



**DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA 6 MESES POSTPARTO Y SU RELACIÓN CON LA EPISIOTOMÍA EN  
DOS HOSPITALES DE IV NIVEL EN BOGOTÁ, 2020**

**AUTORES:**

**ANDRÉS RICARDO BURGOS GUTIÉRREZ**

**Y**

**LAURA NATALIA RIVERA GARCÍA**

**TRABAJO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE GINECÓLOGOS Y OBSTETRAS**

**BOGOTÁ D. C. - COLOMBIA**

**2021**

**DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA 6 MESES POSTPARTO Y SU RELACIÓN CON LA EPISIOTOMÍA EN  
DOS HOSPITALES DE IV NIVEL EN BOGOTÁ, 2020**

**REALIZADO POR:**

**ANDRÉS RICARDO BURGOS GUTIÉRREZ**

**Y**

**LAURA NATALIA RIVERA GARCÍA**

**TUTORES**

**TEMÁTICO: DRA. LINA SOLEDAD GARZÓN PULIDO, GINECÓLOGA-OBSTETRA**

**DR. LEONARDO GOMEZ POLANÍA, GINECÓLOGO-OBSTETRA**

**METODOLÓGICO: DR. DANIEL BUITRAGO, EPIDEMIOLOGO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

**BOGOTÁ D. C. – COLOMBIA  
2021**

## Identificación del proyecto

**Institución académica:** Universidad del Rosario

**Dependencia:** Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

**Título de la investigación:** Disfunción sexual femenina 6 meses postparto y su relación con la episiotomía en dos Hospitales de IV nivel en Bogotá, 2020

**Instituciones participantes:** Hospital Universitario Mayor Méderi – Hospital Universitario Clínica San Rafael

**Tipo de investigación:** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Investigadores principales:** Andrés Ricardo Burgos Gutiérrez y Laura Natalia Rivera, residentes de ginecología y obstetricia Universidad del Rosario.

**Asesor clínico o temático:** Dra. Lina Soledad Garzón Pulido, ginecóloga-obstetra. Dr. Leonardo Gómez Polanía, ginecólogo-obstetra

**Asesor metodológico:** Dr. Daniel Buitrago, epidemiólogo.

## Contenido

<b>1. Título</b> .....	5
<b>2. Resumen</b> .....	6
<b>3. Planteamiento del problema</b> .....	6
<b>4. Justificación</b> .....	8
<b>5. Marco teórico</b> .....	8
<b>6. Objetivos</b> .....	14
6.1 <i>Objetivo general</i> .....	14
6.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	14
<b>7. Metodología</b> .....	14
7.1 <i>Tipo y diseño de estudio</i> .....	14
7.2 <i>Población y muestra</i> .....	14
7.3 <i>Criterios de inclusión y de exclusión</i> .....	14
7.5 <i>Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos</i> .....	23
7.6 <i>Plan de procesamiento de análisis de datos (procesamiento y análisis)</i> .....	24
7.7 <i>Alcances y límites de la investigación</i> .....	25
7.8 <i>Consideraciones éticas</i> .....	25
<b>8. Administración del proyecto</b> .....	26
8.1 <i>Cronograma</i> .....	26
8.2 <i>Presupuesto</i> .....	26
<b>9. Resultados</b> .....	27
<b>10. Discusión</b> .....	30
<b>11. Conclusión</b> .....	33
<b>12. Bibliografía</b> .....	33

## **1. Titulo**

Disfunción sexual femenina 6 meses postparto y su relación con la episiotomía en dos Hospitales de IV nivel en Bogotá, 2020

## 2. Resumen

La función sexual varía considerablemente posterior al parto, resaltando la dispareunia como uno de los principales síntomas en las pacientes. Se han documentado diferentes desencadenantes de disfunción sexual femenina, entre ellos la episiotomía.

El objetivo principal es evaluar la función sexual en mujeres postparto en quienes se practicó episiotomía, comparando dichos resultados con los obtenidos en mujeres no expuestas a este procedimiento, en dos Hospitales Universitarios de Bogotá, Colombia (Hospital Universitario Mayor Méderi y Hospital Universitario Clínica San Rafael).

Estudio retrospectivo descriptivo; se recolectarán datos acerca de la función sexual de pacientes con antecedente de parto vaginal, mediante la realización de una encuesta aplicada 6 meses postparto. La recolección de información se hará en una base de datos creada por los investigadores después de la revisión de historias clínicas, basados en criterios de inclusión específicos y el análisis se realizará teniendo en cuenta otras posibles variables asociadas a este desenlace.

## 3. Planteamiento del problema

La respuesta sexual humana es el resultado de diferentes interacciones complejas entre factores psicosociales y biológicos. Estos factores pueden variar entre culturas e individuos, incluso, en el mismo individuo dependiendo del tiempo, escenario y circunstancia. Diferentes modelos han permitido establecer que la motivación y/o comportamiento sexual, necesita atravesar o cruzar diferentes límites y que, a su vez, muchas variables pueden facilitar o inhibir su expresión. (1)

La disfunción sexual hace parte de un grupo heterogéneo de desórdenes que están típicamente caracterizados por una alteración clínica en la capacidad para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. En la mujer se han descrito diversos trastornos, que engloban problemas en la percepción del deseo sexual, la excitación, el alcance del orgasmo y el dolor asociado a la penetración (2). Este grupo de alteraciones representa un impacto significativo en la vida cotidiana de la mujer con una prevalencia asociada a disfunción sexual que alcanza el 19% (3).

Actualmente los datos acerca de la incidencia y prevalencia de la disfunción sexual femenina (DSF) son limitados, y la evidencia disponible varía y difiere principalmente por las diferentes definiciones descritas, las categorías diagnósticas utilizadas, la población estudiada y los métodos de recolección de datos. Sin embargo, se estima que la incidencia de DSF es de 25.8 a 91% dependiendo de la fuente tomada. (1) Así mismo, no existe un estimado global de la prevalencia de DSF. Se calculó que en Estados Unidos la prevalencia es de 43% en un rango de edad entre 18 y 59 años (3). A nivel global, la prevalencia de dolor durante la relación sexual varía del 5% en el norte de Europa hasta el 22% en el Sureste de Asia (4). En la actualidad, no existen datos precisos sobre la incidencia y/o prevalencia en Colombia y demás países de Latinoamérica.

Si bien la episiotomía es un procedimiento conocido y enseñado en la práctica obstétrica diaria, actualmente se encuentra restringida a ciertas indicaciones, ya que estudios a nivel mundial arrojan

su asociación a mayor morbilidad, principalmente dada por el aumento del sangrado durante la atención del parto, el daño perineal con sus consecuencias a nivel de patologías de piso pélvico, incontinencia fecal y dispareunia posparto. La tasa de realización de esta técnica quirúrgica varía del 9.7% en Suecia al 100% en Taiwán (5). Como ya se mencionó, la realización de la episiotomía ha virado desde una utilización rutinaria de esta, a una realización selectiva. Como cualquier procedimiento médico, tiene sus indicaciones, que cuando se siguen correctamente puede ser factor protector para laceraciones serias que pueden dejar secuelas importantes como la incontinencia anal, como lo demostró De Leeuw (OR: 0.21 IC: 0.2-0.23). Dentro de las indicaciones para las cuales la episiotomía ha mostrado ser factor protector se encuentran, parto instrumentado, peso fetal mayor a 4 kg, prolongación del segundo periodo del trabajo de parto, sufrimiento fetal y distocia de hombros (6).

Aproximadamente 17 a 36% de mujeres en quienes se practicó la episiotomía reportan dispareunia 6 meses posterior al parto, aunque se cree que este síntoma es subdiagnosticado. Algunos autores describen que la dispareunia es dos veces más prevalente en mujeres a quienes se les realiza episiotomía durante la atención del parto. (7) Además se ha encontrado que posterior al parto con trauma a nivel perineal, las mujeres describen trastornos en la conducta sexual, que incluso varía al comparar la vía del parto y los diferentes abordajes terapéuticos e intervenciones realizadas a lo largo del mismo. (1,8) Sin embargo, estudios como los realizados por Alligood y colaboradores, además de una revisión publicada en COCHRANE, no encontraron asociación entre la aparición de dispareunia y la realización de episiotomía. (9,10). Por su parte, Shio-w-Ru Chang y colaboradores concluyeron que la episiotomía se asocia a mayor dolor perineal e incontinencia urinaria 6 y 3 meses después del parto respectivamente, sin diferencias en cuanto a su impacto en la función sexual. (11) Un estudio tailandés demostró dispareunia posterior a episiotomía en 66,7% después de 3 meses, 31,0% después de 6 meses y 14,9% después de 12 meses postparto, resaltando que las pacientes sin dispareunia 6 meses después del procedimiento, presentaban a su vez mejores resultados en cuanto al dolor, alcance del orgasmo y satisfacción sexual. (12)

Se han descrito otros factores que influyen en el aumento del riesgo de dispareunia y dolor perineal en relación con la episiotomía, como lo son la infección y/o dehiscencia de la herida quirúrgica e incluso la estrechez del introito vaginal como consecuencia de una mala técnica de episiorrafia, tal como lo describieron Solana y colaboradores en su estudio (13).

El dolor perineal es uno de los principales motivos de consulta descritos por las pacientes después del parto, principalmente en las que el parto vaginal fue asistido con o sin episiotomía o dificultoso con un segundo periodo prolongado. Además, estudios prospectivos han encontrado asociación adicional con dolor abdominal profundo, dolor pélvico y en miembros inferiores cuando se presenta dolor en la región genital. Turmo M y colaboradores estudiaron la cronificación del dolor tras la episiotomía, describiendo que 12,8% de las mujeres a las que se les realizó episiotomía presentaron dolor crónico 5 meses después del parto. (14)

En el contexto latinoamericano, Solana y colaboradores describen que no existe relación estadística entre la realización de episiotomía y la aparición de dispareunia, sin embargo, la consideran una posible complicación que debe ser tenida en cuenta en el momento de la práctica de esta técnica operatoria. (13)

En Colombia, por su parte, no se han realizado hasta el momento estudios que permitan evaluar la prevalencia de la disfunción sexual femenina posterior a la atención del parto ni su asociación con la realización de episiotomía.

#### **4. Justificación**

Resaltando el papel de la función sexual en el humano y teniendo en cuenta la importancia de ésta en la calidad de vida de la mujer, se considera importante el estudio de la prevalencia de los trastornos asociados a la función sexual posterior a uno de los múltiples factores desencadenantes descritos, como lo es el parto, además de la realización de episiotomía. A pesar de sus múltiples complicaciones, es una conducta que sigue siendo utilizada con frecuencia en la práctica clínica y, que vale la pena evaluar con el fin de describir los posibles desenlaces negativos asociados a su realización, resaltando entre ellos, el impacto en la función sexual.

Con este trabajo de investigación se busca brindar información y dar a conocer los resultados obtenidos a los profesionales de la salud, principalmente a los especialistas y residentes de Ginecología y Obstetricia, con el fin mostrar la prevalencia de la disfunción sexual, la relación que guarda con la episiotomía y su posible impacto a corto plazo en el bienestar sexual de la paciente. Además, se considera permite explorar nuevos campos de investigación relacionados con la problemática expuesta, como la posibilidad de prever la aparición de esta secuela, la cual, actualmente no se encuentran en la literatura nacional.

#### **5. Marco teórico**

##### **Disfunción Sexual Femenina (DSF)**

La sexualidad es un fenómeno complejo y multidimensional que está influenciado por tres factores principales: bienestar físico, psicológico y social (15). Existen múltiples variables que contribuyen a la función sexual femenina entre ellas condiciones culturales, biológicas, psicológicas, médicas y quirúrgicas.

Es difícil establecer la definición exacta y concreta de disfunción sexual, en la literatura se encuentra que para su diagnóstico se debe evaluar la presencia de diferentes características o criterios como lo son la manifestación de estrés asociado a los síntomas sexuales, con duración mayor a 3 meses y presentes en al menos el 75% de las experiencias sexuales (3). En contraste, el DSM-5 describe los siguientes criterios para DSF: duración de los síntomas por mínimo 6 meses, los cuales deben estar presentes en el 75 a 100% del tiempo, exceptuando la disfunción sexual secundaria a medicamentos o inducida por sustancias (1).

Deben ser tomados en cuenta múltiples factores en el momento de identificar el agente causal de la DSF. Existen condiciones médicas y quirúrgicas que van desde procedimientos anatómicos a nivel del tracto urinario inferior, enfermedades endocrinas, malignidad – incluyendo cáncer de seno y

cáncer de ovario- enfermedades inflamatorias como la fibromialgia y artritis reumatoide y condiciones neurológicas como la esclerosis múltiple, entre otras. Adicionalmente, existen problemas secundarios o adquiridos que se pueden asociar a DSF como lo son el parto, los cambios hormonales, la lactancia, el periodo de perimenopausia y menopausia, antecedente de trauma perineal – incluyendo la episiotomía – etc. Factores psicológicos como la depresión y ansiedad, son posibles causas, así como tratamientos y medicamentos asociados, como los antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos y métodos hormonales anticonceptivos. Factores del estilo de vida como una dieta no balanceada, la obesidad, falta de ejercicio, el tabaquismo, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (SPA), pueden también contribuir al desarrollo de esta entidad. Otros factores relacionados son la edad, la educación, el desarrollo de la población y la etnia. Existen factores misceláneos que incluyen el antecedente de abuso sexual, actitudes negativas con relación a la actividad sexual y una imagen corporal negativa (1).

Recientemente se publicó la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en el que se establecieron diferentes categorías para el diagnóstico de disfunción sexual femenina. Esta actualización tiene diversas limitaciones, entre ellas que existe un alto nivel de falsos negativos, falla en la identificación de personas que reportan dificultades sexuales y reduce la precisión y especificidad en la realización del diagnóstico (1). Posterior a su análisis, se ha considerado que el profesional de la salud debe estar capacitado para diferenciar entre trastornos sexuales y estados transitorios secundarios a factores situacionales. Los cambios con respecto al DSM-IV incluyeron la eliminación del diagnóstico de trastorno de aversión sexual e introdujeron los términos de FSIAD (por sus siglas en inglés, que significa Trastorno del deseo y excitación sexual en la mujer) a cambio del trastorno del deseo sexual hipoactivo y GPPD (por sus siglas en inglés, que significa Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración en la mujer) a cambio de dispareunia/vaginismo (1,10).

De esta forma, la disfunción sexual femenina engloba las siguientes condiciones:

#### A. Trastorno del deseo y la excitación sexual

La neurobiología del deseo está mediada por la activación del hipotálamo, el cuerpo estriado ventral, la amígdala, ínsula y la corteza orbitofrontal, involucrando sistemas motivacionales. La fase de excitación, por su parte, se correlaciona con una disminución en la activación a nivel de la amígdala y de la corteza prefrontal ventromedial. La estimulación del sistema simpático conlleva a un aumento en el flujo sanguíneo dirigido hacia los genitales, resultando en congestión física a nivel de la vulva, el clítoris y la vagina, además de aumento en la temperatura y en las secreciones y relajación del piso pélvico, asociándose a un aumento en la conducción a nivel de los nervios pudendo y genitofemoral (1).

La disminución o caída del deseo sexual puede atribuirse, como se mencionó con anterioridad, a factores psicosociales específicos, como el abuso sexual o emocional, estresores agudos en la vida u otras dinámicas psicológicas que afecten el deseo.

El tratamiento de los trastornos asociados al deseo y excitación sexual se divide en 2 categorías: manejo hormonal y no hormonal. El tratamiento hormonal incluye: terapia de reemplazo hormonal sistémica o estrógenos vaginales, suplementos de andrógenos y moduladores selectivos de receptores de estrógenos. Por otro lado, el tratamiento no hormonal se basa en la administración

de agonistas de serotonina, sildenafil, terapia herbal como el Ginkgo Biloba, psicoterapia y bupropion (1). La elección del tratamiento debe individualizarse.

#### B. Trastorno del orgasmo femenino

Se define como la dificultad, el retraso o la incapacidad de alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual e incluye la frecuencia y/o intensidad baja al experimentar el orgasmo. Es el segundo trastorno sexual más prevalente en la mujer (1).

El orgasmo se define como la sensación de placer intenso como resultado de reacciones psicológicas y sentimientos de bienestar y satisfacción. Se acompaña típicamente de una alteración del estado de conciencia, contracciones rítmicas involuntarias de la musculatura estriada vaginal, contracciones uterinas y anales y reducción de la vasocongestión inducida por la actividad sexual, eventualmente llevando a la liberación de tensión y sensaciones positivas. Las mujeres son capaces de alcanzar el orgasmo a través de diversos métodos, más comúnmente por la estimulación directa del clítoris y la vagina, pero también – y no menos frecuente – a través de la estimulación de los senos y pezones, la imaginación mental, fantasías e hipnosis (1).

Los cambios cerebrales que ocurren con el orgasmo han sido documentados a través de RMN y PET, demostrando un aumento en la activación del núcleo paraventricular del hipotálamo, la región gris peri-acueductal del cerebro medio, el hipocampo y cerebelo en mujeres con injuria a nivel espinal (1).

Factores genéticos se han asociado a la habilidad de alcanzar el orgasmo durante la masturbación y el acto sexual, con una heredabilidad del 45 y 34% respectivamente. Los polimorfismos a nivel de nucleótidos de genes que codifican para receptores glutaminérgicos se han asociado a la dificultad de alcanzar orgasmos (1).

Otros factores que pueden afectar potencialmente la capacidad de alcanzar el orgasmo incluyen el antecedente de abuso sexual, el bajo índice de inteligencia emocional, la inestabilidad emocional, introversión y no estar “abierta” a nuevas experiencias (1).

Las opciones terapéuticas para este problema son limitadas, el manejo incluye la psicoterapia enfocada en reducir los pensamientos de ansiedad y aumentar la confianza, además de ejercicios de Kegel, entrenamiento en habilidades de comunicación y estimulación directa en el clítoris. (1)

#### C. Trastorno del dolor sexual en la mujer

En la tabla 1 se describen las definiciones asociadas al dolor sexual en la mujer. La prevalencia estimada de dispareunia varía del 6.5 al 45% en mujeres de edad avanzada y del 14 al 35% en mujeres jóvenes. La prevalencia estimada del vaginismo es difícil de encontrar en la literatura, los datos disponibles indican una prevalencia de 7.8% para el dolor vulvar y 1-6% para el vaginismo (1).

**Tabla 1**

CONDICIÓN	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Dispareunia	Dolor genital asociado a la relación sexual
Vaginismo	Tensión o espasmo involuntario del músculo elevador del ano y los músculos perineales haciendo la penetración difícil o imposible; miedo intenso al dolor
Vestibulodinia	Dolor severo al tocar o intentar la entrada a la vagina a través del vestíbulo
Vulvodinia	Dolor similar al dolor neuropático crónico en la región vulvar que puede persistir independientemente del contacto físico

Se han identificado diferencias significativas en la respuesta a los estímulos sexuales en mujeres con vaginismo/dispareunia y mujeres sin dolor durante el acto sexual. Las mujeres con vaginismo reportan sensaciones negativas, evitando en su mayoría, cualquier tipo de estimulación sexual, películas y materiales eróticos. Este tipo de miedo y evitación puede desencadenarse por estímulo psicológico, físico o una combinación de los dos.

No existen factores únicos asociados a esta entidad, sin embargo, es importante conocer la historia de la paciente además de una adecuada exploración física. Se debe obtener información detallada del inicio del dolor, la severidad y la percepción del síntoma, además de evaluar el nivel de ansiedad, el efecto de las posiciones sexuales, el dolor durante la inserción del falo o de un tampón, si se encuentra en menopausia, los factores que lo alivian, el inicio y la constancia de los síntomas (1).

La utilización de escalas permite a los médicos establecer la línea de base y el progreso después de iniciar el tratamiento. Las pacientes deben ser direccionadas a especialistas calificados que puedan llevar a cabo un examen ginecológico completo, con conocimiento en el área. Se deben evaluar las posibles causas del dolor, que pueden dividirse en irritativas, anatómicas e infecciosas, explicadas en la tabla 2 (1).

**Tabla 2**

Causas Irritativas	Causas Anatómicas	Causas Infecciosas
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pobre lubricación</li> <li>○ Vaginitis atrófica</li> <li>○ Dermatitis vulvar</li> <li>○ Vulvodinia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Endometriosis</li> <li>○ Miomatosis uterina</li> <li>○ Prolapso de órgano pélvico</li> <li>○ Malignidad</li> <li>○ Tejido cicatricial de procedimiento quirúrgico previo o episiotomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfermedades de transmisión sexual: Gonorrea, Chlamydia, etc.</li> <li>○ Enfermedad pélvica inflamatoria</li> <li>○ Enfermedades infecciosas no transmitidas sexualmente: Vulvovaginitis por Chlamydia</li> </ul>

#### D. Causas de disfunción sexual secundaria

Un criterio de exclusión para determinar la presencia de DSF es el diagnóstico de síntomas secundarios a condiciones médicas o sustancias (medicamentos, alcohol, SPA, etc.).

La causa más comúnmente identificada es la depresión y el manejo con antidepresivos, ya que la depresión como bien se conoce causa pérdida del interés, motivación y placer por la vida, con un efecto específico en el deseo, la actividad y satisfacción sexual. La función sexual y la depresión tienen una relación bidireccional, de tal forma que la depresión aumenta 50 a 70% más el riesgo de desarrollar DSF y, por otra parte, la DSF incrementa el riesgo de desarrollar depresión un 130 a 210%. Se debe tener en cuenta la prescripción de antidepresivos que tengan los menores efectos adversos sexuales. Aproximadamente 5-10% de los usuarios de antidepresivos van a experimentar mejoría de los síntomas sexuales después de su utilización por 4 a 6 meses, sin embargo, el 90% de este mismo grupo de personas, van a continuar con disfunción sexual a pesar de la mejoría o resolución de los síntomas depresivos. (1)

La evaluación de la disfunción sexual usualmente está limitada por la duración de la consulta médica, así como la incomodidad que genera hablar del tema tanto para las pacientes como para el profesional de la salud. El diagnóstico de DSF se puede realizar mediante instrumentos de pesquisa validados, además de una detallada historia clínica y examen físico ginecológico.

El índice de función sexual femenina (IFSF) es un cuestionario que consta de 19 preguntas que evalúa 6 dimensiones separadas: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (16). Fue desarrollado inicialmente por Rosen y colaboradores en el año 2000, con el fin de complementar las herramientas para la adecuada medición del funcionamiento sexual de las mujeres, sin dejar de lado el propósito de investigación. Vallejo y colaboradores validaron el IFSF en la población Colombiana, encontrando utilidad y sencillez en su aplicación (17).

#### Episiotomía

La episiotomía se define como la incisión quirúrgica del periné durante la última parte del segundo periodo del trabajo de parto. Se han descrito diferentes técnicas en la literatura, pero las más frecuentemente utilizadas son la episiotomía mediana y mediolateral. Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG por sus siglas en inglés) la episiotomía se debe realizar sólo si existe indicación materna o fetal, entre ellas para prevenir laceraciones maternas severas y facilitar o acelerar los partos distócicos. (5) Algunos factores de riesgo para desgarro perineal grave incluyen: primiparidad, parto instrumentado, macrosomía fetal, distocia de hombros y presentación posterior, que pueden justificar la realización de episiotomía basándose en la experiencia clínica. (18)

El periné es el área anatómica que se encuentra entre la horquilla vulvar y el ano y está constituido por tejidos blandos situados debajo del diafragma pélvico. Tiene forma de rombo, teniendo como límites óseos hacia anterior la sínfisis púbica, hacia lateral las ramas isquiopúbicas y tuberosidades isquiáticas y hacia posterior el vértice del cóccix, bajo la fosita coccígea. A nivel de las tuberosidades isquiáticas de ambos lados se divide por una línea imaginaria dando lugar al periné o triángulo urogenital a nivel anterior y al periné o triángulo anal a nivel posterior, encontrando entre ambas regiones el centro tendinoso del periné que sirve de inserción a los músculos elevadores del ano, transversos del periné y bulboesponjoso, lesionándose frecuentemente durante el parto. El primero

está atravesado en la mujer por la uretra y la vagina, encontrando el diafragma urogenital compuesto por el esfínter uretral y el músculo transverso profundo. El segundo por su parte está atravesado por el conducto anal, rodeado en su parte inferior por fibras musculares que conforman el esfínter anal externo. El esfínter anal interno constituye un engrosamiento de la capa circular de los músculos lisos de la pared rectal. En el diafragma pélvico se encuentra además la fosa isquioanal, constituida por tejido adiposo donde discurre el paquete vasculonervioso pudiendo (18).

Durante el parto, la presentación empuja el tabique rectovaginal y aplana el recto contra el cóccix provocando la distensión del periné posterior, predisponiendo a lesiones esfinterianas anales, clínicamente ocultas. Posterior a esto, por la resistencia ejercida a nivel de la sínfisis púbica, el núcleo central del periné se comprime y extiende. Al final del expulsivo el periné se ha ampliado al máximo provocando lesiones musculares y aponeuróticas de manera inevitable. (18)

La técnica de realización de episiotomía mediolateral varía dependiendo de la fuente, sin embargo, se considera que la manera correcta de realizarla es mediante la incisión desde la horquilla vulvar, direccionada en un ángulo de 45° a 60° con respecto a la línea media, de 2 a 6 cm dirigida hacia la tuberosidad isquiática. Para la episiotomía mediana la incisión de aproximadamente 4 cm se realiza desde la horquilla vulvar a través de la línea media, de manera vertical, directamente dirigida hacia el ano. (18,19) La técnica más utilizada es la incisión mediolateral, ya que la mediana se ha relacionado a un incremento de lesión obstétrica del esfínter anal (OASIS por sus siglas en inglés) (20). La anterior, considerada factor de riesgo de disfunción sexual postparto, principalmente de dispareunia. (19) Estas lesiones comprenden desgarros perineales de tercer y cuarto grado y son la única causa obstétrica demostrada de incontinencia anal prolongada. (21)

La práctica de episiotomía durante la atención del parto se ha descrito como factor protector para trauma perineal y vaginal severo (OR 0.72 IC 95% 0.52 – 0.94), sin embargo, no se encuentran aún resultados significativos que la asocien con prolapso de órgano pélvico ni incontinencia urinaria 12 meses posterior a su realización. (10) Se considera no debe ser demasiado pequeña ni realizarse con un ángulo menor a 40 grados ya que puede favorecer la ruptura esfinteriana, así como permitir la extensión hacia el recto. Si se realiza sin lograr la ampliación o abombamiento del periné, se asocia a mayor sangrado y no permite una sección completa del fascículo puborrectal y, por el contrario, si se realiza de manera tardía no protege de lesiones perineales que ya se hayan producido. (18)

Desde la década de 1980 esta práctica se ha puesto en duda, sobre todo desde el año 2005 en el que el Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) publicó las recomendaciones de práctica clínica, sugiriendo el uso no rutinario de esta técnica durante la atención del parto. (18) Klein y colaboradores realizaron un estudio que tenía como propósito comparar las consecuencias de pacientes con episiotomía mediana y sin la misma, 3 meses después de la atención del parto, incluyendo el dolor perineal, el funcionamiento urinario y del piso pélvico por electromiografía y la función sexual. Como resultado describieron mayor dolor perineal en pacientes con episiotomía comparado con las que presentaron desgarros perineales espontáneos. La función sexual fue mejor en pacientes con periné intacto y los síntomas urinarios y de piso pélvico no difirieron al compararse los diferentes grupos; se encontró que la musculatura perineal era mucho más fuerte en pacientes sin lesiones perineales. Concluyeron un aumento de la morbilidad perineal asociada a la episiotomía, sugiriendo evitar su práctica de rutina. (22)

## 6. Objetivos

### 6.1 *Objetivo general*

Describir la relación de la disfunción sexual femenina con la realización de episiotomía 6 meses posterior al parto, en el Hospital Universitario Mayor Méderi y Hospital Universitario Clínica San Rafael, durante el periodo enero y marzo de 2020.

### 6.2 *Objetivos específicos*

- Asociar las características sociodemográficas de las pacientes incluidas en el estudio
- Describir las características clínicas de las pacientes, así como las propiedades del procedimiento (episiotomía)
- Estimar la prevalencia de disfunción sexual femenina en las mujeres postparto
- Relacionar el desarrollo de disfunción sexual femenina con las características sociodemográficas, clínicas, del procedimiento (episiotomía) y complicaciones asociadas al parto

## 7. Metodología

### 7.1 *Tipo y diseño de estudio*

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional de corte transversal con componente analítico.

### 7.2 *Población y muestra*

La población que será objeto de investigación para el cumplimiento de los objetivos de este trabajo, serán pacientes que se encuentren en un periodo de 6 meses posterior al parto, atendidas tanto en el Hospital Universitario Mayor Méderi como en el Hospital Universitario Clínica San Rafael durante el periodo enero – marzo de 2020.

No se calculará un tamaño de muestra, dado que se incluirán todas las mujeres que componen la cohorte de estudio, de tal forma, se espera contar con aproximadamente 500 mujeres; la inclusión de las pacientes en el estudio se realizará de manera consecutiva sin uso de métodos de aleatorización.

### 7.3 *Criterios de inclusión y de exclusión*

Dentro de los criterios de inclusión se tendrán en cuenta:

- Pacientes mayores de 18 años
- Paciente con parto vaginal 6 meses previos a la recolección de datos en las instituciones donde se llevará a cabo el estudio

Los criterios de exclusión que serán tenidos en cuenta son:

- Instrumentación del parto.
- Peso del recién nacido mayor de 3900 gr.

- Desgarros obstétricos grado III y IV
- Enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada.
- Disfunción sexual previamente diagnosticada.
- Datos incompletos en historia clínica.

#### 7.4 Definición y operacionalización de las variables

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
Edad	Tiempo de vida de la paciente	Cuantitativa	Discreta	Años
Estado civil	Estado actual de pareja de la paciente	Cualitativa	Nominal	1: Soltera 2: Casada o unión libre
Régimen de afiliación	Tipo de afiliación a la seguridad social	Cualitativa	Nominal	1: Subsidiado 2: Contributivo
Nivel de escolaridad	Máximo grado académico alcanzado	Cualitativo	Ordinal	1: Ninguna 2: Primaria 3: Media básica 4: Bachiller 5: Técnico o tecnólogo 6: Profesional o superior
Estado laboral	Si la paciente actualmente desarrolla una actividad económica	Cualitativa	Nominal	1: No trabaja 2: Si trabaja
Número de partos	Que cantidad de partos vaginales ha tenido la paciente	Cuantitativa	Discreta	Número de partos
Peso del recién nacido	Masa en gramos del recién nacido	Cuantitativa	Continua	Gramos

Cirugía ginecológica	Práctica que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas que conforman el aparato reproductor, tracto urinario inferior y genitales, con fin diagnóstico o terapéutico.	Cuantitativa	Discreta	Número total de cirugías ginecológicas practicadas
Obesidad	Exceso de grasa en el cuerpo	Cuantitativa	Continua	IMC $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup>
Sedentarismo	Falta de actividad física	Cualitativa	Nominal	1: Sedentarismo 2: No sedentarismo
Pertenencia étnica	identificación de las personas como integrantes de uno de los grupos étnicos, legalmente reconocidos. Los criterios de identificación son: el autorreconocimiento (identidad étnica), la lengua, usos y costumbres, la territorialidad y los rasgos físicos.	Cualitativa	Ordinal	1: mestizos 2: caucásicos 3: afrocolombianos 4: indígenas 5: otros grupos (árabes, judíos, gitanos)
Lactancia materna	Forma de alimentación que inicia con el nacimiento del recién nacido	Cualitativa	Nominal	1: no lactancia 2: lactancia
Depresión	Trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de	Cualitativa	Nominal	1: Depresión 2: No depresión

	interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño, falta de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración			
Desgarro perineal	Pérdida de continuidad a nivel de tejidos genito-perineales que varía de acuerdo con su extensión	Cualitativa	Ordinal	1: Grado 2 2: Grado 1
Episiotomía	Realización de incisión quirúrgica del periné	Cualitativa	Nominal	1. No realización de episiotomía 2. Realización de episiotomía
Dehiscencia de la herida quirúrgica	Abertura espontánea de una herida quirúrgica previamente suturada	Cualitativa	Nominal	1: Dehiscencia de la herida quirúrgica 2: No dehiscencia de la herida quirúrgica
Infección de la herida quirúrgica	Enfermedad desencadenada por la invasión de microorganismos a nivel de la herida quirúrgica	Cualitativa	Nominal	1: Infección de la herida quirúrgica 2: Ausencia de infección de herida quirúrgica
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia a sentido deseo o interés sexual?	Fantasear acerca de actividades sexuales y desear tener actividad sexual	Cualitativa	Ordinal	1: casi nunca o ninguno 2: pocas veces (menos de la mitad de las veces) 3: algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) 4: la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) 5: siempre o casi siempre

Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de deseo o interés sexual?	Fantasear acerca de actividades sexuales y desear tener actividad sexual	Cualitativa	Ordinal	<p>1: muy bajo o ninguno</p> <p>2: bajo</p> <p>3: moderado</p> <p>4: alto</p> <p>5: muy alto</p>
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido excitación sexual durante la actividad o relación (sola o en pareja)?	Sensación subjetiva de placer sexual, acompañado de cambios fisiológicos (vasocongestión en la pelvis y expansión vaginal e hinchazón del área genital externa)	Cualitativa	Ordinal	<p>1: no he tenido actividad sexual</p> <p>2: casi nunca o nunca</p> <p>3: pocas veces (menos de la mitad de las veces)</p> <p>4: algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)</p> <p>5: la mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)</p> <p>6: siempre o casi siempre</p>
Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?	Sensación subjetiva de placer sexual, acompañado de cambios fisiológicos (vasocongestión en la pelvis y expansión vaginal e hinchazón del área genital externa)	Cualitativa	Ordinal	<p>1: no he tenido actividad sexual</p> <p>2: muy bajo o ninguno</p> <p>3: bajo</p> <p>4: moderado</p> <p>5: alto</p> <p>6: muy alto</p>
Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan segura estaba de que se iba a excitar sexualmente durante la actividad o	Sensación subjetiva de placer sexual, acompañado de cambios fisiológicos (vasocongestión en la pelvis y expansión vaginal e	Cualitativa	Ordinal	<p>1: No he tenido actividad sexual</p> <p>2: Casi nada o nada segura</p> <p>3: Poco segura</p> <p>4: Moderadamente segura</p> <p>5: Segura</p>

relación sexual (sola o en pareja)?	hinchazón del área genital externa)			6: Muy segura
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado a gusto con su excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?	Sensación subjetiva de placer sexual, acompañado de cambios fisiológicos (vasocongestión en la pelvis y expansión vaginal e hinchazón del área genital externa)	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido actividad sexual 2: Casi nunca o nunca 3: Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4: Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) 5: La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) 6: Siempre o casi siempre
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha conseguido estar lubricada “mojada” durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?	Generación de fluido producido en la vagina cuando la mujer se encuentra en estado de excitación sexual	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido actividad sexual 2: Casi nunca o nunca 3: Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4: Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) 5: La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) 6: Siempre o casi siempre
Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil le ha resultado lubricar (“mojarse”) durante la actividad o relación sexual	Generación de fluido producido en la vagina cuando la mujer se encuentra en estado de excitación sexual	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido actividad sexual 2: Extremadamente difícil o imposible 3: Muy difícil 4: Difícil 5: Un poco difícil

(sola o en pareja)?				7: Nada difícil
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se mantuvo usted lubricada (“mojada”) hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?	Generación de fluido producido en la vagina cuando la mujer se encuentra en estado de excitación sexual	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido actividad sexual 2: Casi nunca o nunca 3: Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4: Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) 5: La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) 6: Siempre o casi siempre
Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil fue mantenerse lubricada (“mojada”) hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?	Generación de fluido producido en la vagina cuando la mujer se encuentra en estado de excitación sexual	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido actividad sexual 2: Extremadamente difícil o imposible 3: Muy difícil 4: Difícil 5: Un poco difícil 6: Nada difícil
Durante las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿con qué frecuencia logró el	Sensación máxima de placer sexual. Se produce una relajación de la tensión sexual y una contracción rítmica de los músculos perineales y de los órganos reproductivos.	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido actividad sexual 2: Casi nunca o nunca 3: Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4: Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) 5: La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

orgasmo (“se vino”)?				6: Siempre o casi siempre
Durante las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿qué tan difícil fue lograr el orgasmo (“venirse”)?	Sensación máxima de placer sexual. Se produce una relajación de la tensión sexual y una contracción rítmica de los músculos perineales y de los órganos reproductivos.	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido actividad sexual 2: Extremadamente difícil o imposible 3: Muy difícil 4: Difícil 5: Un poco difícil 6: Nada difícil
Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan conforme ha estado con el nivel de cercanía emocional durante la actividad sexual con su pareja?	Grado de placer o disfrute que se experimenta en la actividad sexual en general	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido actividad sexual 2: Muy inconforme 3: Moderadamente inconforme 4: Ni conforme ni inconforme 5: Moderadamente conforme 6: Muy conforme
Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado en sus relaciones sexuales con su pareja?	Grado de placer o disfrute que se experimenta en la actividad sexual en general	Cualitativa	Ordinal	1: Muy insatisfecha 2: Moderadamente insatisfecha 3: Ni satisfecha ni insatisfecha 4: Moderadamente satisfecha 5: Muy satisfecha
Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha	Grado de placer o disfrute que se experimenta en la	Cualitativa	Ordinal	1: Muy insatisfecha 2: Moderadamente insatisfecha

ha estado con su vida sexual en general?	actividad sexual en general			3: Ni satisfecha ni insatisfecha 4: Moderadamente satisfecha 5: Muy satisfecha
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?	Sensación de dolor físico o incomodidad experimentada durante o después de la relación sexual. En las mujeres el dolor puede ser superficial (durante la inserción del pene) o profundo (durante el empuje del pene)	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido penetración vaginal 2: Siempre o casi siempre 3: La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) 4: Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) 5: Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 6: Casi nunca o nunca
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido incomodidad o dolor luego de la penetración vaginal?	Sensación de dolor físico o incomodidad experimentada durante o después de la relación sexual. En las mujeres el dolor puede ser superficial (durante la inserción del pene) o profundo (durante el empuje del pene)	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido penetración vaginal 2: Siempre o casi siempre 3: La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) 4: Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) 5: Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 6: Casi nunca o nunca
Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de incomodidad o	Sensación de dolor físico o incomodidad experimentada durante o después de la relación sexual. En las	Cualitativa	Ordinal	1: No he tenido penetración vaginal 2: Muy alto 3: Alto 4: Moderado

dolor durante la penetración vaginal?	mujeres el dolor puede ser superficial (durante la inserción del pene) o profundo (durante el empuje del pene)			5: Bajo 6: Muy bajo o ninguno
Disfunción sexual	Puntaje de IFSF menor o igual a 26	Cualitativa	Nominal dicotómica	1: Mayor a 26 2: Menor o igual a 26

### *7.5 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos*

La muestra poblacional será recolectada de la base de datos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Mayor Méderi y del Hospital Universitario Clínica San Rafael. A través de esta herramienta, se revisarán las historias clínicas de mujeres que hayan ingresado al servicio y a quienes se les haya atendido el parto vaginal, entre los meses de enero y marzo de 2020.

A través de la revisión exhaustiva de las historias clínicas y descripciones del evento quirúrgico, se seleccionarán las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio, anteriormente descritos.

Posterior a su elección, se diligenciará en una base de datos creada por los investigadores, en un computador personal con clave, a la cual solo tendrán acceso los investigadores principales, la información personal y factores clínicos significativos para el desarrollo del proyecto de investigación.

Seguidamente se contactará a las pacientes por vía telefónica con el fin de recolectar la información descrita en el cuadro de variables; para ello, se elaborará una hoja de Excel con las preguntas; se iniciará la conversación refiriendo lo siguiente:

“Muy buenos días, Señora (nombre). Le habla (nombre de la persona que se esté comunicando), pertenezco al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Mayor Méderi/Clínica San Rafael, y me comunico con usted ya que estamos interesados en evaluar su progreso y mejoría posterior al parto y queremos realizar un estudio en el cual valoramos la función sexual después del parto ya que es muy importante en la calidad de vida de la mujer. Este estudio es totalmente anónimo y sus datos personales de identificación no serán utilizados. La cita no tiene ningún costo, ni genera remuneración económica por su participación en el estudio. Si usted acepta participar en el estudio le leeré el consentimiento informado y procederé a realizar la encuesta”. Si la paciente solicita ampliación de la información con respecto al estudio en particular, se llevará a cabo el siguiente diálogo: “Como le decía, se trata de un estudio donde investigamos como el parto vaginal afecta la función sexual de la mujer, ya que se ha visto que esto influye en la calidad de vida de la paciente”. En caso de identificar algún problema que necesite intervención médico-quirúrgica,

se direccionará a la paciente para valoración formal por ginecología y obstetricia dependiendo de la afiliación de cada paciente a su servicio de salud.

Durante la valoración telefónica se realizará un interrogatorio breve acerca de la condición subjetiva de salud de la paciente para ese momento, la lactancia y la maternidad. Se explicará que el fin de la consulta y valoración telefónica es indagar además de lo anterior, acerca de su salud sexual, explicando la existencia del presente trabajo de investigación y sus objetivos. Si la paciente está de acuerdo en participar, se diligenciará el consentimiento informado con aceptación verbal y se aplicará la encuesta para la evaluación del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). (Documentos anexados al final del trabajo).

La interpretación de los resultados de la encuesta estará a cargo de los investigadores y se basará en el sistema de puntaje expuesto en la versión validada en Colombia del IFSF, que se enseña a continuación:

**Interpretación y dimensiones:**

Para obtener las puntuaciones por cada factor se debe sumar las puntuaciones de cada ítem (del factor correspondiente) y multiplicar dicho resultado por el dominio del factor. La puntuación total se obtiene sumando las 6 puntuaciones totales obtenidas de cada factor. Obtener 0 indica no haber tenido actividad sexual durante el último mes. Puntuaciones totales inferiores o iguales a 26 indican la presencia de una disfunción sexual.

Factor	Ítem	Rango de respuesta	Dominio del factor	Puntuación mínima	Puntuación máxima
<i>Deseo</i>	1,2	1-5	0,6	1,2	6
<i>Excitación</i>	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
<i>Lubricación</i>	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
<i>Orgasmo</i>	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
<i>Satisfacción global</i>	14, 15, 16	0 (ó 1)-5*	0,4	0	6
<i>Dolor</i>	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6
Total				2	36

\* El rango para el ítem 14 es de 0-5, para el 15 y 16 es de 1-5.

Se revisará en conjunto con los tutores (temáticos y metodológico) los resultados de la aplicación de la encuesta; se procederá a la validación de datos y realización de la discusión y conclusiones del presente trabajo de investigación. Todo lo anterior con la finalidad de lograr su publicación.

*7.6. Plan de procesamiento de análisis de datos (procesamiento y análisis)*

Descriptivo: Para las variables cualitativas se analizarán frecuencias absolutas y relativas, para las variables cuantitativas se estudiarán medidas de tendencia central y dispersión con valoración previa de la normalidad según la prueba de Kolmogorov- Smirnov (se compara con alfa de 0,05).

Se realizará comparaciones a través de pruebas de hipótesis de acuerdo con la naturaleza de la variable, para la comparación con las variables cualitativas se utilizará la prueba de  $\chi^2$  y para comparación en función de variables cuantitativas se utilizarán pruebas de hipótesis que se adapten a la distribución de la variable continua.

Finalmente, se realizará un modelo de regresión logística binomial no condicionada para explorar la relación de la episiotomía y otras variables con la presentación de disfunción, las variables

candidatas al modelo se definirán a partir del criterio de Hosmer – Lemeshow ( $p < 0,25$ ) y las relaciones ajustadas serán consideradas significativas con  $p < 0,05$

### *7.7 Alcances y límites de la investigación*

El tipo de muestra no permite hacer inferencia a otras poblaciones

### *7.8 Consideraciones éticas*

El estudio se realizó dentro de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la Declaración de Helsinki - 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013 (23)

Se tuvo en cuenta las regulaciones locales del Ministerio de Salud de Colombia Resolución 8430 de 1993 en lo concerniente al Capítulo I “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”

La presente investigación es clasificada dentro de la categoría con riesgo mínimo, ya que se trata de la aplicación de la encuesta mencionada sin realizar ninguna intervención o modificación intencionada, por tal motivo cuenta con consentimiento informado que se diligenciará en el momento de la consulta a las pacientes que acepten participar en el estudio (anexo 2).

Se limitará el acceso de los instrumentos de investigación únicamente a los investigadores según Artículo 8 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Será responsabilidad de los investigadores el guardar con absoluta reserva la información contenida en las historias clínicas y a cumplir con la normatividad vigente en cuanto al manejo de esta reglamentados en los siguientes: Ley 100 de 1993, Ley 23 de 1981, Decreto 3380 de 1981, Resolución 008430 de 1993 y Decreto 1995 de 1999.

Todos los integrantes del grupo de investigación estarán prestos a dar información sobre el estudio a entes organizados, aprobados e interesados en conocerlo siempre y cuando sean de índole académica y científica, preservando la exactitud de los resultados y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes o instituciones en particular.

Se mantendrá absoluta confidencialidad y se preservará el buen nombre institucional profesional.

El estudio se realizará con un manejo estadístico imparcial y responsable.

No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores del estudio que deba declararse.

## 8. Administración del proyecto

### 8.1 Cronograma

Actividad	Meses																
	en-20	feb-20	mar-20	abr-20	may-20	jun-20	jul-20	ago-20	sep-20	oct-20	nov-20	dic-20	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21
Preparación y aprobación del proyecto	X	X	X	X	X												
Recolección de datos						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Análisis de la información recolectada																X	
Análisis cuantitativo																	X

### 8.2 Presupuesto

Rubros	Valor unitario	Unidades	Total	Fuente de financiación
Computador	\$ 1,500,000	1	\$ 1,500,000	Investigadores principales
Horas de investigación por cada investigador	\$ 45,000	300	\$ 13,500,000	Investigadores principales
Papelería	\$ 200	500	\$ 100,000	Investigadores principales
Total			\$ 15,100,000	Investigadores principales

El total del presupuesto necesario para llevar a cabo la investigación será cubierto por los investigadores principales y no será necesario la inversión o aporte económico por parte de las instituciones prestadoras del servicio de salud donde se realizará es estudio.

## 9. Resultados

Se identificaron 500 registros de pacientes elegibles que tuvieron parto con y sin episiotomía entre diciembre de 2019 y enero de 2020, en el Hospital universitario Mayor y el Hospital Universitario Clínica San Rafael, 250 registros para cada uno de los hospitales. Debido a datos incorrectos de las historias clínicas, cambio de números telefónicos o negación de las pacientes para contestar la encuesta, se entrevistaron en total a 108 mujeres que tuvieron parto en los hospitales incluidos en el estudio, de las cuales 64 (59.2%) corresponden al Hospital Universitario Mayor Méderi y 44 (40.8%) al Hospital Universitario Clínica San Rafael. Tres de las pacientes entrevistadas (2.7%) no había tenido relaciones sexuales 4 semanas previo a la aplicación del Índice de Función Sexual Femenino (IFSF). De las pacientes entrevistadas 104 (96.2%) pertenecían al régimen contributivo y sólo 4 pacientes (3.8%) pertenecían al régimen subsidiado. Casi la mitad de las pacientes atendidas en estas instituciones (48%) continuaron con los estudios posterior a la educación secundaria; El 20.3% de las pacientes incluidas en el estudio sólo alcanzaron la primaria como nivel de educación. Otros detalles de las variables demográficas se pueden observar en la **tabla 1**.

**Tabla 1**

Variable	Total n= 108 (%)
Régimen de afiliación	
Contributivo	104 (96,3)
Subsidiado	4 (3,7)
Nivel de Escolaridad	
Primaria	22 (20,4)
Secundaria	34 (31,5)
Técnico	36 (33,3)
Profesional o superior	16 (14,8)
¿Trabaja?	
Si	36 (33,3)
no	72 (66,7)
¿Cirugía pélvica previa?	
Si	13 (12,0)
No	95 (88,0)
¿Realiza actividad física?	
Si	15 (13,9)
No	93 (86,1)
Talla (promedio)	158,1
Peso (promedio)	61,8

En cuanto a las variables con relación a las características obstétricas y con respecto a la episiotomía y los desgarros, se encontró que del total de las pacientes encuestadas el 52.7% (n= 57) eran nulíparas al momento del parto, para el 34.2% (n= 37) era el segundo parto, 7.4% (n=8) tenían tres

partos al momento de la encuesta, para el 4.6% (n=5) fue su cuarto parto, y una paciente, representando el 0.9% del total, era su quinto parto. El peso mínimo de los recién nacidos de las pacientes incluidas en el estudio fue de 1550 gr y el peso máximo 3850 gr, con un promedio de 2919.15 gr. La mayoría de las pacientes (83.3%) pudieron ofrecer a sus recién nacidos lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y solo el 6.4% tuvieron síntomas o fueron diagnosticadas con depresión posparto. Del total de las pacientes, 31 (28.7%) recibieron episiotomía durante el parto, pero de ninguna de ellas fue reportado dehiscencia o infección de la sutura. De las 77 pacientes restantes, a quienes no se les realizó episiotomía, en las descripciones de la atención de parto, se reportaron 29 pacientes (26.8%) sin episiotomía ni desgarro perineal, 31 pacientes con desgarro grado 1 y 17 con desgarro grado 2. Es importante resaltar que la frecuencia de la episiotomía aumentó en las pacientes nulíparas con un total de 42.8% y en las multíparas 13.4%. Las características obstétricas y con respecto a episiotomía y desgarro se pueden detallar en la **tabla 2**.

**Tabla 2.**

Variable	Total n= 108 (%)
Paridad	
P1	57 (52,7%)
P2	37 (34,3%)
P3	8 (7,4%)
P4	5 (4,6%)
P5	1 (0,9%)
Peso del recién nacido	
Mínimo	1550
Máximo	3850
Promedio	2919,5
Lactancia materna exclusiva	
Si	90 (83,3%)
no	18 (16,7%)
Episiotomía	
Si	31 (28,7%)
No	77 (71,3%)
Nulíparas	24 (42,8%)
Multíparas	7 (13,4%)
Desgarro perineal	
Grado 1	32 (29,6%)
Grado 2	18 (16,7%)
No tuvo desgarro	58 (53,7%)

En cuanto a el IFSF se encontró, como se mencionó anteriormente, 4 pacientes que contestaron la encuesta no tuvieron actividad sexual durante las últimas 4 semanas. 45 (41.6%) de las pacientes tuvieron alguna disfunción sexual. El promedio del puntaje total de las pacientes encuestadas fue de 25.5. Al analizar el grupo de pacientes donde se identificó disfunción sexual, no se encontró ninguna diferencia en cuanto a la prevalencia entre los distintos factores, incluyendo el factor dolor (tabla 3). Respecto a la realización de la episiotomía y el resultado del IFSF, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con una  $p= 0.99$ . Tampoco se encontró ninguna diferencia en cuanto a los factores del IFSF, así como con las características demográficas de las pacientes encuestadas, excepto por la asociación entre la realización de episiotomía y la talla de las pacientes donde se encontró una relación estadísticamente significativa. La relación entre las características de las pacientes, el promedio de los puntajes del IFSF por factores y en total y su relación con la episiotomía se pueden observar en la tabla 4.

**Tabla 3**

<b>Variables</b>	<b>Q1</b>	<b>Me</b>	<b>Q3</b>	<b>RIQ</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Sig.</b>
Deseo	3,0	3,6	4,2	1,2	3,5	1,1	1,2	5,4	0,00
Excitación	3,3	4,2	5,1	1,8	4,1	1,2	0,0	6,0	0,00
Lubricación	3,6	4,2	4,8	1,2	4,0	1,0	0,0	5,1	0,00
Orgasmo	4,0	4,8	5,6	1,6	4,5	1,3	0,0	6,0	0,00
Satisfacción global	4,8	5,2	6,0	1,2	5,0	1,1	0,8	6,0	0,00
Dolor	3,6	4,8	5,6	2,0	4,5	1,4	0,0	6,0	0,00
Total	22,7	26,3	29,7	7,0	25,5	5,8	2,0	34,2	0,00

**Tabla 4**

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Q1</b>	<b>Me</b>	<b>Q3</b>	<b>RIQ</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Sig.</b>	<b>p</b>
Peso del recién nacido	No	2720,0	2950,0	3150,0	430,0	2918,1	387,4	1550,0	3770,0	0,033	0,8438
	Si	2650,0	2950,0	3150,0	500,0	2923,1	358,0	2230,0	3850,0	0,814	
Peso	No	55,0	60,0	70,0	15,0	62,7	11,3	43,0	93,0	0,015	0,1750
	Si	50,0	60,0	68,0	18,0	59,3	11,9	40,0	88,0	0,265	
Talla	No	154,0	158,0	160,5	6,5	157,1	8,6	100,0	170,0	0,000	<b>0,0440</b>
	Si	157,0	160,0	165,0	8,0	160,5	7,0	145,0	183,0	0,074	
Deseo	No	2,4	3,6	4,2	1,8	3,4	1,2	1,2	5,4	0,003	0,4433
	Si	3,0	3,6	4,2	1,2	3,6	0,9	1,2	5,4	0,219	
Excitación	No	3,3	4,2	5,1	1,8	4,1	1,3	0,0	6,0	0,000	0,9837
	Si	3,3	4,2	5,1	1,8	4,2	0,9	2,4	5,7	0,096	
Lubricación	No	3,6	4,2	4,8	1,2	4,0	1,1	0,0	5,1	0,000	0,4444
	Si	3,3	3,9	4,8	1,5	3,9	0,8	2,1	5,1	0,068	
Orgasmo	No	4,0	4,8	5,6	1,6	4,5	1,4	0,0	6,0	0,000	0,7659

	Si	4,0	4,8	5,6	1,6	4,6	1,1	2,0	6,0	0,022	
Satisfacción global	No	4,8	5,2	6,0	1,2	5,0	1,1	0,8	6,0	0,000	0,7086
	Si	4,0	5,2	6,0	2,0	4,9	1,0	2,4	6,0	0,003	
Dolor	No	3,6	4,4	5,6	2,0	4,4	1,4	0,0	6,0	0,000	0,2343
	Si	3,6	4,8	5,6	2,0	4,7	1,1	2,0	6,0	0,005	
Total	No	22,3	26,5	29,8	7,5	25,4	6,3	2,0	34,2	0,000	0,9919
	Si	22,9	26,3	29,7	6,8	26,0	4,3	18,0	34,2	0,491	

## 10. Discusión

La respuesta sexual humana es el resultado de interacciones complejas entre factores psicosociales y biológicos. Estos factores pueden variar entre culturas e individuos, incluso, en el mismo individuo dependiendo del tiempo, escenario y circunstancia (1). La disfunción sexual hace parte de un grupo heterogéneo de desórdenes que están típicamente caracterizados por una alteración clínica en la capacidad para responder sexualmente o para experimentar placer sexual.

En nuestro estudio se utilizó el índice de función sexual femenina (IFSF) que es un cuestionario que consta de 19 preguntas y evalúa 6 dimensiones separadas: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (16). Fue desarrollado inicialmente por Rosen y colaboradores en el año 2000, con el fin de complementar las herramientas para la adecuada medición del funcionamiento sexual de la mujer, sin dejar de lado el propósito de investigación. Vallejo y colaboradores validaron el IFSF en la población Colombiana, encontrando utilidad y sencillez en su aplicación (17).

Se encontró mediante la realización del presente estudio, 41.6% de participantes con disfunción sexual femenina 6 meses posterior a la atención del parto, similar a lo reportado en otros estudios de investigación como el de Nguyen Vu Quoc Huy y colaboradores, en el que el 40.7% de las mujeres postparto reportaron síntomas de disfunción sexual, implementando también el IFSF. Mediante revisiones de la literatura se ha reportado una prevalencia que varía entre el 22 y 50%, pudiendo ser mayor sobre todo durante los primeros 3 meses postparto (24). En este mismo estudio, se notificó que los problemas más frecuentes están asociados con la alteración en el deseo, el orgasmo y el dolor durante la relación sexual, similar a lo reportado en los resultados de nuestro trabajo, obteniendo puntajes promedio más altos en lo referido a desórdenes de la excitación, el orgasmo y el dolor (Tabla 3). Como lo expone Ola Gutzeit y colaboradores (5), después de 6 meses del parto, las mujeres suelen manifestar disminución marcada en los niveles de placer sexual y satisfacción emocional. Dentro de nuestro estudio no contamos con un puntaje del IFSF previo al embarazo o durante la gestación, lo que no nos permite determinar si en algunos casos el embarazo o el parto independientemente de la episiotomía, constituyen un factor determinante para la presencia de disfunción sexual.

Partiendo de que la disfunción sexual es un trastorno multifactorial, se considera importante resaltar su relación con algunos factores sociodemográficos, estudiados de igual manera en nuestro trabajo. Del total de las participantes, el 92.6% hizo parte del régimen contributivo y el 48% completó la secundaria, sin embargo, hoy en día en la literatura los datos relacionados con el tipo de afiliación y el nivel educativo no son concluyentes ni frecuentes. Rita Novo et al. (24) evalúa en su estudio la asociación de factores de riesgo para el desarrollo de dispareunia e incontinencia urinaria de esfuerzo después del parto vaginal, listando dentro de los mismos el nivel educativo y el

estatus laboral, entre otros, sin encontrar una asociación clara y significativa; Aunque establece una relación directa de las pacientes que recibieron clases preparatorias para el parto y el desarrollo de dispareunia, considerando que cuentan con mayor conocimiento acerca de su significado y por ende, una identificación de este síntoma de una forma más precisa.

La mayor parte de pacientes incluidas en el estudio fueron primíparas (52,7%), resaltando lo establecido por autores como Rita Novo y colaboradores (24), quienes establecen que la prevalencia de dispareunia secundaria al parto es mayor en mujeres primíparas que experimentan parto vaginal, sobre todo si este fue instrumentado o si se sometieron a episiotomía, así como en pacientes que escogen lactar a sus bebés, siendo el porcentaje de mujeres que proporcionaron lactancia materna exclusiva a sus hijos, representativo en nuestro estudio (83.3%). También incluyen variables como el índice de masa corporal (IMC) y la edad materna, estableciendo que las mujeres mayores de 35 años presentan mayor prevalencia de dispareunia después del parto, obteniendo el mismo resultado en mujeres con exceso de peso. Si bien no se encontró relación directa con el IMC, la mayor proporción de pacientes incluidas en nuestro estudio son sedentarias (85.18%), considerando mayor posibilidad de presentar sobrepeso u obesidad (24).

A pesar de las múltiples variables descritas, autores como Rossen y colaboradores (25), establecen de entrada que el parto por sí solo es un factor de riesgo para desarrollar dispareunia durante el periodo postparto.

Se ha propuesto con el paso del tiempo la utilización de nuevas herramientas para evaluar la función sexual postparto, como lo plantean Carolina López y colaboradores (26), mediante la creación de la Escala Carol, utilizada en mujeres que después de un parto vaginal reinician su vida sexual, teniendo como objetivo enfocar la obtención de la información acerca de la frecuencia e intensidad del dolor e incomodidad durante las diferentes fases de la actividad sexual, permitiendo evaluar de manera más específica la dispareunia postparto.

Por otro lado, la salud mental de las mujeres se ve afectada por factores como la experiencia del parto, la fluctuación hormonal durante el embarazo, las emociones, depresión, miedos y falta de confianza. Todos estos cambios, son conocidos por el impacto negativo que generan en la función sexual femenina. En su estudio, Marjan Khajehei, evalúa algunos factores psicológicos y del entorno de la mujer, encontrando que muchos trastornos sexuales en el periodo postparto se deben a problemas emocionales de pareja, además de su relación con cambios físicos asociados que afectan directamente el orgasmo, la pérdida del deseo y la aparición de dolor durante la relación sexual. Hace énfasis también en la lactancia materna y la falta de sueño como factores negativos que afectan la función sexual (27). El porcentaje de pacientes con diagnóstico de depresión postparto en nuestro estudio fue del 6.4%, permitiendo establecer, con base en lo anterior, relación de esta patología con la aparición de disfunción sexual femenina.

La apertura quirúrgica del periné se sugirió por primera vez en el año 1714 para prevenir los desgarros perineales severos, implementando posteriormente la episiotomía, definida como el corte quirúrgico vaginal y perineal. La realización de la episiotomía ha ido incrementando a través de los años (28), sin embargo, la evidencia hasta el día de hoy no ha demostrado eficacia en cuanto a la realización de la misma, por lo que la organización mundial de la salud (OMS) sugiere evitar su realización de manera rutinaria. En caso de practicarla, se debe hacer bajo anestesia local, con el consentimiento de la mujer e implementando la técnica mediolateral, sin necesidad de antibioterapia durante su realización (29). Las indicaciones para realizar episiotomía establecidas por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG, por sus siglas en inglés) incluyen condiciones maternas y fetales, prevención de laceraciones severas o facilitar y/o acelerar

partos distócicos, sin embargo, llama la atención el resultado con significancia epidemiológica arrojado en este trabajo de investigación, asociando mayor tasa de realización de episiotomía en pacientes de mayor talla ( $p=0.044$ ).

La práctica de episiotomía durante la atención del parto varía ampliamente según el país, resaltando por ejemplo a Vietnam donde la tasa de episiotomía alcanza el 85%, siendo realizada en casi el 100% de las pacientes primíparas (24). En el estudio controlado aleatorizado EPITRIAL se encontró una tasa de realización de episiotomía del 29.6% en el grupo de casos y 19.8% en el grupo de controles, concluyendo que la disminución en la frecuencia de realización de la misma, no tiene asociación con un aumento en la tasa de desgarros perineales (30). En nuestro estudio, la tasa de realización de episiotomía fue del 28.7%, similar a lo encontrado en el estudio mencionado.

Bahtışen Kartal y colaboradores, en su estudio llevado a cabo en Turquía, encontraron que la tasa de episiotomía para mujeres primíparas es del 93.3% y del 30.2% en mujeres múltíparas (28), proporción significativamente más alta comparado con lo documentado en nuestro estudio de investigación (42.8% y 13.4% respectivamente). En contraste, Martín y colaboradores en el año 2016, publican un estudio realizado en nuestro país, reportando 30.45% de mujeres sometidas a episiotomía durante la atención del parto, siendo más frecuente en primíparas que en múltíparas (58.64% vs 6.6%), hallazgos más cercanos a lo obtenido en el presente trabajo (31).

Los músculos del piso pélvico juegan un papel activo en la función sexual de la mujer, ya que su contracción involuntaria aumenta e intensifica el deseo sexual, siendo además responsables de las contracciones rítmicas e involuntarias que se presentan durante el orgasmo. Las lesiones de estos músculos durante el parto o su reparación subsecuente pueden provocar dispareunia, así como efectos en la calidad de las relaciones sexuales y el tiempo tomado para reiniciar la actividad sexual (26). Brubaker y Leader-Cramer con sus respectivos grupos de investigación, en los años 2008 y 2016, sugieren que las lesiones en el esfínter anal pueden asociarse a dolor perineal e incontinencia anal pero también a retraso en el inicio de la actividad sexual postparto, teniendo en cuenta que en algunos casos, las lesiones del esfínter anal se deben diagnosticar por técnicas ultrasonográficas dinámicas del piso pélvico, que no se realizan de manera rutinaria, por tal razón se hace necesario una investigación específica con dichas características para determinar si existe alguna asociación entre la lesión del esfínter y la disfunción sexual (32,33).

La complicación postparto más común asociada a la actividad sexual es el dolor. En una revisión de la literatura basada en la disfunción sexual postparto, el 90% de las pacientes reiniciaron su vida sexual 3 a 4 meses después del parto, siendo las relaciones sexuales usualmente dolorosas principalmente los 2 primeros meses, mejorando con el tiempo (34). Turmo y colaboradores evaluaron la dispareunia en mujeres parturientas a las que se les realizó episiotomía 5 meses después del parto (14), teniendo en cuenta que varias publicaciones señalan una incidencia de 1 a 6% de dolor persistente después de 6 meses del parto, principalmente en madres con parto instrumentado, variable no evaluada, considerando el parto instrumentado un criterio de exclusión en el proceso de selección de las participantes de este estudio.

En cuanto a la disfunción sexual femenina y su relación con la realización de episiotomía, los resultados encontrados en la literatura aún son heterogéneos, para autores como Rita Novo y colaboradores (24), la episiotomía por sí sola (sin incluir desgarros) se considera un factor independiente relacionado principalmente con dispareunia después del parto, sin embargo, estudios como el de Bertozzi y colaboradores, concluye que las mujeres con episiotomía tienen mejor calidad de vida 6 meses después del parto (35), comparadas con aquellas a quienes no se les

realizó episiotomía, resaltando también lo descrito por Ola Gutzeit y colaboradores, quienes no encuentran un efecto significativo de la episiotomía ni la vía del parto en la función sexual postparto (5). En nuestra experiencia posterior a la realización de este estudio, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la realización de episiotomía y la disfunción sexual femenina ( $p=0.99$ ).

Dentro de las principales limitaciones del estudio actual se encuentra que no contamos con un puntaje del IFSF previo o durante la gestación que nos permita realizar una comparación con el puntaje posterior al embarazo para poder determinar otro tipo de asociaciones con variables que puedan afectar la función sexual femenina. Además, el tamaño limitado de la muestra puede influir en no haber encontrado una asociación significativa. Se recalca que el presente estudio fue realizado con fines de investigación, considerando que se requieren estudios más grandes a nivel nacional e internacional, para establecer conclusiones de mayor peso científico, sin embargo, se considera aporta al conocimiento y abre puertas para la realización de estudios ulteriores.

## 11. Conclusión

Encontramos que dentro de nuestra investigación y de la población de pacientes seleccionadas la disfunción sexual tuvo una frecuencia de 41.6% independientemente del factor afectado. La realización de la episiotomía durante el segundo periodo del trabajo de parto no tuvo una asociación estadísticamente significativa con puntajes bajos del IFSF que indiquen disfunción sexual. Encontramos que existe una tendencia significativa entre mayor talla y la realización de la episiotomía, sin tener importancia clínica. La prevalencia de la episiotomía en nuestras instituciones no es diferente a las reportadas en la literatura. Se requieren más estudios para evaluar la relación del parto en sí con la función sexual femenina.

## 12. Bibliografía

1. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Vol. 103, Medical Clinics of North America. Elsevier Inc; 2019. p. 681–98.
2. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sex Med Rev* [Internet]. 2016;4(3):197–212. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.002>
3. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas* [Internet]. 2016;94:87–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.013>
4. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004;64(5):991–7.

5. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med.* 2019;8(1):8–13.
6. Corrêa Junior M, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet.* 2016;38(06):301–7.
7. Unsal Boran S, Cengiz H, Erman O, Erkaya S. Episiotomy and the Development of Postpartum Dyspareunia and Anal Incontinence in Nulliparous Females. *Eurasian J Med.* 2013;45(3):176–80.
8. Song M, Ishii H, Toda M, Tomimatsu T, Katsuyama H, Nakamura T, et al. Association between sexual health and delivery mode. *Sex Med.* 2014;2(4):153–8.
9. Alligood-Percoco N, Kjerulff KH, Repke JT. Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. *Obstet Gynecol.* 2016;128(3):512–8.
10. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth ( Review ) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2017;(2):77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sci-hub.tw/pubmed/28176333>
11. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Chao YMY, Lai YH. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(4):409–18.
12. Chayachinda C, Titapant V, Ungkanungdecha A. Dyspareunia and Sexual Dysfunction after Vaginal Delivery in Thai Primiparous Women with Episiotomy. *J Sex Med.* 2015;12(5):1275–82.
13. Solana-Arellano E, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas-Turanzas M, De La Cruz JE, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: Estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2008;23(1):44–51.
14. Turmo M, Echevarria M, Rubio P, Almeida C. Cronificación del dolor tras episiotomía. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación [Internet].* 2015;62(8):436–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2014.10.008>
15. Fritzer N, Tammaa A, Salzer H, Hudelist G. Dyspareunia and quality of sex life after surgical excision of endometriosis: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet].* 2014;173(1):1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.10.032>
16. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril [Internet].* 2013;100(4):898–904. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.006>
17. Saavedra-roa A, Vallejo-medina P, Pe C. Translation , Adaptation , and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish ( Colombia ). 2017;
18. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes. *EMC - Cirugía Gen.* 2015;15(1):1–17.
19. Necesalova P, Karbanova J, Rusavy Z, Pastor Z, Jansova M, Kalis V. Mediolateral versus

- lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2016;8(2016):25–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.01.004>
20. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2014;25(12):1629–37.
  21. Gabriel R, Bonneau S, Raimond E. Desgarros perineales recientes, episiotomía. *EMC - Ginecol*. 2019;55(4):1–15.
  22. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;171(3):591–8.
  23. Valdespino Gómez JL, García García MDL. Declaraci??n de Helsinki. *Gac Med Mex*. 2001;137(4):391.
  24. Quoc Huy NV, Phuc An LS, Phuong LS, Tam LM. Pelvic Floor and Sexual Dysfunction After Vaginal Birth With Episiotomy in Vietnamese Women. *Sex Med* [Internet]. 2019;7(4):514–21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.09.002>
  25. Rosen NO, Pukall C. Comparing the Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia. *Sex Med Rev* [Internet]. 2016;4(2):126–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.12.003>
  26. López-Lapeyrere C, Serna-Gómez N, Hernández-López AB, Pérez-García MF, Tejeda-Esteban A, Solís-Muñoz M. The development and validation of a new postpartum sexual function and dyspareunia assessment tool: The Carol Scale. *Midwifery* [Internet]. 2018;58(March 2017):27–36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.11.008>
  27. Khajehei M, Doherty M. Women’s experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: A qualitative survey. *Br J Midwifery*. 2018;26(5):318–28.
  28. Kartal B, Kızıllırmak A, Calpbınici P, Demir G. Retrospective analysis of episiotomy prevalence. *J Turkish Ger Gynecol Assoc*. 2017;18(4):190–4.
  29. Salud OM de la. Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
  30. Sagi-Dain L, Kreinin I, Bahous R, Arye NG, Shema T, Eshel A, et al. 329: The effect of decreased episiotomy use on obstetric outcomes – a randomized controlled trial (EPITRIAL). *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;220(1):S229–30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.350>
  31. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloz LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. FRECUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA Y COMPLICACIONES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN (COLOMBIA), 2016. EXPLORACIÓN DE FACTORES MATERNO Y PERINATALES ASOCIADOS A SU REALIZACIÓN. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(2):88.

32. Dungan JS. Sexual Function 6 Months After First Delivery. *Yearb Obstet Gynecol Women's Heal.* 2008;111(5):1040–4.
33. Leader-Cramer A, Kenton K, Davé B, Gossett DR, Mueller M, Lewicky-Gaupp C. Factors Associated With Timing of Return to Intercourse After Obstetric Anal Sphincter Injuries. *J Sex Med [Internet]*. 2016;13(10):1523–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.07.010>
34. Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. *Cmaj.* 2011;183(7):815–8.
35. Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A, Driul L, Delneri C, Calcagno A, et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: A retrospective study. *BMC Womens Health.* 2011;11(12).