROLES

Nombre: _____ Nro. Ficha _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Paridad (Nro. De hijos): 1 – 2

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de procedencia: _____

Ocupación: _____ Situación. Económica: _____

Estado civil: Casada Conviviente Soltera Pareja estable: SI NO

Grado Instrucción.: Analfabeta, Primaria, Secundaria,
Superior no universitaria, Superior universitaria.

Antecedentes Patológicos Médicos: _____

Intervenciones quirúrgicas previas: _____

Historia ginecológica: Antecedente de ITU: SI NO

Antecedente de ITS: SI NO

Usó anteriormente algún método anticonceptivo: SI NO

Cuál _____

Historia Obstétrica: Lugar de atención: Hospital, Centro de Salud, Clínica
particular, Otro

Tipo de Parto: Eutócico Vaginal. Episiotomía: SI NO

Desgarro perineal: SI NO

Peso del Recién nacido: _____ grs.

Infección post parto (endometritis): SI NO

Dehiscencia de la episiorrafia: SI NO

Infección de la episiorrafia: SI NO

Presencia de cicatrización queloide de la episiorrafia: SI NO

Síntomas de vaginitis: SI NO

Cuáles _____ Dx: _____

Presencia de menstruación en el momento actual: SI NO

Método anticonceptivo actual: _____

Lactancia Materna Exclusiva: SI NO

Lactancia Mixta: SI NO Lactancia artificial: SI NO

Reinicio de relaciones sexuales después del parto: _____ días

SINTOMAS VULVAR Y VAGINAL

Síntoma		Escala de 0 (Ausencia) a 10 (Máximo puntaje.)
1	Sensación de quemazón	
2	Prurito o picazón vulvar	
3	Dolor perineal	
4	Dolor a la penetración vaginal	
5	Sensación de sequedad	
6	Sensación de estrechez del introito vaginal	
7	Presencia de flujo genital	
8	Otros: sangrado al tener relaciones sex.	

Síntomas urinarios: SI NO

Síntomas: _____

Incontinencia urinaria de esfuerzo: SI NO

En los últimos dos/seis meses, ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Casi siempre o siempre.
- Muchas veces (más de la mitad de las veces).
- Algunas veces (la mitad de las veces).
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces).
- Casi nunca o nunca

En los últimos dos/seis meses, ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Casi siempre o siempre.
- Muchas veces (más de la mitad de las veces).
- Algunas veces (la mitad de las veces).
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces).
- Casi nunca o nunca.

En los últimos dos/seis meses, ¿Con qué intensidad usted valora sus molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Casi siempre o siempre (Muy alto).
- Muchas veces (Alto).
- Algunas veces (Regular).
- Pocas veces (Bajo).
- Casi nunca o nunca (Muy bajo o nada).

En los últimos dos/seis meses, ¿Con qué frecuencia se ha lubricado (humedecido o mojado) durante la actividad sexual?

- Casi siempre o siempre.
- Muchas veces (más de la mitad de las veces).
- Algunas veces (la mitad de las veces).
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces).
- Casi nunca o nunca.

En los últimos dos/seis meses, ¿Cuán difícil ha sido mantener su lubricación hasta completar la actividad sexual?

- Casi siempre o siempre.
- Muchas veces (más de la mitad de las veces).
- Algunas veces (la mitad de las veces).
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces).
- Casi nunca o nunca.

ANEXO 2

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DE DOLOR

La escala visual análoga de dolor es un instrumento que permite cuantificar numéricamente la intensidad de dolor que sufre el paciente.

Escala visual análoga de dolor



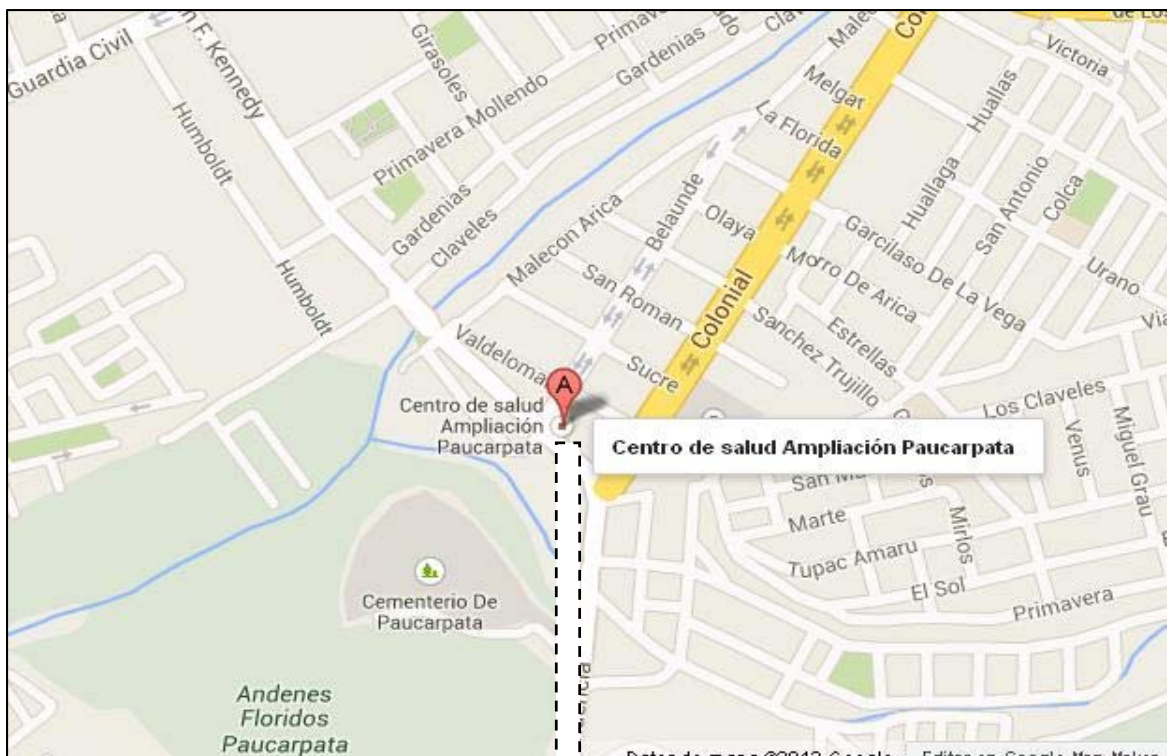
NO DOLOR.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10.....DOLOR INTENSO

Consiste en una línea de 10 centímetros, en la cual el extremo izquierdo significa nada de dolor y el extremo derecho el peor dolor imaginable; en esta escala el paciente debe indicar cuánto le duele.



ANEXO 3

DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR



ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Investigadores responsables:

- Lessy Tala Coaguila
- Gresmely Mamani De Lama

Título: “Factores Asociados a la Dispareunia Post Parto en Primíparas y Secundíparas de Parto Eutócico”

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito identificar los factores asociados a la dispareunia postparto.

Estoy en conocimiento de que:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

Nombre del Participante

Nombre del Investigador responsable

Firma

Firma

ANEXO 5

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Nº	GRUPO	EDAD	ESPECIALIDAD	PARADID	PROCEDENCIA	OCUPACIÓN	ECONOMÍA	INSTRUCIÓN	Ant. Pat. Med	OPERACIONES	Ant. ITUS	Ant. ITAS	HOBSTIT	EPISTO MIA	DES GARR O	PESORRN	E1	E2	E3	E4	E5	E6	MAC	LALMEX	LALMEX	RSPATA	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	SINTUR	INCONT	P1	P2	P3	P4	P5
1	SI	2	2	2	3	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	0	2	0	10	10	0	0	10	2	2	4	5	5	2	4
2	SI	2	2	1	2	2	2	4	2	2	1	2	8	1	1	1	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	3	0	2	5	6	2	0	0	1	1	4	3	2	1	2
3	SI	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2	2	8	1	1	2	2	2	1	2	2	5	1	2	2	2	0	4	5	5	0	2	0	0	2	2	3	3	2	2	2
4	SI	2	3	1	1	1	2	4	2	2	2	2	5	1	1	2	2	2	2	2	5	1	2	2	2	2	2	2	8	5	5	4	4	2	2	4	4	3	1	2	
5	SI	2	3	1	1	2	2	3	1	1	1	2	4	1	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	0	5	6	5	8	0	3	2	2	3	3	3	4	5	
6	SI	3	3	2	1	1	2	4	2	2	2	3	1	1	2	3	2	2	2	1	3	1	2	2	2	3	5	0	7	8	7	0	0	0	0	2	2	5	4	3	3
7	SI	2	3	1	1	1	2	3	2	2	1	2	8	2	1	2	2	2	1	2	1	5	1	2	2	2	2	3	5	6	3	5	0	0	2	2	3	3	2	4	3
8	SI	3	3	2	1	2	2	3	1	2	2	2	5	1	2	2	2	2	2	1	5	1	2	2	2	3	5	3	10	8	10	3	0	2	2	4	3	3	5	5	
9	SI	2	3	1	1	2	2	4	2	2	2	1	3	4	1	2	2	2	1	1	3	1	2	2	2	2	5	0	6	8	8	0	4	1	1	3	3	3	2	5	
10	SI	2	3	1	1	2	2	4	2	2	2	2	8	1	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	3	5	5	6	5	5	0	0	2	2	3	3	3	5	5		
11	SI	2	2	1	3	1	2	4	2	2	1	2	8	1	1	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	0	6	6	7	10	2	6	2	1	4	5	5	3	2		
12	SI	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	8	2	1	2	3	2	2	2	8	1	2	2	2	2	0	2	6	2	1	2	0	2	2	3	3	3	3	3	
13	SI	3	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	3	2	2	2	1	2	2	1	3	1	2	2	2	1	2	3	6	8	5	5	0	0	2	1	5	5	4	4	
14	SI	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	0	1	2	6	7	10	0	2	2	2	4	4	3	4	5
15	SI	2	2	1	3	1	2	4	2	2	1	2	8	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	3	1	2	10	9	5	0	9	1	2	3	3	4	3	5
16	SI	2	1	2	1	1	2	3	2	2	1	2	8	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	5	5	6	6	0	0	3	5	2	2	3	3	3	5	5	
17	SI	3	3	1	3	2	2	3	2	2	1	2	5	1	2	1	2	2	2	1	2	7	1	2	2	2	0	3	4	5	4	2	3	0	1	1	3	5	3	2	4

