



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA**

**Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina
Humana**

TÍTULO:

**“EPISIORRAFIA EN PRIMÍPARAS Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN USUARIAS
DEL CENTRO DE SALUD NRO. 1, LOJA”**

*TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL*

AUTORA: María Fernanda Cuenca Vega.

DIRECTORA: Dra. Alba María Guerrero Iñiguez Mg. Sc.

**LOJA – ECUADOR
2015**

CERTIFICACIÓN

DRA. ALBA MARÍA GUERRERO IÑIGUEZ, DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, CARRERA DE MEDICINA, MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL Y DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICO:

La presente investigación titulada “EPISIORRAFIA EN PRIMÍPARAS Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD NRO. 1, LOJA”, presentado por la aspirante María Fernanda Cuenca Vega, previo a optar el Grado de Medica General, ha sido desarrollado bajo mi dirección y luego de haber revisado autorizo su presentación ante el respectivo Tribunal de Grado.

Loja, 09 de noviembre del 2015



Dra. Alba María Guerrero Iñiguez Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

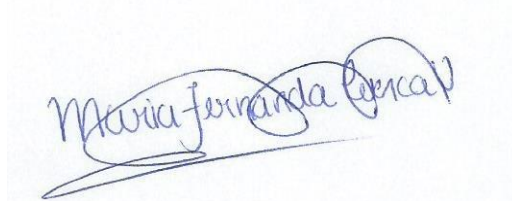
AUTORÍA

Yo, María Fernanda Cuenca Vega declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de la tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autor: María Fernanda Cuenca Vega

Firma:

A handwritten signature in blue ink that reads "María Fernanda Cuenca Vega". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal stroke.

Cédula: 1104491889

Fecha: 09 de noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

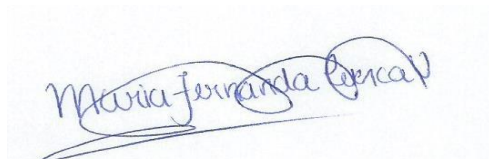
Yo, María Fernanda Cuenca Vega declaro ser autora de la tesis titulada: **“EPISIORRAFIA EN PRIMÍPARAS Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD NRO. 1, LOJA”**, como requisito para optar al grado de: Médica General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que se realice de un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los nueve días del mes de noviembre del dos mil quince, firma el autor.

Firma:



Autora: María Fernanda Cuenca Vega

Cédula: 1104491889

Dirección: Cdla. “El Condado”

Correo electrónico: fernanda_cuenca@icloud.com

Teléfono: 023396865 **Celular:** 0979979883

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Alba Guerrero Iñiguez, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Lyndon Bismark Zapata Loaiza Especialista en Ginecología y Obstetricia

Vocal: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón Especialista en Ginecología y Obstetricia

Vocal: Dra. Maritza Castillo Vásquez Especialista en Ginecología y Obstetricia

DEDICATORIA

A Dios, que ha sido una compañía a lo largo de todo mi camino universitario apoyándome y guiando siempre.

A mis Padres, Manuel y Marcia, por el apoyo incondicional y aliento de todos los días que a pesar de su ocupaciones, el mejor obsequio que he recibido con los cuales he forjado mi carácter.

A cada uno de mis hermanos Soledad, Juan y John, mi compañía diaria, mis amigos sinceros.

A mis queridos docentes, con gran visión a futuro dignos de un puro agradecimiento por los conocimientos impartidos.

A mis amigos, con los cuales he vivido grandes dificultades durante todo este tiempo hasta llegar a este día.

Con amor María Fernanda.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, un profundo agradecimiento por permitirme una educación profesional.

Al Área de la Salud Humana, mi segundo hogar acogiéndome cada nuevo módulo en sus aulas.

Al Hospital Eugenio Espejo, a la Maternidad Isidro Ayora y a los lugares donde realice el Internado Rotativo, donde obtuve una oportunidad día a día, aprendí grandes lecciones en la vida en cualquier sitio con dificultades, pero aun así los mejores lugares para aprender y forjarme para ser una gran profesional.

Al Centro de Salud Nro. 1 de la ciudad de Loja, Director Santiago Morocho, gestor del permiso para la realización de este trabajo investigativo.

A la Dra. Alba Guerrero por su paciencia y constancia en la supervisión en el desarrollo de este trabajo.

A mi familia por ser el soporte básico y apoyo continuo para la realización de este trabajo investigativo.

1. TÍTULO:

EPISIORRAFIA EN PRIMÍPARAS Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD NRO. 1, LOJA

2. RESUMEN

Se ejecutó este estudio para determinar la relación entre la episiorrafia en mujeres primíparas y la función sexual de las usuarias que acudieron al servicio de consulta externa del Centro de Salud Nro. 1, Loja; determinar la incidencia de disfunción sexual en usuarias primíparas con episiorrafia; establecer la disfunción en primíparas con episiorrafia en relación con la edad cronológica; establecer la función sexual en relación con las complicaciones de la episiorrafia.- Se analizaron 60 encuestas en pacientes con antecedentes de episiorrafia en posparto.- Se aplicó un cuestionario autoadministrado para la obtención de la edad cronológica y preguntas para la identificación de los criterios de inclusión y exclusión; posteriormente el Test Función Sexual de la Mujer, que permitió la evaluación de los dominios evaluadores de la función sexual. Las variables estudiadas fueron episiorrafia, mujeres primíparas, puerperio y función sexual. Esta investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva y retrospectiva.

Los resultados demostraron la existencia de disfunción sexual en mayor porcentajes 20% de las pacientes, con afectación de los trastornos deseo – excitación (28,3%). Los trastornos del ciclo sexual se presentaron en 44,4% de pacientes entre las edades de 15 a 19 años, con mayor afectación deseo – excitación (55,6%); el 43,3% de las pacientes presentó complicaciones de episiorrafia, siendo la principal la infección (25%), relacionándose con los trastornos penetración y ansiedad (37.5%).- Se concluye que la función sexual en todos los dominios evaluadores de las fases del ciclo se ven negativamente afectados por la realización de episiorrafia durante el parto de las mujeres primíparas.

Palabras clave: Episiorrafia, Mujeres Primíparas, Función Sexual

SUMMARY

It executed this investigation to determine the relation between the episiotomy in primiparous women and the sexual function; determine the incidence of sexual dysfunction in primiparous users with episiotomy; Establish the dysfunction in primiparous with episiotomy in relation with the chronological age; establish the sexual function in relation with the complications of the episiotomy.- This analysed 60 surveys in patients with antecedents of the episiotomy in puerperium.- It applied a questionnaire self-administered for the obtaining of the chronological age and questions for the identification of the criteria of inclusion and exclusion; Later a Test Sexual Function of the Woman, that allowed the evaluation of the evaluators assessing sexual function domains. The variables studied were episiotomy, primiparous women, puerperium and sexual function. This investigation was of quantitative type, descriptive and retrospective.

The results showed the existence of sexual dysfunction in a greater percentage of 20% of the patient, with affectation of the disorder of the wish – excitation (28,3%). The disorders of the sexual cycle presented in 44,4% of patients between the ages of 15 to 19 years, the disorder with greater affectation was the wish -excitation (55,6%); 43,3% of the patients presented complications of episiotomy, the main complication was the infection with 25% and related with the disorders of penetration and anxiety (37,5%).- It concludes that the sexual function in all the evaluators commands of the phases of the cycle see negatively affected by the realisation of episiotomy during the childbirth of the primiparous women.

Keywords: Episiotomy, Primiparous Women, Sexual Function

3. INTRODUCCIÓN

La episiotomía, contribuye ampliar la apertura del canal del parto para la salida del feto, en el caso de las primíparas muchas veces resulta fundamental realizarla ya que el canal vaginal que presentan suele ser muy corto. Aproximadamente el 70% de las mujeres que tienen parto vaginal experimentarán algún grado de daño al periné, por causa de un desgarro o episiotomía y necesitarán su reparación mediante episiorrafia. La episiotomía es la intervención obstétrica estándar mundial, con una incidencia del 60% de todos los partos especialmente en las mujeres nulíparas. En EE.UU., se realiza en 50.90 % de las primíparas, dependiendo de la zona. En países como Francia e Inglaterra, se sitúa en torno al 30%, en Holanda menos del 25%, su prevalencia es más alta en América Latina se ha realizado en más del 80 % de los partos en primíparas. Según la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento, en una publicación del Centro Latinoamericano de Atención Perinatal, la episiotomía se practica en un 96% de los partos primerizos en Ecuador, 95% en Chile y Uruguay, 94% en República Dominicana, Perú y Brasil, 92% en Honduras, 91% en Paraguay, 90% en Bolivia, 86% en Nicaragua y Colombia, 85% en Argentina, 81% en Panamá, 72% en Belice, 69% en México y 41% en Bahamas.

La ejecución de este procedimiento muchas veces ocasiona problemas como la dehiscencia de la herida e infección en el sitio del corte; pero a los pocos meses del parto puede ocasionar en las primíparas alteraciones de la función sexual, como dispareunia que puede acompañarse de deseo sexual hipoactivo, lubricación inadecuada y trastornos del orgasmo que las lleva a consultar con su ginecólogo de cabecera o de confianza. El problema radica en que al hablar de sexo, o algún tema de sexualidad las pacientes sienten vergüenza de expresarlo y se limitan en contar o referir el problema que padecen, puesto que aún persiste en nuestra sociedad como tabú, provocando una serie de inquietudes que no llegan a ser aclaradas.

Los estudios acerca de las alteraciones de la función sexual son variadas y dependen de la afectación de sus componentes como los trastornos del deseo, excitación y orgasmo, entre otros y su aparición no es despreciable; así, en las mujeres la disfunción sexual es más prevalente 43%, que en el hombre 31% y de esta disfunción los trastornos más comunes son el deseo sexual hipoactivo 87%, seguido por los trastornos del orgasmo 83%, lubricación inadecuada 5% y trastornos de dolor sexual 72% como la dispareunia, vaginismo entre los más importantes (Jha & Thakar, 2010). Ante esto se plantearon diversos cuestionamientos entre médicos ginecólogos y de las mujeres sometidas al procedimiento de la episiorrafia, si esta fue un factor que disminuyó la función sexual después del parto y ante esta problemática me planteé la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la episiorrafia en primíparas y la función sexual en el posparto en las usuarias que acuden al servicio de consulta externa del Centro de Salud Nro. 1?

Se efectuó este estudio además para valorar a la paciente desde un punto de vista diferente como es su vida sexual, pues son aspectos que casi no se estudia y brindar conocimientos de importancia para tener una visión más clara de este problema, y así, los resultados finales que se obtuvieron servirán para poseer una mejor apreciación riesgo y beneficio, y que sean consideradas por las autoridades correspondientes, para la toma de decisiones oportunas. Al mismo tiempo abre nuevas interrogantes que deberán ser estudiadas más adelante por nuevas investigaciones del tema, para obtener conocimientos más completos y complejos.

En la presente estudio se realizó un trabajo para conocer si la episiorrafia realizada en primíparas tiene relación con la función sexual en las usuarias que acudieron al servicio de consulta externa en el Centro de Salud Nro. 1, Es un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, que fue aplicado en una población de mujeres primigestas entre 15 - 39 años.- En este estudio se examinan un total de 60 encuestas aplicadas a mujeres con antecedente de parto vaginal, episiotomía y episiorrafia, que estén cursando hasta un año después del parto, dispuestas a participar del estudio que hayan reiniciado su

vida sexual hasta 4 semanas antes del estudio y finalmente con disfunción sexual posparto y con episiorrafia, se excluyeron a las pacientes con antecedente de cesárea, sin antecedente de episiotomía y episiorrafia, que se encuentren en el curso de más de un año del parto, que no han reiniciado su vida sexual hace cuatro semanas antes del estudio, que no deseen participar en el estudio y con procesos de influencia que podrían afectar su función sexual como ansiedad grave, depresión, enfermedad grave, alcoholismo drogadicción, embarazo, infecciones y disfunción familiar.

Los instrumentos fueron un cuestionario autoadministrado para reconocer la edad cronológica y datos necesarios para la investigación para dar cumplimiento a los criterios de inclusión y de exclusión y el Test Función sexual de la mujer de 14 preguntas cerradas y una alternativa, para la obtención y valoración de los dominios evaluadores de la función sexual se analizaron las variables: deseo - excitación, orgasmo y lubricación. Para la valoración de las complicaciones y la función sexual se utilizó los dominios penetración y ansiedad.

Ante estos antecedentes se desarrolló este trabajo investigativo con el objeto de: determinar la relación entre la episiorrafia en mujeres primíparas y la función sexual de las usuarias que acudieron al servicio de consulta externa del Centro de Salud Nro. 1, Loja. Periodo mayo - julio, 2014; determinar la incidencia de disfunción sexual en usuarias primíparas con episiorrafia; Establecer la disfunción en primíparas con episiorrafia en relación con la edad cronológica; establecer la función sexual en relación con las complicaciones de la episiorrafia en usuarias primíparas que acuden a consulta externa del Centro de salud Nro. 1, Loja.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. PARTO

El parto es el proceso fisiológico por el cual los productos de la concepción se pasan desde el útero al mundo exterior, es la fase final de la gestación que generalmente es aproximadamente 280 días (Edmonds, 2012). Para esto la mujer durante este proceso sufre cambios significativos que incluyen la interacción de múltiples factores mediante el cual el útero gestante expulsa al feto el trabajo de parto (Cunningham, Kenneth et al, 2010).

Este proceso se encuentra asociado por el dolor que ha sido descrito como una de las formas más intensas que puede experimentarse, durante el parto. El dolor es producido por las contracciones uterinas, la dilatación del cuello del útero y al final de la primera etapa y durante la segunda, por la dilatación de la vagina y del piso pelviano para acomodar al feto. Martínez & Delgado (2013), afirman que:

“El dolor perineal se transmite principalmente a través del nervio pudendo, un nervio sensorial y motriz somático que inerva a los genitales externos, así como los esfínteres de la vejiga y del recto. El dolor del parto es agudo y de una gran variabilidad. El 20% de las parturientas describen la intensidad del dolor como insoportable, el 30% como severo, el 35% como moderado y tan sólo el 15% señalan la intensidad como mínima. (p. 5)

El dolor puede ser resultado del traumatismo perineal debido a diversos factores como equimosis, desgarros, incisiones quirúrgicas (episiotomías), o asociados con procedimientos quirúrgicos durante el parto. Inmediatamente después de la salida del feto, el útero ha de adaptarse a su nuevo contenido, gracias a su capacidad de retracción. Usandizaga, (2011) afirma que “el despegamiento de la placenta se produce después del periodo expulsivo (.....), la cohibición de la hemorragia es asegurada por factores, inmediatos y mediatos,

además se produce una contracción permanente de la musculatura uterina y una vasoconstricción arterial local” (p. 246).

Uno de los periodos de mayor desafío experimenta la mujer después de la salida del recién nacido especialmente si es el primer hijo, una mezcla de emociones mientras se adapta a los cambios y a las responsabilidades de la maternidad; puede percibir cambios en el estilo de vida y prioridades, además de estrés adicional.- Pero la llegada del recién nacido a pesar del dolor le ayuda a pasar la transición del parto en la salida del recién nacido.

En el periodo posparto inmediato, se puede presentar el dolor perineal resultante del traumatismo perineal sufrido durante la salida del recién nacido, hay grados variables de traumatismo perineal, con grados variables de repercusión sobre las mujeres. Carroli & Mignini, (2012) afirman que “los desgarros vaginales pueden ocurrir durante el parto, con mayor frecuencia durante la abertura vaginal cuando pasa la cabeza del recién nacido, especialmente si el recién nacido desciende rápidamente”. (p.3)

Lamentablemente, para algunas mujeres, el dolor puede persistir durante semanas o meses.- Chou, (2012) afirma: “el dolor perineal crónico en un 32% de las mujeres con episiotomía o desgarro un año después del parto y persiste en el 10% de las mujeres a los 18 meses”. (p.1) La etiología, evaluación y tratamiento del dolor perineal crónico deben diferenciarse del dolor agudo que se presenta en el periodo inmediato después del parto (hasta seis semanas después del nacimiento).- Además del malestar del dolor perineal, otros factores asociados como la disminución prolongada de la movilidad, la incontinencia urinaria o fecal y la dispareunia pueden ocasionar dificultad para el cuidado del recién nacido y con la integración en la unidad familiar, y tensión en las relaciones (Chou, 2012).

CAPITULO II

2. EPISIOTOMIA Y DESGARROS VAGINALES

Una episiotomía, según López, Solís, Serna, De la Flor, Tejada, & Martínez, (2014) afirman que es “una ampliación quirúrgica del orificio vaginal mediante una incisión en el periné que tiene como objetivo ensanchar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné durante la última parte del periodo expulsivo”. (p. 2) Esta proporciona un área suficiente para la entrega del recién nacido y evitar laceraciones del perineo y el recto (Jovanovic, Kocijancic & Terzic, 2011).

Berzaín & Camacho (2014), aseguran que “etimológicamente la palabra "episiotomía" derivada de episeión: pubis y temno: y / o corto, significa cortar pubis. También llamada Colpoperineotomía, fue descrita por primera vez por Sir Fielding Ould, científico Irlandés que dio a conocerla técnica al mundo en 1742 en su obra "Teatrise of midwifery in three parts". En el siglo XIX fue estudiada y aplicada nuevamente por Michaelis, Tranier y Crede. De Lee y Pomeroy, científicos que vivieron en el siglo XX también describieron la técnica, haciendo que esta sea tomada en cuenta para realizarla en el segundo periodo del trabajo de parto. En 1983 Thacker y Banta desacreditaron el uso rutinario de la episiotomía, poniendo en duda el uso en todas las embarazadas que cumplen los criterios dentro de las indicaciones”. (p. 2)

Según datos obtenidos de trabajos realizados entre 1996 y 2012, en Estados Unidos se lo realiza al 62,5% de las madres nulíparas, primigestas con feto único vivo, 30% en Europa (Suecia con el porcentaje más bajo con el 9,7%) y 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán (Berzaín & Camacho, 2014).

Se la realiza en el momento oportuno cuando la cabeza esta coronando el canal del parto, en ese instante, al resbalar uno sobre otro los planos perineales, se secciona, los músculos superficiales núcleo tendinoso, transversos, bulbo cavernoso, pero no al elevador del ano.

En algunos países como Bolivia estableció el uso restrictivo de la episiotomía Carroli & Mignini (Citado por Franco et al, 2010) afirmaron que revisaron 8 estudios que compararon el uso restringido con el uso rutinario de la episiotomía, con una muestra total de 5541 mujeres. La restricción resultó en trauma perineal menos severo, menos necesidad de suturar, y menos complicación en la curación de heridas, aunque habían más traumas del periné anterior. No había ninguna diferencia en la frecuencia de casos de trauma severo, dispareunia, incontinencia urinaria y de dolor severo.

2.1. Tipos de episiotomía

Los principales tipos de episiotomía son:

- a. Central: desde el centro de la horquilla vulvar, el corte se dirige oblicuamente hacia el ano por el arco tendinoso del periné, pero cuidando de no alcanzar de forma alguna el esfínter externo del ano.
- b. Mediolateral: el corte se inicia en el mismo lugar, pero se dirige oblicuamente hacia atrás, de forma que su ángulo siempre quede fuera del esfínter.
- c. Lateral: es paralelo al anterior y se inicia en el tercio inferior del labio menor.

La mejor técnica que ofrece mejores garantías de una buena reconstrucción es la central, pero tiene el inconveniente de que si se prolonga durante el desprendimiento de la cabeza puede dañar el esfínter del ano. La más utilizada es la mediolateral en nuestro medio. (Usandizaga, 2011).

2.2. Desgarros vaginales.

Los desgarros vaginales pueden ocurrir durante el parto, con mayor frecuencia durante la abertura vaginal cuando pasa la cabeza del recién nacido,

especialmente si el recién nacido desciende rápidamente. Los desgarros pueden incluir la piel perineal o extenderse a los músculos y el esfínter anal y el ano. Se puede decidir hacer un corte quirúrgico en el perineo con tijeras o bisturí (episiotomía) para facilitar el nacimiento del recién nacido y prevenir los desgarros graves, que pueden ser difíciles de reparar. (Carroli & Mignini, 2012) Del 1% al 8% de las mujeres sufre desgarros perineales de tercer grado (lesión del esfínter anal) y desgarros perineales de cuarto grado (lesión de la mucosa rectal) durante el parto vaginal, y estos desgarros son más frecuentes después del parto con fórceps (28%) y de las episiotomías de la línea media. (Buppasiri et al. 2012) El corte o el desgarro se suele repararse dependiendo de su extensión con puntos (suturas).

Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologist.

El desgarro de 3er grado se subdivide en 3 categorías.

GRADOS	EXTENSIÓN DE LA LESIÓN.		
1 GRADO	Lesión de piel perineal		
2 GRADO	Lesión de los músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3 GRADO	Lesión del esfínter anal	3 ^a	Lesión del esfínter externo <50%
		3 ^b	Lesión del esfínter externo >50%
		3 ^c	Lesión de esfínter externo e interno
4 GRADO	Lesión de esfínter anal y la mucosa rectal		

Fuente: Obtenido de Lesiones perineales de origen obstétrico: diagnóstico, tratamiento y seguimiento Instituto clínica de ginecología, obstetricia y neonatología, hospital clínica de Barcelona.

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. En el caso de tener dudas con respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe optar por la opción más grave.

Existen lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación, puede detectarse una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como fístulas recto-vaginales. (López, Palacio, Del Pino, Puig, Bataller & Espuña 2014)

El dolor perineal crónico, la dispareunia y la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada.

2.3. Indicaciones de la episiotomía

Indicaciones Fetales:

Macrosomía fetal, expulsivo prolongado, presentaciones occipito-posterior, hipoxia fetal en expulsivo, feto pretérmino y presentación podálica.

Indicaciones Maternas:

VITALES: periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia materna, etc.

PREVENTIVAS: impedir prolapso urogenital y la incontinencia urinaria a corto y mediano plazo. (Trujillo, Galeano & Duran, 2012)

2.4. Abordaje teórico de la episiorrafia en la restauración de la episiotomía y desgarros vaginales

Es la sutura de los desgarros y de episiotomías, sigue los mismos principios activos.

2.4.1. Objetivo de la reparación: Hemostasia y restauración anatómica sin exceso de puntos de sutura.

Los elementos que pueden seccionarse son:

- Piel
- Tejido celular subcutáneo
- Mucosa vaginal
- Músculo bulbocavernoso
- Músculo transverso superficial del periné
- Haces pubianos del elevador del ano

2.4.2. Procedimiento

1. Explicación a la paciente el procedimiento a realizar y la justificación del mismo.
2. Asepsia y antisepsia del área perineal.
3. Infiltración local con Lidocaína al 2% asegurándose que no haya alergia conocida a la Lidocaína o a medicamentos relacionados.
4. Aplicar una solución antiséptica al área alrededor de la episiotomía. Si la episiotomía se extiende a través del esfínter anal o la mucosa rectal, manejar de igual manera que los desgarros de tercer o cuarto grado, respectivamente.

5. Cerrar la mucosa vaginal, comenzar la reparación cerca de 1 cm. por encima del ángulo (parte superior) de la episiotomía. Se puede reparar en tres etapas tradicionalmente; primero, con una sutura continua "cerrada" para cerrar la herida vaginal, comenzando en el vértice y finalizando a nivel de la horquilla vulvar con un nudo en asa. La sutura cerrada se usa para reparar el traumatismo vaginal, ya que una sutura continua "corrediza" puede causar acortamiento de la vagina si está muy ajustada, a continuación, se aproximan los músculos profundos y superficiales con tres o cuatro suturas interrumpidas y finalmente, se cierra la piel perineal con puntos continuos subcutáneos o interrumpidos transcutáneos. Cerrar el músculo perineal utilizando suturas interrumpidas con hilo Catgut 2-0 en dos planos. (Kettle, Hills & Ismail, 2014)
6. Por ultimo verificar la permeabilidad del recto.

Mientras se realiza la episiorrafia se brinda consejería acerca de según de:

- Cuidados e higiene de la episiorrafia, especialmente después de defecar.
- Abstinencia sexual no menor a 6 semanas.
- Consejería sobre planificación familiar pos evento obstétrico
- Cuidados e higiene del recién nacido. Principalmente la vacunación, lactancia materna, cuidados del ombligo
- Signos y síntomas de alarma maternos y fetales durante el puerperio. (Trujillo, Galeano & Duran, 2012)

2.5. Técnica de sutura

La técnica sutura de la lesión perineal después del parto puede tener un efecto considerable sobre el tipo y el grado de morbilidad en mujeres a corto y a largo plazo.- Algunos autores como Márquez & Cruz, (2015) refieren que "los métodos de suturas continuas frente a los métodos discontinuos, únicamente tienen beneficio en el tiempo de realización y menor gasto de material". (p. 4) Durante más de 70 años, los investigadores han sugerido que

las técnicas de sutura continua sin cierre para la reparación de la vagina, los músculos perineales y la piel son mucho mejores que los métodos "tradicionales" interrumpidos en cuanto al alivio del dolor después del parto; sin embargo, todavía no hay un uso generalizado. (Kettle, Hills & Ismail, 2014)

2.6. Material de sutura

La función principal de una sutura es mantener el cierre del tejido lesionado para promover la cicatrización en el primer intento, controlar la hemorragia y disminuir el riesgo de infección; este debe causar una reacción tisular mínima y ser absorbido una vez que ha cumplido su función de mantener el tejido en aposición durante el proceso de cicatrización. El tipo de sutura reabsorbible con un material sintético puede ser el método óptimo de la reparación ya que presentan menor dolor, menos necesidad de analgesia, menor dehiscencia de sutura a los 10 días y menos necesidad de resutura a los 3 meses. (Márquez & Cruz, 2015)

El tipo de material de sutura utilizado para la reparación perineal también puede tener un efecto sobre el grado de dolor, la dehiscencia de la herida y la dispareunia superficial experimentada por las mujeres después del parto.

El tipo de material de sutura usado y el método de suturar seleccionado también puede afectar la magnitud del dolor experimentado por las mujeres, los materiales sintéticos absorbibles se asocian con menos dolor que el catgut y la técnica de sutura continua se asocia con menos dolor que el método discontinuo. (Chou, et al 2012)

Los dos materiales de sutura sintéticos absorbibles más comunes que se utilizan para la reparación perineal son el ácido poliglicólico y poliglactina (Vicryl) el Vicryl estándar que se absorbe por completo a los 90 días. (Kettle, Dowswell & Ismail, 2010)

2.7. Analgesia después del parto

Por lo general en muchos centros de atención, se recomienda la administración por vía oral de paracetamol que tiene una excelente biodisponibilidad, y el inicio de su acción es entre 30 a 60 minutos, este en una dosis única de 500 a 600 mg o una dosis única de 1 000 mg es efectivo para aliviar el dolor perineal, principalmente causado por las episiotomías. El paracetamol es principalmente metabolizado por el hígado. En general se tolera bien en dosis terapéuticas, pero la sobredosis aguda (mayor de 4 g) puede producir toxicidad hepática y es potencialmente mortal, por lo general todas las mujeres con dolor perineal no desean usar fármacos para aliviar el dolor por la preocupación de algunas por el potencial efecto de esos fármacos sobre su recién nacido a través de la leche materna. Estas mujeres pueden buscar otras formas de ayudar a enfrentar el dolor, como el enfriamiento del perineo amamantar acostada, usar un cojín especial, etc. (Chou et al, 2012)

2.8. Antibioticoterapia profiláctica y antisépticos intestinales.

La profilaxis antibiótica generalmente se usa cuando las heridas se contaminaron o tienen probabilidades de contaminarse; los desgarros de tercer y cuarto grado se pueden contaminar con bacterias del recto, lo que aumenta significativamente las probabilidades de infección de la herida perineal, una mujer que contrae una infección después de un desgarro perineal grave también puede estar en riesgo de otra morbilidad como resultado del desgarro, como el hematoma, la dispareunia, la incontinencia y la fístula recto-vaginal, los antibióticos profilácticos pueden ser importantes para prevenir esta infección.- Aunque algunas autoridades recomiendan que los antibióticos profilácticos se usen para los desgarros perineales severos, otros han rechazado este enfoque. Como el uso generalizado de antibióticos puede resultar en bacterias resistentes a los antibióticos, muchos grupos desalientan el uso excesivo de antibióticos. Sin embargo, la profilaxis antibiótica es una intervención de bajo costo y accesible que puede prevenir en gran parte la morbilidad materna. Por lo tanto, es importante establecer los beneficios de los antibióticos profilácticos para la

infección después de desgarros perineales severos, y para evaluar también, si hay efectos adversos sobre la madre o el lactante, mediante la revisión sistemática de la evidencia. (Kettle, Dowswell & Ismail, 2010)

2.9. Cicatrización de la herida

Las heridas perineales bien alineadas cicatrizan en el primer intento, con complicaciones mínimas, en las dos semanas siguientes a la sutura. La cicatrización de la episiotomía es diferente para cada mujer, sin embargo, el periodo de cicatrización demora aproximadamente de 4 a 6 semanas. (Silva C, 2012) Los tejidos con buen suministro de sangre, que cicatrizan con rapidez y que no están bajo presión mecánica pueden suturarse con material sintético absorbible. Sin embargo, si los puntos permanecen en los tejidos por más tiempo que este período, actúan como un cuerpo extraño y pueden provocar una respuesta inflamatoria significativa y deteriorar la cicatrización. Los bordes de la herida deben ser aproximados sin tensión, de otro modo se producirá la desvascularización del tejido y el proceso de cicatrización se interrumpirá. El traumatismo perineal que se ha suturado con cuidado en general cicatriza muy rápidamente en el primer intento. (Kettle, Dowswell & Ismail, 2010) La presencia de los puntos de sutura, en esas ocasiones, garantizó la coaptación de los bordes de la herida. En la cuarta evaluación, entre 7 y 10 días después del parto, el material de la sutura fue totalmente absorbido. En esa fase de curación, se espera que el tejido perineal esté pasando por un proceso de prolifera, aunque la herida perineal puede ser parcialmente o totalmente dehiscente, con tejidos superficiales tales como la piel o con las capas más hondas, tales como músculos. (Barreto, Amorin, Junqueira, Barbosa, Tochika & Petri, 2015)

2.10. Cicatrización de la herida perineal post episiorrafia

Señales inflamatorias, tales como edema, equimosis, enrojecimiento y dolor, ocurren a partir de las primeras horas postparto y pueden continuar más allá del período de hospitalización. En un ensayo controlado aleatorizado que comparó dos técnicas diferentes de reparación perineal, se identificó que

edema, enrojecimiento y equimosis ocurrieron en 26,2%, 6,6% y 3,3% de las mujeres con episiotomía o laceración de segundo grado en las primeras 24 horas tras el nacimiento, respectivamente. En el cuarto día postparto, la distribución de esas señales correspondía a 11,5% de edema, 4,9% enrojecimiento y 8,2% equimosis.- Además del dolor perineal, las complicaciones del trauma perineal en el período postparto pueden incluir la infección y dehiscencia de la herida. (Barreto et al, 2015)

“En un levantamiento virtual relleno por 2.400 mujeres que dieron la luz en hospitales americanos entre julio de 2011 y junio de 2012, 41% de aquellas con parto vaginal relataron perineo doloroso durante dos meses postparto. Siete por ciento de esas mujeres relataron el mismo problema tras seis meses postparto”. (Barreto et al, 2015, p. 2)

2.11. Complicaciones de la episiotomía

Las complicaciones inmediatas de una episiotomía más frecuentes son:
(Cenetec, 2015)

- Sangrado
- Desgarros
- Hematomas
- Edema
- Infección
- Dehiscencia

Las complicaciones tardías son:

- Dolor perineal con o sin vida sexual (dispareunia)
- Procesos adherenciales vaginales o bridas
- Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía
- Quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor.
- Fistulas rectovaginales. (p.5)

2.11.1. Sangrado

En algunos casos de uso no restrictivo de la episiotomía, existe un mayor riesgo de hemorragia post-parto. Cuando el sangrado no se detiene por completo durante la reparación de la episiotomía, una acumulación de sangre puede formar detrás de la línea de sutura, el hematoma. Los tipos más habituales de hematoma son vaginal y hematomas vulvovaginales y raramente el hematoma paravaginal.

2.11.2. Dehiscencia

Para evitarlas es necesario extremar los cuidados higiénicos. Si esta se produce y la herida aparece limpia, puede optarse a las 48 horas por una resutura.- El factor local que se asocia con mayor frecuencia con la dehiscencia y la cicatrización retardada de la herida perineal es la infección, que hace que los bordes de la herida se ablanden, lo cual puede dar lugar a que los puntos se separen del tejido con la posterior abertura de la herida.

2.11.3. Infección

Una vez que las bacterias han colonizado el área a lo largo de los puntos implantados o los intersticios de los nudos, es difícil erradicar la infección, y ésta puede predisponer a la formación de abscesos y dehiscencia de la herida. La infección local del sitio de la herida prolongará la fase inflamatoria y causará un daño tisular adicional, que retrasará la síntesis de colágeno y la epitelialización. La infección de la episiotomía puede ser muy simple, pero también puede ser más complicada como la fascitis necrotizante, la infección simple incluye sólo la piel y tejido subcutáneo los signos son edema local y exudación, la infección puede conducir a la dehiscencia de la herida.

2.12. Episiotomía y su relación con la función sexual

Algunos autores han encontrado una asociación entre la episiotomía y más dolor perineal y la dispareunia durante el primeras semanas después del parto, incluso si se compara con los casos que presentan desgarros espontáneos. El trauma perineal durante el parto hace que el dolor perineal independientemente de si la episiotomía se realizó o no, independiente de la presencia de desgarros y los métodos utilizados en repararlo. A medida que pasan los días, los puntos se van secando por lo que la mujer puede sentir cierta tirantez y molestias. La herida cicatriza en unos 10 o 15 días después del parto. No es preciso quitar los puntos. Se caen solos al ser de un material reabsorbible. Afortunadamente, Bertozzi, Londero, Fruscalzo, Driul, Delnery, Cakagno, Di Benedetto & Marchesoni, (2011), afirman que “las relaciones sexuales sin dolor generalmente se reanudan a las 6 semanas después del parto, y los efectos del trauma de entrega sobre la función sexual en general, desaparecen a los 12 meses”. (p. 2)

La mayoría de las mujeres experimentan cierto grado de dolor o incomodidad a corto plazo tras un parto vaginal. Márquez & Cruz, (2015) refieren que un 91% de las mujeres que han dado a luz manifiestan tener al menos un síntoma clínico persistente a las 8 semanas después de un parto vaginal normal, y hasta el 15% continuarán con molestias a largo plazo como dispareunia superficial a los tres años de haber tenido un parto vaginal.

CAPITULO III

3. PUERPERIO Y LACTANCIA

El puerperio es el período de tiempo que media entre la expulsión del feto y la placenta y el retorno del organismo femenino a las condiciones normales anteriores al embarazo, además como es el tiempo 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 período 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. El período posparto se asocia con cambios fisiológicos importantes, como las transformaciones tan importantes del sistema inmunológico. (Belfort, et al, 2012)

3.1 Clasificación

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Inmediato: abarca las primeras 24 horas.

Puerperio propiamente dicho: comprende los primeros 10 días

Alejado: que se extiende hasta los 40 a 45 días y finaliza muchas veces con el retorno de la regla.

Tardío: desde los 45 días hasta un límite impreciso.

3.2 Infección Puerperal

La infección puerperal se define como el fenómeno microbiológico caracterizado por una respuesta inflamatoria ante una diversidad de microorganismos y se caracteriza por un aumento de la temperatura a 38 °C

dentro de los diez primeros días del parto, excluyendo las primeras 24 h, teniendo como puerta de entrada el aparato genital y favorecido por factores de riesgo locales y generales. La etiología de la infección puerperal es de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habitan en el tracto genital de las mujeres y se produce un efecto sinérgico de la combinación microbiana y de factores predisponentes.

Los gérmenes patógenos que causan infección puerperal pueden variar de una región a otra, incluso de una entidad a otra. Los más frecuentes son:

1. Gérmenes aerobios: Estreptococos alfa y beta hemolíticos, *Proteus mirabilis*, *E. coli*, *Klebsiella* y enterococos, *Neisseria gonorrhoeae*, *Staphylococcus aureus*.
2. Gérmenes anaerobios: *Bacteroides fragilis*, pepto estreptococos, *Clostridium perfringens*, *Bacteroides* y fusobacterias.
3. Otros: *Mycoplasma hominis* y *Chlamidia trachomatis*.

Normalmente el útero es estéril durante el parto. Después del parto aumenta el número de bacterias más o menos virulentas en la vagina y el cuello. Tales bacterias pueden penetrar la cavidad uterina, lo que explica la elevada correlación de la endometritis postparto por la duración de este. (Belfort, et al, 2012)

3. 3 Abordaje teórico acerca de la Lactancia y la función sexual

Durante el embarazo, la progesterona placentaria bloquea la síntesis de leche. Después del nacimiento, la caída de los niveles de progesterona provoca el inicio de la lactogénesis. La succión del bebé estimula la liberación de prolactina y oxitocina, que regulan la síntesis y secreción de leche. El cortisol, las hormonas tiroideas, la insulina y la hormona del crecimiento promueven también esta síntesis. La lactancia materna puede alterar la función sexual como resultado de la sequedad vaginal producida por los altos niveles de prolactina y el descenso de los estrógenos, la estructura familiar y los cambios de los

patrones de sueño disminuyen la probabilidad de que con su pareja tengan privacidad para restablecer su intimidad. (Leeman & Rogers, 2012) La reanudación del ciclo menstrual, cuando no hay lactancia, se observa, más o menos, a partir del día 45 del puerperio. Es frecuente que los primeros ciclos sean anovulatorios. La vulva, se recupera en pocos días, siempre que los desgarros hayan sido suturados correctamente, algo similar sucede con el periné (Usandizaga, 2011). Los cambios producidos por el embarazo desaparecen rápidamente, las lesiones perineales y de la vagina producidas por el parto pueden producir dificultades urinarias, con disuria o incluso retención de orina, estas dificultades son mayores en primíparas que en multíparas; Los cateterismos vesicales aumentan el peligro de infección urinaria (Usandizaga, 2011).

3. 4 Cuidados del puerperio

Debe prestarse atención a los siguientes aspectos:

1. Higiene de la vulva y cuidados del periné. Se vigilará y tratará adecuadamente la herida perineal, si es que existe. Los primeros días después del parto, el periné puede estar edematoso como consecuencia de la sutura de los desgarros o de la episiotomía. Puede haber un dolor intenso si se produce un hematoma perineal o una infección de la herida de la episiotomía. Los pequeños hematomas se resuelven espontáneamente, y los grandes, muy poco frecuentes, pueden requerir su apertura y drenaje, y la ligadura de los vasos sangrantes.

2. La primera micción debe hacerla la puérpera a las dos horas del parto.

3. Función intestinal. Si no ha habido deposición al tercer día hay que administrar un laxante suave o un enema.

4. Extremidades inferiores. Deben explorarse para descartar la existencia de signos clínicos de trombosis venosa profunda.

5. La lactancia y los cuidados de las mamas son muy importantes. La lactancia se iniciará lo antes posible y las mamas se limpiarán cuidadosamente

antes de cada toma. Se vigilará la presencia de grietas. El dolor localizado puede hacer pensar en la existencia de mastitis, sobre todo si se acompaña de fiebre.

6. Dieta. Debe ser normal, aunque pobre en residuos en los casos de desgarros perineales complicados. La alimentación debe iniciarse pronto en el puerperio, salvo en los partos operatorios o que se hayan producido bajo anestesia general.

7. Levantamiento precoz. La puérpera debe movilizarse cuanto antes. Debe permitirse la deambulaci3n tan pronto como sea posible despu3s del parto. El levantamiento se llevar3 a cabo cuando la paciente se haya recuperado de la anestesia, si es que ha existido, y sus constantes vitales sean estables (por t3rmino medio, unas 12 horas despu3s del parto) (Usandizaga, 2011).

3.5 Anticoncepci3n

El tiempo medio hasta la primera menstruaci3n es de 45 – 64 d3as posparto.- las mujeres son anovulatorias en el 29- 80% de los casos. G3ngora, (2013) refiere que el tiempo medio dela primera ovulaci3n var3a de 45 a 94 d3as posparto, y aun siendo despu3s de la 6^a semana posparto y siendo muchas de esas ovulaciones subf3rtils, en dos estudios ocurri3 antes (m3s temprano el d3a 25 posparto. Por tanto, las madres no lactantes pueden ovular a partir de la tercera semana postparto, no siendo un buen indicador la primera menstruaci3n tras el parto.

CAPITULO IV

4. FUNCIÓN SEXUAL

4.1. Definiciones

La salud sexual es una parte importante de la calidad de vida de los mujeres y se define por la Organización Mundial de la Salud 2006 como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y el bienestar social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedades.

La función sexual es un concepto complejo y multidimensional que incluye aspectos físicos, psicológicos, emocionales y de la pareja (Flores, Araya et al, 2012).

4.2. SEXUALIDAD

La respuesta sexual varía de una mujer a otra y también a lo largo de la vida. El médico debe estar al tanto de los valores sexuales de sus pacientes de la actitud sobre algunas prácticas sexuales específicas y de las preocupaciones sobre su sexualidad.

Actividad sexual, la edad promedio del primer coito, tanto para los hombres como las mujeres es de 16 años. A los 19 años, hasta las tres cuartas partes de las mujeres habrán tenido relaciones sexuales.

La sexualidad de la mujer es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, incluyendo el conocimiento e identificación de sí misma, la manera de relacionarse con su pareja; sus necesidades de amor y afecto, además del proceso de reproducción y maternidad. Sin embargo, para la mayoría de las mujeres, la sexualidad continúa siendo un tema del que no se

puede hablar libremente; esto se refleja cuando establecen una relación de pareja, el desconocimiento acerca de su propio cuerpo, funciones, sensaciones y necesidades, las lleva a adoptar un papel pasivo y de sometimiento en el que las experiencias sexuales negativas pueden afectar en forma muy importante su desarrollo integral. (Chaparro, Pérez & Sáenz, 2013)

El embarazo y parto afectan múltiples funciones fisiológicas, funcionales y mentales que interfieren con la sexualidad. Los factores endocrinos y psicosomáticos así como los cambios anatómicos durante el embarazo pueden provocar la disfunción sexual femenina.

La sexualidad y su ejercicio por parte de nuestra especie forman parte de la vivencia de las relaciones interpersonales como un todo indisoluble de la personalidad de cada individuo, y que facilita no sólo la reproducción, sino también la intercomunicación, el divertimento entre adultos y el mantenimiento de las relaciones afectivas entre las personas. (Gómez, 2010)

4.3. ANATOMÍA GENITAL

El tejido clitorideo es la parte de la anatomía sexual de la mujer con mayor sensibilidad sexual y su estimulación produce las sensaciones sexuales y los orgasmos más intensos. En ausencia de excitación sexual, la estimulación suele ser desagradable y percibirse como demasiado intensa e incluso dolorosa. Otras áreas de sensibilidad sexual son las mamas y areolas, los labios hasta cierto punto la vagina y gran parte de la piel en general. (Berek, 2012)

Aunque el tercio inferior de la vagina es sensible al tacto, los dos tercios superiores son sensibles a la presión, la rica inervación de la fascia anterior de la vagina superior y la proximidad del tejido de tipo esponjoso clitorquideo alrededor de la uretra, anterior a la vagina contribuyen a la sensación placentera del coito. Muchas mujeres experimentan el orgasmo con más facilidad por la estimulación directa del clítoris, posiblemente cuando se proporciona al mismo tiempo que el coito.

Se ha especulado sobre la existencia de un Punto G, denominado así por Ernest Grafenger, que lo describió por primera vez en 1944, localizada en la cara anterior a la vagina, a mitad de camino entre el cuello uterino y la sínfisis del pubis, la estimulación de esta región se ha asociado con el orgasmo y la pérdida de líquido, que no se ha probado científicamente que sea otra cosa distinta que orina diluida. (Berek, 2012)

4.4. CICLO DE RESPUESTA SEXUAL

La respuesta sexual refleja la interacción fundamental entre la mente y el cuerpo: factores psicológicos, interpersonales, culturales, ambientales y biológicos (hormonales, vasculares, musculares y neurológicos) interactúan y modulan la experiencia sexual.

La fase inicial del ciclo puede ser el deseo de intimidad emocional con su pareja. Dirigiendo su atención a la estimulación sexual, la excitación/placer/despertar sexual de la mujer disparan el deseo sexual. La satisfacción sexual (con uno, varios o ningún orgasmo), el orgasmo puede conseguirse si la mujer permanece concentrada, sintiendo placer, si la duración de la estimulación es suficientemente larga y no hay resultados negativos (dolor o disfunción de la pareja). Una vez despertado el deseo, aumenta la motivación para responder estímulos sexuales y para aceptar para reclamar formas más intensas de estimulación erótica. (Berek, 2012)

4.5. FISILOGIA

4.5.1. Deseo y excitabilidad

. Los sentimientos de deseo sexual pueden desencadenarse de manera interna por ejemplo fantasías, recuerdos, sentimientos de excitación; y externa por ejemplo un compañero sexual interesado e interesante. Las señales

sexuales dependen de una función neuroendocrina adecuada, las sustancias que favorecen la respuesta sexual son la noradrenalina, la noradrenalina, la dopamina, la oxitocina, la melatonina y la serotonina, que actúan en algunos receptores. La prolactina, la serotonina con acción en diferentes receptores los endocannabinoides, los opiodes y el ácido γ -aminobutírico inhiben la respuesta sexual. En la mujer el interés sexual está influenciado por su ánimo psicológico, sus creencias sus valores, sus expectativas, su orientación sexual, sus preferencias y por la presencia de un ambiente erótico y seguro. (Berek, 2012)

El deseo y el interés y la excitación sexual están más intensamente influenciados por la salud mental y los sentimientos hacia la pareja, tanto de manera general y específico en el momento de la relación sexual, el deseo sexual está fuertemente influenciado por la fatiga como resultado. De manera similar, las enfermedades crónicas reducen el deseo y la excitabilidad.

4.5.2. Excitación sexual

Varios cambios físicos acompañan a la excitación subjetiva y los sentimientos eróticos, estos cambios incluyen la congestión genital, el aumento de la lubricación vaginal, la congestión de la mama y la erección del pezón, el aumento de la sensibilidad cutánea al estímulo sexual, cambios en la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, el tono muscular, la respiración, la temperatura corporal, la coloración de la piel y un calor sexual por la vasodilatación en el pecho, las mamas y la cara. Con la estimulación sexual, se activa la actividad cerebral en el hipotálamo y en otras áreas que influyen sobre la respuesta genital, disparando el sistema nervioso autónomo para permitir el aumento del flujo sanguíneo en la vagina, la vasodilatación de las arteriolas del plexo submucoso de la vagina aumenta el trasudado de líquido intersticial, que se desplaza desde los capilares entre el espacio intercelular epitelial hacia la luz de la vagina. De manera simultánea, el sistema nervioso autónomo permite la relajación de las células musculares lisas que rodean los espacios vasculares (sinusoides) del clítoris y de los labios, provocando el engrosamiento del clítoris y la vasodilatación de los labios. (Berek, 2012)

Con la excitación, la vagina aumenta de longitud, se distiende y se dilata, y el útero se eleva por encima de la pelvis. Con el aumento de la estimulación sexual, la congestión vascular alcanza un grado máximo. (Berek, 2012)

4.5.3. Orgasmo

Episodio cerebral iniciado por el estímulo genital, que puede producirse durante el sueño, por estimulación de otras partes del cuerpo, incluyendo las mamas y los pezones, por fantasías, en ocasiones por fármacos, y, en mujeres con lesiones de la medula espinal, por la estimulación vibratoria del cuello uterino. En mujeres con un cuerpo en buenas condiciones físicas implica una respuesta miotónica del musculo liso y estriado, asociada con el sentimiento de una liberación de tensión sexual generada durante la excitación. Se describe como una de las sensaciones sexuales más intensamente placenteras. Aparecen unas contracciones reflejas rítmicas (3-20 cada 0.8s) de los músculos que rodean la vagina y el ano, la mayoría de mujeres experimentan orgasmos más fácilmente mediante la estimulación directa del clítoris este contacto es posible cuando entra en contacto el pubis contra el otro, la estimulación mamaria, los besos y la estimulación clitoridea durante el coito representan formas frecuentes de presentar un orgasmo. Las mujeres son multiorgásmicas, es decir que pueden experimentar varios orgasmos seguidos durante un ciclo de respuesta sexual y de retornar la actividad sexual y de retornar la actividad sexual y de retornar la actividad sexual sin periodo resistente. (Berek, 2012)

4.5.4. Resolución

Después de una liberación repentina de la tensión sexual provocada por el orgasmo la mujer experimenta una sensación de relajación y de bienestar la reducción gradual de la congestión pélvica contrasta con la perdida rápida de la rigidez peneana en el hombre. Se revierten los cambios que se dan en la excitación y el cuerpo vuelve a estado de reposo después de 5 min a 10 min.

Sin embargo si sigue la estimulación, la respuesta puede reanudarse antes o después de haber alcanzado el estado de reposo. (Berek, 2012)

4.6. Valoración de los problemas sexuales

Muchas mujeres pueden encontrar difícil hablar con su médico sobre temas sexuales por esto es importante la evaluación de la paciente con diversos métodos.

4.6.1. Técnicas de entrevista

Los médicos deben estar familiarizados con los componentes de una valoración sexual sensible y detallada, y con los principios de la disfunción sexual, para sentirse lo suficientemente cómodos para establecer la comunicación y la confianza con sus pacientes.

Se puede iniciar la conversación con preguntas abiertas pueden iniciar el tema, de forma óptima, hay que realizar una valoración detallada en ambos miembros de la pareja.

4.6.2. Exploración física

La exploración pélvica es un componente habitual de la atención médica general, esta se puede realizar solo en presencia de una indicación definida y debe explicarse claramente la intervención a la paciente. El abordaje de la dispareunia requiere una exploración cuidadosa de la vulva, vagina y la pelvis.

Luego de esto se puede establecer el diagnóstico.

Cada trastorno se clasifica posteriormente según los siguientes descriptores:

1. De toda la vida o adquirido
2. General o situacional

3. Grado de malestar leve, moderado o grave
4. Presencia de factores contextuales
 - A. Factores pasados de su antecedentes de desarrollo que afecten al desarrollo psicosexual
 - B. Factores contextuales actuales: interpersonales, del entorno, sociales y culturales.
 - C. Factores médicos

Valoración de la dispareunia: según los antecedentes

- Preguntar si es posible la entrada en la vagina, aunque sea ocasionalmente, por ejemplo: con el dedo, el pene, el especulo, el tampón.
- Preguntar si percibe excitación sexual cuando se realiza el acto sexual y conforme progresa.
- Preguntar en que momento exacto siente dolor:
 - Con la entrada parcial del pene o vibrador
 - Cuando ha conseguido que el pene entre totalmente
 - Con la penetración profunda
 - Con el movimiento del pene
 - Con la eyaculación del hombre
 - Cuando la mujer orina posteriormente
 - Durante horas o minutos después de los intentos de penetración.
- Preguntar si en ocasiones no siente dolor, o siente menos, y si es así ¿qué es diferente?

4.7. Modelo cíclico de la respuesta sexual femenina de Basson

Recientemente Basson definieron el modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina en el cual hay un feedback entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Según este modelo, en las mujeres puede existir un deseo que provoque la búsqueda de una actividad sexual o puede darse una

postura neutra, si los estímulos son suficientes y adecuados. Si el resultado es positivo, emocional y físicamente se incrementa la motivación sexual. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer y con otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales como la comunicación con la pareja, intimidad emocional, expresión de afecto, compartir el placer físico, complacer al compañero y la autoestima. Si el resultado es negativo, como en los casos de dispareunia, disfunción sexual de la pareja, por efecto de los medicamentos, etc.- Se rompe el ciclo la motivación sexual con la pareja no se incrementa. (Gutiérrez, 2010)

4.8. Disfunción sexual

Es la ausencia o la modificación de una o varias fases de la respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo, resolución. (Vázquez & Sesin, 2010) Según los casos puede tratarse de una falta de interés, una imposibilidad para sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para la interacción sexual o una incapacidad para controlar o sentir el orgasmo. (Stube, 2010)

4.8.1. Fisiopatología de la disfunción sexual

El cerebro juega un papel fundamental en la respuesta sexual, que involucra una combinación de factores neurogénicos, psicógenos, vasculares y hormonales que son mediados a través del hipotálamo, sistema límbico y la corteza cerebral. Varios neurotransmisores y neuropéptidos han sido implicados en la respuesta sexual y la disfunción sexual ha sido relacionada con un incremento de dopamina, bloqueo de receptores colinérgicos y alfa 1 adrenérgicos, inhibición de óxido nítrico sintetasa y elevación de los niveles de prolactina. Un incremento de la disponibilidad de serotonina inhibe el deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo, principalmente a través de agonismo de los receptores 5-HT2 y 5-HT3, mientras que la liberación de dopamina incrementa la función sexual. (Vázquez, 2012)

4.8.2. Clasificación

Según Cabello (2010), hace un repaso de las distintas formas de clasificar las disfunciones y problemas sexuales, entre las que nos gustaría destacar:

Según el 4to, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

De las categorías F52.0 a F52.9.

Otras parafilias F65.2 a F65.9.

Identidad Sexual en F.64

Sistema Multiaxial: Realiza una clasificación en función de las diferentes fases de RSH: Fase de deseo, excitación, orgasmo, dolor coital, insatisfacción con la frecuencia de relación, información cualitativa.

Basson. Sobre todo centrada en la respuesta sexual femenina, establece la siguiente clasificación: Trastorno del deseo, subjetivo excitación, excitación sexual genital, combinado (genital y subjetivo), persistente excitación sexual, orgasmo (mujer) dispareunia, vaginismo, aversión sexual.

La Disfunción sexual femenina se presenta de diferentes formas y se suele clasificar en:

4.8.2.1. Trastornos del deseo sexual o excitación sexual:

Caracterizado por ausencia o disminución del interés o deseo sexual, ausencia de pensamientos o fantasías sexuales e incapacidad persistente o recurrente para alcanzar o mantener la excitación sexual durante la actividad sexual. Puede haber escasa lubricación, disminución de la sensación genital y escasa relajación. Este trastorno puede asociarse a problemas emocionales o psicológicos y puede estar relacionado con fármacos o deberse a alteraciones pélvicas, enfermedades neurológicas o vasculares o problemas endocrinos.

4.8.2.2. Trastornos orgásmicos

Hay una ausencia, retraso o marcada disminución de la intensidad del orgasmo a pesar de que existe deseo y la excitación sexual es normal. Cuando es primario suele relacionarse con trauma o abuso o ser de origen genético, cuando es secundario suele relacionarse con la toma de fármacos (ISRS) o alteraciones neurológicas postraumáticas o quirúrgicas.

4.8.2.3. Trastornos por dolor

Dispareunia (dolor persistente o recurrente antes, durante o después de las relaciones sexuales) y vaginismo (dificultad para la penetración a pesar de existencia de deseo), con frecuencia estos trastornos se suelen acompañar de disminución en el deseo sexual.

El problema más frecuente es la ausencia o disminución del interés o deseo sexual, que afecta a un 16.8% de mujeres de 18-75 años vistas en atención primaria.- La proporción de mujeres con bajo deseo aumenta con la edad mientras que la proporción de mujeres preocupadas por este problema disminuye. (Fistierra, 2014)

4.9. Tratamiento de la disfunción sexual

Muchos de los problemas que tienen las parejas son debidos a la deficiencia en la experiencia o el conocimiento, a los errores de conceptos sexuales o a la incapacidad de las parejas para hablar de sus preferencias sexuales.

4.9.1. El modelo *PLISSIT*

Este acrónimo permite abordar los problemas sexuales:

Permiso: el concepto es la validación de las preocupaciones de las pacientes y la confirmación en la consulta del ginecólogo es un entorno adecuado para abordar.

Información Limitada: se le proporciona a la paciente información sobre la fisiología y la conducta sexual, de tal forma que se pueden abordar los malentendidos, los mitos, la falta de conocimiento y las habilidades sexuales no adecuadas.

Sugerencias específicas: aquí se reeduca a las pacientes acerca de las prácticas y actitudes específicas, recomendar diferentes formas de estimulación sexual, detectar los problemas de salud mental, identificar las situaciones personales y prescribir hormonas y fármacos.

Derivación para tratamiento intensivo: que pueden ser para resolver problemas: Cuestiones intrapsicológicas procedentes de la infancia que perjudiquen a la mujer para excitarse o para tener interés, deseo, como traumas y abusos pasados, tratamiento para comunicación de pareja y para la disfunción sexual del varón.

4.10. Sexualidad en el posparto

El parto es una transición importante de la vida que tiene un significativo impacto en el funcionamiento sexual de las mujeres después del parto.- la relación sexual de una pareja puede ser interrumpida durante el período perinatal, con cambios en la relación sexual durante la transición de embarazo hasta el puerperio potencialmente tener un impacto negativo en la relación conyugal. (Moel et al 2010)

El patrón del funcionamiento sexual de las mujeres durante el postparto se estudió por primera vez en la década de 1960. A principios del trabajo de Masters y Johnson (1966) sobre los patrones sexuales de las mujeres después del parto asintomáticos, el comportamiento sexual se informó que van desde no tener deseo sexual a los 3 meses después del parto de los niveles de actividad sexual dentro de varias semanas del parto ante una vuelta del embarazo.

Enderle, Pereira, Lerch, Goulart, Maltos & Fonseca (2013) afirman que “el motivo principal para que las puérperas todavía no hubiesen reiniciado la actividad sexual, fue el miedo a un nuevo embarazo, recelo que también fue manifestado por las mujeres que ya habían iniciado sus actividades sexuales”. (p.5)

La relación con la pareja puede cambiar, especialmente después del primer parto. En ocasiones aparecen celos por parte del padre, quien reclama a la mujer porque el niño/a ocupa todo su tiempo y lo hace sentirse desplazado a un segundo lugar. Las mujeres, en general, consideran inevitable su preocupación centrada en el hijo/a y esta doble exigencia afectiva puede ser fuente de tensión en la relación de pareja. (Moel et al 2010) Márquez, (2014), afirma:

“El momento más oportuno para reanudar las relaciones sexuales durante el puerperio (.....), el coito puede ser retomado dos semanas después de dar a luz, según el sentimiento de bienestar de la mujer. (p.3) La reanudación de las relaciones sexuales antes de tiempo puede traer molestias y dolor debido a la involución uterina y la curación incompleta de las cicatrices de la episiotomía y desgarros. Otros afirman que el retorno a la actividad sexual debe ocurrir sólo después de treinta días debido a la incomodidad y para dar tiempo a la curación. La mayoría coincide en un rango de tiempo entre 5-12 semanas.

Es hasta la 12 semana posparto que la mujer llega al orgasmo. Otros autores lo refuerzan explicando que la capacidad orgásmica a los 3 meses es igual o superior que antes del embarazo, pero que el deseo se recupera más lentamente. La evidencia científica revela que la disminución del deseo sexual en las mujeres es temporal y reversible. (Márquez, 2014, p.3)

Necesitan tiempo para reencontrarse con su cuerpo. Para ellas es importante sentirse con bienestar físico y psicológico, y además, sentirse preparadas. (Márquez, 2014)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

La presente es una investigación cuantitativa, descriptiva y retrospectiva.

ÁREA Y TIEMPO DE ESTUDIO

Centro de Salud No. 1, es una unidad operativa que pertenece al Distrito uno de Loja, se encontró ubicado al momento del estudio, en las calles Sucre entre Catacocha y Cariamanga, recibía a personas referidas de 8 Subcentros de Salud de la ciudad, atendiendo en promedio de 50 personas diarias a través de los especialistas en los servicios de Medicina General, Ginecología y Obstetricia además de Odontología y Laboratorio clínico.

El tiempo de estudio comprendido fue entre Mayo – Julio 2014

UNIVERSO

El universo estuvo constituido por las usuarias primíparas de cualquier edad que acudieron a consulta externa del Centro de Salud Nro. 1 Loja.

MUESTRA

Todas las usuarias primíparas de cualquier edad sometidas a episiorrafia hasta un año después del parto que acudieron a consulta externa del Centro de Salud Nro. 1 Loja.

El tipo de muestreo utilizado en esta investigación fue no probabilístico estratificado proporcional.

Criterios de inclusión

- Usuaris primíparas con antecedente de parto vaginal sometidas a episiotomía y episiorrafia y cursando hasta un año después del parto.
- Usuaris que estuvieron dispuestas a participar del estudio.
- Usuaris que reiniciaron su vida sexual hasta 4 semanas antes del estudio.

Criterios de exclusión

- Usuaris en periodo de puerperio con antecedente de cesárea y sin antecedente de episiotomía y episiorrafia.
- Usuaris que estén en el curso de más de un año del parto.
- Usuaris que no han reiniciado su vida sexual hace cuatro semanas antes del estudio.
- Usuaris que no desearon participar en el estudio.
- Usuaris con estados patológicos que podrían afectar su función sexual como ansiedad grave, depresión, enfermedad grave, alcoholismo drogadicción, embarazo, infección y disfunción familiar.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de la muestra se procedió a aplicar:

ENCUESTA (Anexo 3)

A través de la encuesta se deseaba:

- Establecer los antecedentes de las usuarias para la obtención de la edad.
- Identificación de los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

- Conocer las complicaciones que presentaron las usuarias por la episiorrafia.

TEST FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER (Anexo 4)

A través del TEST se quería:

- Identificar la afectación de los dominios evaluadores de la función sexual.

Es un cuestionario auto administrado, de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en dominios (Sánchez et al, 2004). (Anexo Nro. 5)

Los dominios evaluadores de la función sexual se puntuaron de 1 a 5.

Para el diagnóstico de disfunción sexual Se contabilizó los 4 primeros dominios evaluadores de la función sexual como: Deseo, Excitación, Lubricación y Orgasmo. Y se los evaluó en la tabla de calificación, para definir la presencia de disfunción o no. (Anexo Nro. 5)

Para la estimación de la disfunción y la relación con las complicaciones se utilizó los dominios como ansiedad y penetración.

PROCEDIMIENTO

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se procedió a solicitar la autorización a los directivos del Centro de Salud N° 1 (Anexo Nro. 2), con la aprobación se realizó la identificación de las usuarias en consulta externa. - Se elaboró la encuesta para determinar el cumplimiento de los criterios de inclusión. Después se aplicó el consentimiento informado para las usuarias en estudio (Anexo Nro. 6). Se explicó del por qué y para qué es la investigación a las usuarias. Al final se aplicó el cuestionario de función sexual de la mujer, respondiendo las dudas que estas tengan.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Obtenidos los datos se procedió a la introducción en Excel 2013, para realizar la tabulación, se realizó el análisis en tablas de frecuencia, gráficos para facilitar su interpretación, al final se procedió a la elaboración de la discusión, conclusiones y recomendaciones, además de la obtención de certificación que respalda la obtención de los datos (Anexo Nro. 7).

6. RESULTADOS

Tabla 1

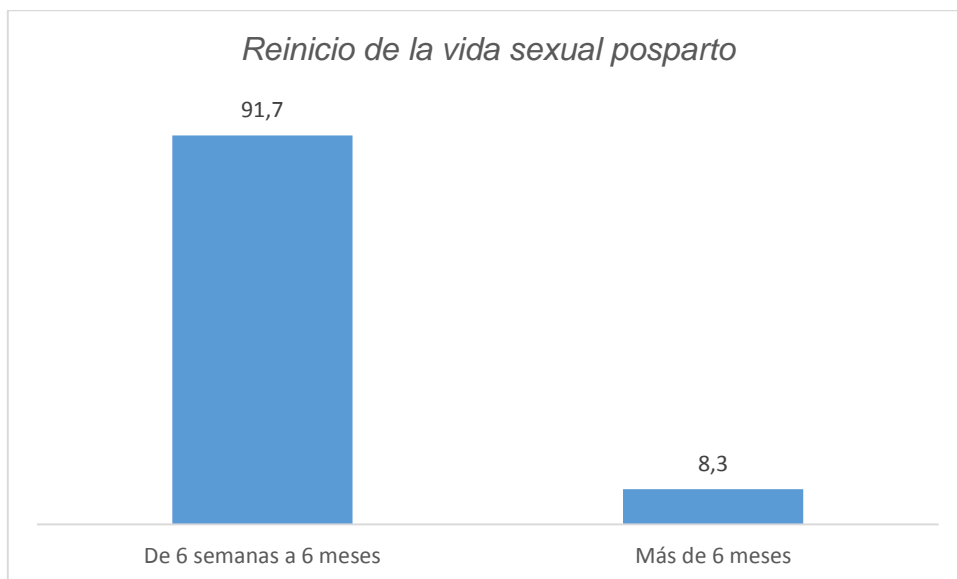
6.1. Reinicio de la vida sexual posparto

VARIABLE	Nro.	%
De 6 semanas a 6 meses	55	91,7
Más de 6 meses	5	8,3
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a usuarias que acudieron al Centro de Salud Nro. 1

Autora: María Fernanda Cuenca Vega

Gráfico 1



Análisis:

El 91,7% de pacientes retoman la vida sexual de 6 semanas a 6 meses a diferencia del 8,3% de pacientes que retomaron su vida sexual en un tiempo mayor a 6 meses, esto puede darse por la demanda de la pareja que es un factor influyente en la reanudación de las relaciones sexuales en el posparto.

Tabla 2

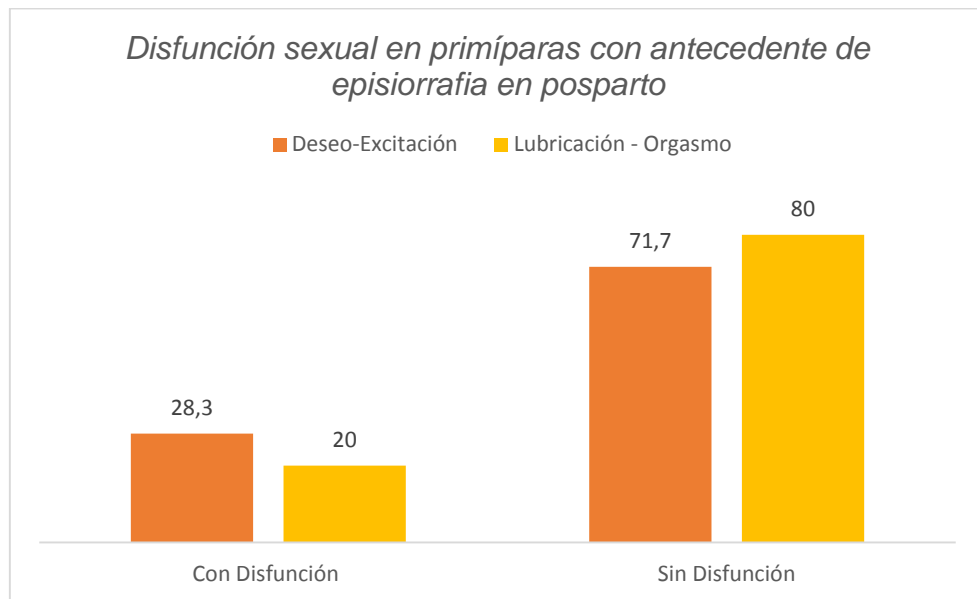
6.2. Disfunción sexual en primíparas con antecedente de episiorrafia en posparto

Variable	Deseo-Excitación		Lubricación - Orgasmo	
	Nro.	%	Nro.	%
Con Disfunción	17	28,3	12	20
Sin Disfunción	43	71,7	48	80
Total	60	100	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a usuarias que acudieron al Centro de Salud Nro. 1

Autora: María Fernanda Cuenca Vega

Gráfico 2



Análisis:

Los dominios evaluadores de la función sexual pueden verse afectados en un porcentaje mayor a 28.3%, siendo los trastornos del deseo - excitación con mayor porcentaje; esto nos demuestra que la episiorrafia realizada durante el parto es un factor predisponente para el desarrollo de disfunciones sexuales.

Tabla 3

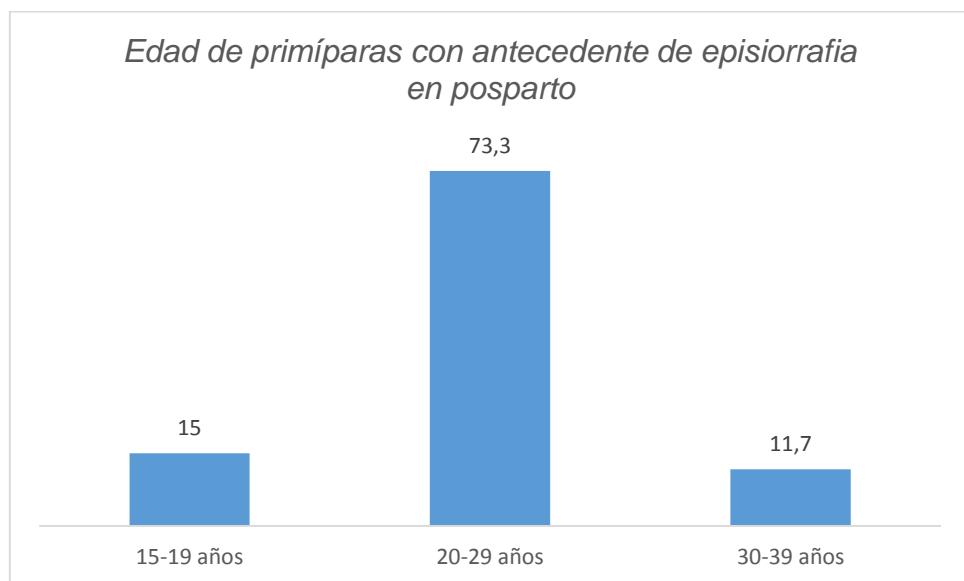
6.3. Edad de primíparas con antecedente de episiorrafia en posparto

Variable	Nro.	%
15-19 años	9	15
20-29 años	44	73,3
30-39 años	7	11,7
Total	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a usuarias que acudieron al Centro de Salud Nro. 1

Autora: María Fernanda Cuenca Vega

Gráfico 3



Análisis:

Se observa que 73,3% de las pacientes se encuentran entre la edad de 20 a 29 años, a diferencia del 11,7% de las usuarias que oscilan en las edades de 30 a 39 años.

Tabla 4

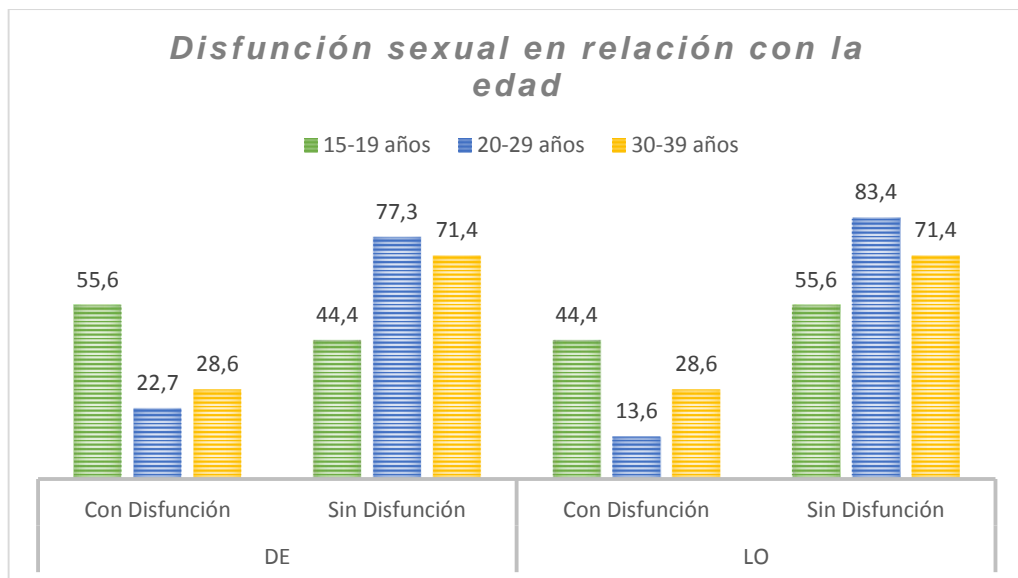
6.4. Disfunción sexual en relación con la edad

VARIABLE	Deseo- Excitación				Lubricación-Orgasmo			
	Con Disfunción		Sin Disfunción		Con Disfunción		Sin Disfunción	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
15-19 años	5	55,6	4	44,4	4	44,4	5	55,6
20-29 años	10	22,7	34	77,3	6	13,6	38	83,4
30-39 años	2	28,6	5	71,4	2	28,6	5	71,4
TOTAL	17	28,3	43	71,7	12	20	48	80

Fuente: Encuesta aplicada a usuarias que acudieron al Centro de Salud Nro. 1

Autora: María Fernanda Cuenca Vega

Gráfico 4



Análisis:

Dentro de la población seleccionada, la afectación de las fases del ciclo sexual se observa entre las edades de 15 a 19 años en mayor porcentaje a 44,4%, siendo el trastorno del deseo - excitación con mayor afectación con 55,6%; un porcentaje menor se observa en las edades de 20 a 29 años, el componente sexual puede verse afectado en mayor proporción y relacionado en pacientes en edad fértil o adulta joven.

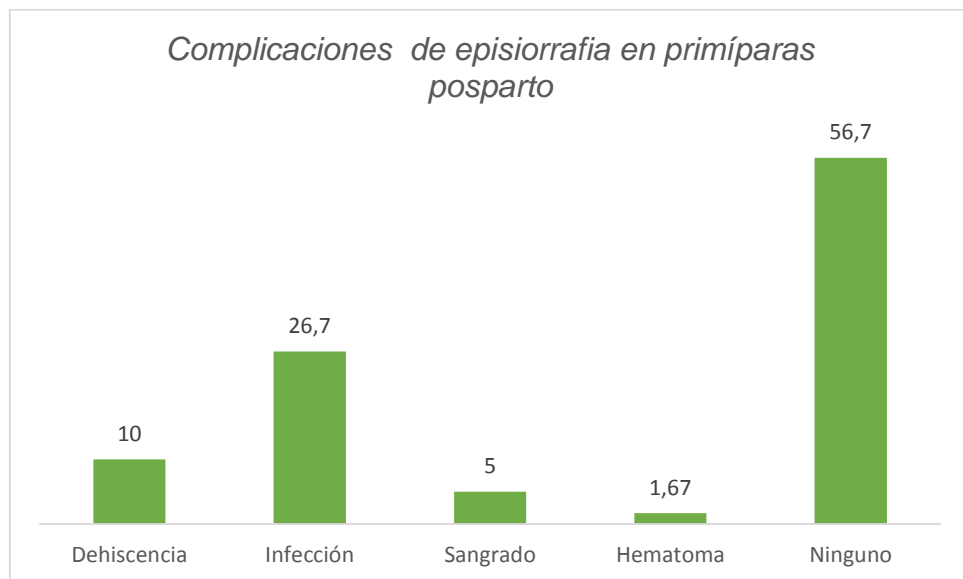
Tabla 5

6.5.- Complicaciones de episiorrafia en primíparas posparto

Variable	Nro.	%
Dehiscencia	6	10
Infección	16	26,7
Sangrado	3	5
Hematoma	1	1,67
Ninguno	34	56,7
Total	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a usuarias que acudieron al Centro de Salud Nro. 1
Autora: María Fernanda Cuenca Vega

Gráfico 5



Análisis:

En relación con las complicaciones un 43,3 % de las pacientes presentaron complicaciones pos episiorrafia, la más frecuente fue en un porcentaje mayor de 26,7 % la infección, la presencia de esta complicación se hace relación por el acto quirúrgico de la episiorrafia.

Tabla 6

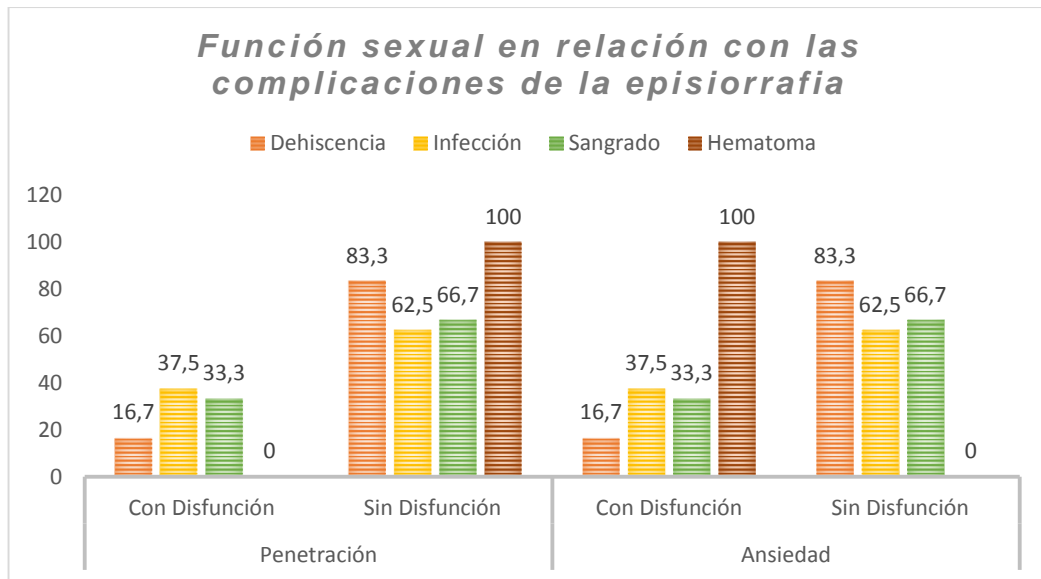
6.6.- Función sexual en relación con las complicaciones de la episiorrafia

VARIABLE	Penetración				Ansiedad			
	Con Disfunción		Sin Disfunción		Con Disfunción		Sin Disfunción	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Dehiscencia	1	16,7	5	83,3	1	16,7	5	83,3
Infección	6	37,5	10	62,5	6	37,5	10	62,5
Sangrado	1	33,3	2	66,7	1	33,3	2	66,7
Hematoma	0	0	1	100	1	100	0	0
Total	8	30,8	18	69,2	9	34,6	17	65,4

Fuente: Encuesta aplicada a usuarias que acudieron al Centro de Salud Nro. 1

Autora: María Fernanda Cuenca Vega

Gráfico 6



Análisis:

Se observó que la infección tiene relación con los trastornos patológicos de la función sexual con un mayor porcentaje de 37,5 % en penetración y ansiedad; la presencia de infección en la herida posepisiorrafia hace relación como un factor de riesgo para el desarrollo de dispareunia.

7. DISCUSIÓN

La disfunción sexual femenina es un problema común y afecta aproximadamente más del 40 % de mujeres (Jha & Thakar, 2010). La episiotomía es un factor que puede repercutir sobre las relaciones sexuales postparto ocasionando disfunción o aumentando el tiempo de reanudación de las mismas. (Ávalos, 2015)

Para la realización de este estudio, mediante criterios de inclusión y exclusión se tomó una muestra de 60 pacientes con antecedente de episiorrafia y primigestas, se obtuvieron datos donde el 91,7% de pacientes reinician su vida sexual de 6 semanas a 6 meses, a diferencia del 8,3% de usuarias que retomaron su vida sexual en el tiempo después de 6 meses a un año.- A diferencia de las mujeres Chilenas en un estudio con similares características donde el tiempo de abstinencia posparto fue 54 % con un período mayor a 40 días, este punto es especialmente cultural, la demanda de la pareja es un factor influyente en la reanudación de las relaciones sexuales en el posparto (Chaparro et al, 2013).

En este estudio, al realizar la evaluación de la disfunción en relación con la episiorrafia, se evaluaron las características psicosexuales de las 60 pacientes encuestadas con los datos proporcionados de las tablas se observó la afectación de los dominios evaluadores de la actividad sexual fueron: deseo, excitación (17), lubricación y orgasmo (12). Entre los resultados se obtuvo que un porcentaje mayor del 20 % de las pacientes presentaron alguna disfunción, evidenciándose que el trastorno del deseo - excitación fueron más afectados (28,3%).- Parecidos resultados se encontraron en un estudio sobre la función sexual en la Encuesta Nacional de salud y vida social en Estados Unidos donde las mujeres en edad reproductiva de 18 y 44 años la incidencia de problemas sexuales fue de 27,2%, la disfunción más comúnmente reportada fue la falta de deseo con el 43% (Leman & Rogers, 2012).

Se evaluó además la edad como característica demográfica de las pacientes con disfunción, el grupo de estudio con mayor porcentaje fue del 44,4 % de las pacientes entre la edad de 15 a 19 años, los trastornos implicados con mayor

porcentaje son deseo, excitación (55,6%); a diferencia de los rangos de edades entre 20 a 29 años y 30 a 39 años cuyos porcentajes fueron menores del 28,6%. Dichos resultados varían con un estudio citado por Chaparro, realizado en Estados Unidos donde la disfunción sexual afectaba al 50 % de las mujeres de edad media, comprometiendo el deseo y la excitación. (Chaparro et al, 2013) En Chile, alrededor de 26 % de mujeres estudiadas presentaban disfunción sexual, aumentando con la edad y con un nivel educacional bajo. (Chaparro et al, 2013) La sexualidad alcanza su máxima expresión entre los 25 y los 40 años. (Citado en Aguilera, 2011)

Las complicaciones de la episiorrafia se presentaron en un 43,3% de las usuarias encuestadas, la más frecuente fue la infección con 26,7 %, este dato resulta de la suma de los síntomas: como hinchazón, infección e irritación, y constituye el principal motivo disfunción, especialmente se relacionó con los trastornos penetración y ansiedad (37,5%).-. A diferencia a lo encontrado por Sánchez, (2009), en un estudio denominado: Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, realizado en mujeres Peruanas; donde la presencia de hematomas se pudo encontrar en un 62% del total, edema en la zona perineal y vaginal se encontró en un 32 %, 51% tenía la presencia de infecciones vulvoperineales, el 21 % presentó dehiscencia, desgarró perineal se pudo encontrar en el 33 % de las mujeres con episiorrafia. (Sánchez, 2009)

8. CONCLUSIONES

Del análisis y discusión del presente trabajo investigativo se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

1. La función sexual en todos los dominios evaluadores de las fases del ciclo se ven negativamente afectadas por la realización de episiorrafia durante el parto de las mujeres primíparas estudiadas.
2. Se evidencia disfunción sexual en más del 20% de las pacientes que acudieron al centro de salud Nro. 1 Loja, con afectación de todas las fases del ciclo sexual, especialmente el trastorno del deseo – excitación 28,6 %.
3. Los trastornos del ciclo sexual se presentaron en un porcentaje mayor a 44,4% de pacientes entre las edades de 15 a 19 años, siendo el trastorno del deseo – excitación con mayor afectación del 55,6%.
4. El 43,3% de las pacientes presentó complicaciones de episiorrafia, la más frecuente fue la infección con 26,7% y se relacionó con trastorno de penetración y ansiedad (37,5%).

9. RECOMENDACIONES

1. Se propone que según lo expuesto en la Norma Materno-neonatal se debe valorar la necesidad de realizar episiotomía selectiva, no se debe realizarla en todas las mujeres y según los resultados de este estudio de la relación con la mayoría de trastornos de las fases del ciclo sexual; se proponga otras actividades como el ejercicio del piso pélvico o de Kegel para la preparación antes del parto, especialmente en mujeres primigestas como medida para evitar posibles disfunciones.
2. Se sugiere que dado que el Estado reconocerá y protegerá a la familia como célula fundamental de la sociedad y garantizará las condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines y la alta prevalencia de afectación en las fases del ciclo sexual, se realice la evaluación de trastornos sexuales a todas las mujeres antes y después del parto para la identificación de posibles riesgos y se estudie como prioridad para mejorar el estilo de vida de las mujeres y de sus familias.
3. Se recomienda la realización de estudios comparativos en relación con pacientes con y sin episiorrafia además la investigación de nuevos cuestionarios para la evaluación de la función sexual.
4. En vista de las complicaciones encontradas en el presente estudio sobre la episiorrafia, se recomienda por parte de médico o matrona que atiende el parto respetar las normas máximas de bioseguridad en la atención del parto.

10. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

Berek, J., (2012) Berek y Novack *Ginecología*. Sexualidad, trastornos sexuales y violencia sexual. Editorial Lippincott Williams & Wikings

Cunningham F. & Kenneth, L., et al, (2010). *Obstetricia de Williams*. Trabajo de parto y partos normales. Dallas, Texas:Editorial Mc Graw Hill.

Edmonds, K., (2012). *Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology*. Londres, UK. : Editorial Wiley- Blackwell

Jha, S., Thakar, R., (2010). *Female sexual dysfunction. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, Ireland Ltd.: Editorial: Elsevier 153(2).

Usandizaga, J, (2011). *Obstetricia y Ginecología*. España : Editorial Marban.

Vazquez J., (2010). *Embarazo, Parto y Puerperio, Principales Complicaciones*. Editorial Ciencias Médicas. Habana- Cuba.

DOCUMENTOS ELECTRONICOS

Barreto, M., et al (2015). Evaluación de la curación de episiotomía: confiabilidad de la escala de Enrojecimiento, Edema, Equimosis, Drenaje, Aproximación (REEDA). *Rev. Latino-Am. Enfermage*. 23:7 pp pág. 2-8
Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00162.pdf

Belfort, M., Clark, S., et al (2012). Reinternaciones posparto en el período puerperal. *Am j obstet gynecol*. Recuperado de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=64142>.

Bertozi, S., & Londero, A., et al (2011). Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC women's health*. 7pp
Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1186/1472-6874-11-12>

Berzaín, M. & Camacho, L., (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencias Médicas* 17:5 pp. 55-57.
Recuperado de:
http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v17n2/v17n2_a11.pdf

Buppasiri, P., et al. (2012). Profilaxis antibiótica para el desgarro perineal de tercer y cuarto grado durante el parto vaginal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado de: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005125>

Carroli, G. & Mignini, L., (2012) Episiotomía para el parto vaginal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11: 3pp (3). DOI: 10.1002/14651858.CD000081.

Cenetec, (2013). Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la episiotomía complicada. 40 pp. Recuperado de: (http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf).

Chaparro, M., Pérez R. & Sáenz K, (2013) Función sexual femenina durante el período posparto *Rev. Obstet Ginecol Venez* 2013; 73(3):181-186, Recuperado de:<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art05.pdf>

Chou, D., Et al. (2012). Paracetamol/acetaminofeno (administración única) para el dolor perineal durante el período posparto inicial (*Biblioteca Cochrane Plus. (Revision Cochrane traducida)*): Recuperado de

<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%202994685&DocumentID=CD008407>.

Franco, N., Ayllon, S., & Vallejo, M. (2010). Beneficios de la posición vertical para la atención del parto Experiencia en el Hospital "Manuel A. Villarroel" de Punata, Cochabamba, Bolivia. *Rev. méd. (Cochabamba)*, 21:1 pp.19-25. Recuperado de: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092010000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2074-4609.

Flores, C. Araya, A., et al (2012). Descripción de la función sexual en mujeres con climaterio. *Revista Chilena Obstetrica Ginecologica*. Recuperado de:<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n5/art02.pdf>.

Gomez, M., (2010). Disfunción sexual femenina en el climaterio. *Matronas prof*. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org%2Frs%2F718%2Fd112d6ad-54ec-438b-93584483f9e98868%2F83f%2Ffd%2F1%2Ffilename%2F093-8-art-rev-disfun-baja.pdf&ei=EPRfU7TvG4HS2AWM24DIAQ&usg=AFQjCNFApUcw5IT2ugertBbkvwoe3aAphQ&bvm=bv.65397613,d.cWc>.

Gongora, J., (2013). Anticoncepción durante el puerperio y la lactancia. *Hospital Universitario Virgen de las Nieves*. 1:20 pp, Recuperado de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_anticoncepcion_durante_puerperio.pdf.

Gutierrez, B., (2010). La respuesta sexual humana. *GDT Atencion a la mujer semFYC*. 10: 4pp 543-546 Recuperado de:http://www.amf-semfyc.com/upload_articles_pdf/La_respuesta_sexual_humana.pdf.

- Jha S., & Thakar R. (2010). Female sexual dysfunction. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 153 (2), 117-23. Elsevier Ireland Ltd. doi:10.1016/j.ejogrb.2010.06.010
- Jovanovic, N., Kocijancic, D, & Terzic, N. (2011). Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary? *Central European Journal of Medicine* 6pp 685-690 Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.2478/s11536-011-0088-z>
- Kettle, Dowswell&Ismail, (2010). Materiales de sutura absorbible para la reparación primaria de la episiotomía y los desgarros de segundo grado. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6: 3 pp Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000006.pub2/pdf/abstract>.
- Kettle, Hills & Ismail, (2014). Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado(*Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado de: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000947>
- Leman L., & Rogers R, (2012), Relaciones Sexuales Después del Parto. Función Sexual Postparto, *Obstetrics & Gynecology*; 119:647 pp. 55, Recuperado de: DOI: 10.1097/AOG.Ob013e3182479611
- López, et al (2014) Eficacia de la sutura continua versus interrumpida en la reparación del periné en el parto eutócico. *NURE Inv* 11(70): 12 p. Recuperado de: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NUR E70_proyecto_perine.pdf
- Lopez, J., Torres, H., (2012), La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. *Atencion Primaria*. 44:9 525- 526 Recuperado

de:http://ac.els-cdn.com/S0212656712002557/1-s2.0-S0212656712002557-main.pdf?_tid=c717c6c2-e48c-11e3-819b-00000aab0f01&acdnat=1401078083_b794aa60a150764113cbd41e

López, M., Palacio, M., et al. (2014) .*Lesiones perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Servei Medicina Maternofetal* 8pp Recuperado de:
https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf

Márquez, & Cruz, (2015). Revisión bibliográfica sobre dolor puerperal secundario a sutura continua o discontinua durante el trabajo de parto. *Revista Cuidándote digital.* 11:10 pp. Recuperado de:
http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2015/Volumen9/Articulos/4DOLOR_PUERPERAL_SECUNDARIO_art.pdf

Márquez, A., (2014). Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. *Biblioteca Las casas* 10(3): 25 pp. Recuperado de:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0790.pdf>

Martínez J. & Delgado, M. (2013). Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 78:4 (1) Recuperado de
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400008

Moel J., Buttner M., Et al (2010). Sexual function in the postpartum period: effects. *Arch Womens Ment Health.*13: 10pp 495- 504. Recuperado de:
<http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-010-0168-0>

Sanchez, A., (2009). Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nuliparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*.1(4) pp.,9
Recuperado de:
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAahUKEwjGIZvvoObIAhWHKB4KHcTJDBs&url=http%3A%2F%2Fwww.inppares.org%2Frevistasss%2FRevista%2520IV%25202009%2F7-%2520Uso%2520Episiotomia.pdf&usg=AFQjCNE36PS5tFQuCmVODcfvpWb5oYWGIw&sig2=D1EH39eUuyjyKv1tAxHwQQ&bvm=bv.106130839,d.dmo>.

Sanchez et al, (2004). Diseño y validación del cuestionario de función sexual de la mujer (FSM), Elsevier, 63. 966 8 pp 286-294. Recuperado de:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-dise%C3%B1o-validacion-cuestionario-funcion-sexual-mujer-fsm-13067028#elsevierItemBibliografias>.

Silva, C., (2012). Cuidados y manejo de la cicatriz de episiotomía *Revista Carrusel*. Recuperado de: <http://www.revistacarrusel.cl/cuidados-y-manejo-de-la-cicatriz-de-episiotomia/>

Stube A. (2014). Recuperado el 23 de 04 de 2014, de http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2014_StubeCES_Translation.pdf<http://journals.lww.com/greenjournal>

Trujillo, Galeano & Duran (2012) Protocolo de indicaciones y técnica de la Episiotomía y episiorrafia. 1 12pp. Recuperado de:
http://intranet.esecarmenemiliaospina.gov.co/images/calidad/mapa3/7%20Servicios%20Hospitalarios/2%20Subprocesos/2%20Obstetricia%20Baja%20Complejidad/3%20Guias/SH-S2G13-V2Guia_Episiotomia_Episiorrafia.pdf 2 pp 7(Consultado abril, 28, 2014).

Vazquez P., Secin P., (2012). Disfunción sexual asociada a antidepresivos. *Medigrafic*. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=32&IDARTICULO=32927&IDPUBLICACION=3563>

Yeniel, A. & Petri, E., (2013), Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International Urogynecology Journal* 23: 9pp 5-14
Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00192-013-2118-7>

TESIS

Aguilera, G., (2012), *Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio*. Tesis de Grado. Universidad de Almeria, Andaluz, España.

Avalos, A., (2015), *Repercusión de la episiotomía en las relaciones sexuales postparto*, Universidad de Jaen, Jaen, Perú.

Castillo D., & Paredes V., (2012), *Función sexual y su ejercicio en mujeres primigestas que acuden a la Consulta Externa hasta un año después del parto vaginal o por cesárea en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito*. Tesis de Especialista. Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

11. ANEXOS

ANEXO 1

ABREVIATURAS

DE	Deseo- Excitación
LO	Lubricación – Orgasmo
DEAS	Dominios evaluadores de actividad sexual
DSM IV	Manual Diagnóstico y Estadístico, Cuarta Edición
RSH	Respuesta Sexual Humana
ISRS	Inhibidor Selectivo de la recepción de la serotonina

ANEXO 2

Loja, 28 de mayo del 2014

Dr. Santiago Morocho

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD NO. 1 LOJA

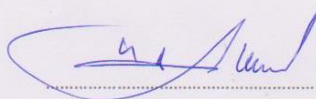
Ciudad.

De mis consideraciones,

Yo, María Fernanda Cuenca Vega con CI: 1104491889, estudiante del X modulo de la Carrera de Medicina, me dirijo a usted para solicitarle comedidamente se me otorgue el permiso para poder realizar el Trabajo de Campo ya que he contado ya con la autorización para poder continuar con el desarrollo de mi proyecto de tesis que tiene como Tema: EPISIORRAFIA EN PRIMIPARAS Y SU RELACION CON LA FUNCION SEXUAL DEL CENTRO DE SALUD No 1 LOJA.

Segura de contar con su autorización desde ya le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.



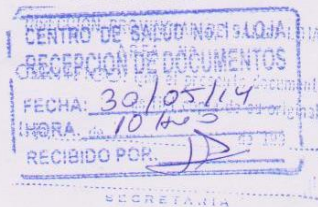
DR PATRICIO AGUIRRE

COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA



MARIA FERNANDA CUENCA VEGA

CI: 1104491889



ANEXO 3

Formato de Modelo de Encuesta



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
MEDICINA

TEMA: EPISIORRAFIA EN PRIMÍPARAS Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD NRO. 1, LOJA.

DATOS DE LA ENCUESTADA

Fecha:..... Edad:.....

Estado civil: Soltera Unión libre Casada Viuda Divorciada

Instrucción: Primaria Secundaria Superior

Ocupación: Estudiante Ama de casa Agricultora Empleada Privada

Otra.....

1. Su parto fue hace :

2 A 10 Días Entre 11 A 45 Días De 45 A 6 Meses Más De 6 Meses

2. Usted fue sometida al corte en la vagina al momento del parto de su hijo o hija Sí No

3. Presento usted alguna complicación después del parto en la herida sometida al corte?

Si Cual: No

Sangrado Infección Hinchazón Apertura de la herida

Acumulación de sangre Irritación:

4. En que tiempo después del parto reinicio su vida sexual?

2 A 10 Días Entre 11 A 45 Días De 45 A 6 Meses Más De 6 Meses

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER

Para la calificación de los dominios DEAS se utilizó la siguiente tabla de calificación dependiendo de las respuestas de las usuarias.

	Dominios evaluadores de actividad sexual	Ítems	Puntuación total	Interpretación
Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual	Deseo	1,2,4	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	Excitación	3,4,5	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	Lubricación	5	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	Orgasmo	9	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	Problemas con la penetración vaginal	6,7a, 8	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno

	Ansiedad anticipatoria	8	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual	Iniciativa sexual	10	1	Ausencia de iniciativa
			2	Iniciativa moderada
			3-5	Sin problemas de iniciativa
	Grado de comunicación sexual	11	1	Ausencia de comunicación sexual
			2	Comunicación sexual moderada
			3-5	Sin problemas en la comunicación sexual
	Satisfacción de la actividad sexual	9, 13	1-2	Insatisfacción
			3-5	Satisfacción moderada
			6-10	Satisfactoria
Evalúan satisfacción sexual	Satisfacción sexual general	14	1	Insatisfacción sexual general
			2	Satisfacción moderada sexual general
			3-5	Satisfacción sexual general

Para la calificación de los dominios Descriptivos se utilizó la siguiente tabla de calificación dependiendo de las respuestas de las usuarias.

	Dominios Descriptivos	Ítems	Información complementaria
Describe n aspectos de interés sobre la actividad sexual	Actividad sexual sin penetración	7b	a) Dolor b) Miedo a la penetración c) Falta de interés para la penetración vaginal d) No tener pareja sexual e) Incapacidad por parte de su pareja
	Frecuencia de actividad sexual	12	a) 1-2 veces b) De 3 a 4 veces c) De 5 a 8 veces d) De 9 a 12 veces e) Más de 12 veces
	Existencia o no de pareja sexual	11	a) Si b) No

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER

Pregunta llave o clave: ¿Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas 4 semanas? (Nota informativa. La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación, etc.)

Sí No

Si la respuesta es «Sí», cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, sólo una casilla.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes, etc.) relacionadas con actividades sexuales?

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿ha sentido excitación sexual?

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente, ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?

Casi siempre –siempre A menudo A veces Raramente Nunca

7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal ¿podía realizarse con facilidad? (Instrucciones: no debe contestar a esta

pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar, responda la pregunta 7b.)

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

7b. ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? (Instrucciones: cumplimente esta pregunta sólo si no ha contestado a la anterior —pregunta 7a—).

Por sentir dolor Por miedo a la penetración

Por falta de interés para la penetración vaginal No tener pareja sexual

Incapacidad para la penetración por parte de su pareja

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?

Casi siempre –siempre A menudo A veces Raramente Nunca

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

10. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona?

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?

1-2 veces 3 a 4 veces 5 a 8 veces 9 a 12 veces Más de 12 veces

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?

Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre-siempre

14. En general, en relación con su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?

Muy insatisfecha Bastante insatisfecha Ni satisfecha ni insatisfecha

Bastante satisfecha Muy satisfecha

Gracias por su colaboración

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra.-

Por medio del presente me dirijo respetuosamente ante usted extendiéndole un cordial y afectuoso saludo, y a la vez comunicarle que con el propósito de realizar el estudio investigativo titulado:” Episiorragia en mujeres primíparas y su relación con la función sexual en usuarias del Centro de Salud Nro. 1, Loja 2014”; solicito su participación y autorización para aplicar ENCUESTAS, las que permitirán obtener información que serán útiles para el desarrollo de la investigación. Por lo que reitero mi pedido para contar con su valiosa participación y consentimiento informado - escrito.

Nombre y apellidos del participante.

.....

.

Firma de autorización.

.....

C.I.....

ANEXO 7

Dra. Mayra Betancourt Castillo,
ADMINISTRADORA TECNICA DEL CENTRO DE SALUD N° 1

CERTIFICO:

Que la Srta. **MARÍA FERNANDA CUENCA VEGA**, con número de cédula **1104491889** realizó la recolección de datos sobre **EPISIORRAFIA EN PRIMÍPARAS Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD NRO. 1 LOJA** en el periodo de mayo a julio del 2014.

Es todo cuanto puedo certificar para fines pertinentes.

Loja, 29 de octubre del 2015

Mayra Betancourt

Dra. Mayra Betancourt Castillo,
ADMINISTRADORA TECNICA DEL CENTRO DE SALUD N° 1



ÍNDICE

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento.....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN	2
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	7
CAPITULO I.....	7
1. Parto.....	7
CAPITULO II.....	9
2. Episiotomía y desgarros vaginales.....	9
2.1. Tipos de episiotomía	10
2.2. Desgarros vaginales.....	10
2.3. Indicaciones de la episiotomía	12
2.4. Abordaje teórico de la episiorrafia en la restauración de la episiotomía y desgarros vaginales.....	13
2.4.1. Objetivo de la reparación:.....	13
2.4.2. Procedimiento.....	13
2.5. Técnica de sutura.....	14
2.6. Material de sutura	15
2.7. Analgesia después del parto	16

2.8.	Antibioticoterapia profiláctica y antisépticos intestinales.	16
2.9.	Cicatrización de la herida	17
2.10.	Cicatrización de la herida perineal post episiorrafia	17
2.11.	Complicaciones de la episiotomía	18
2.11.1.	Sangrado	19
2.11.2.	Dehiscencia	19
2.11.3.	Infección	19
2.12.	Episiotomía y su relación con la función sexual	20
CAPITULO III.....		21
3.	Puerperio y lactancia.....	21
3. 1	Clasificación	21
3. 2	Infección Puerperal	21
3. 3	Abordaje teórico acerca de la Lactancia y la función sexual .	22
3. 4	Cuidados del puerperio	23
3. 5	Anticoncepción	24
CAPITULO IV		25
4.	Función sexual	25
4.1.	Definiciones.....	25
4.2.	Sexualidad	25
4.3.	Anatomía genital	26
4.4.	Ciclo de respuesta sexual	27
4.5.	Fisiología	27
4.5.1.	Deseo y excitabilidad.....	27
4.5.2.	Excitación sexual	28
4.5.3.	Orgasmo.....	29
4.5.4.	Resolución.....	29
4.6.	Valoración de los problemas sexuales.....	30

4.6.1.	Técnicas de entrevista.....	30
4.6.2.	Exploración física.....	30
4.7.	Modelo cíclico de la respuesta sexual femenina de Basson .	31
4.8.	Disfunción sexual	32
4.8.1.	Fisiopatología de la disfunción sexual	32
4.8.2.	Clasificación	33
4.8.2.1.	Trastornos del deseo sexual o excitación sexual:	33
4.8.2.2.	Trastornos orgásmicos.....	34
4.8.2.3.	Trastornos por dolor.....	34
4.9.	Tratamiento de la disfunción sexual	34
4.9.1.	El modelo PLISSIT	34
4.10.	Sexualidad en el posparto.....	35
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	37
6.	RESULTADOS	41
7.	DISCUSIÓN	47
8.	CONCLUSIONES.....	49
9.	RECOMENDACIONES	50
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	51
11.	ANEXOS	58