

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

Elvia Solana-Arellano,¹ Ascencio Villegas-Arrizón,¹ José Legorreta-Soberanis,² Marylou Cárdenas-Turanzas,³ José Enzaldo de la Cruz⁴ y Neil Andersson¹

Forma de citar Solana-Arellano E, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas-Turanzas M, Enzaldo de la Cruz J, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. Rev Panam Salud Publica. 2008;23(1):44-51.

RESUMEN

Objetivo. Identificar los factores asociados con la dispareunia entre 60 y 180 días después del parto en mujeres con antecedentes de uno o dos partos.

Métodos. Estudio de casos y controles, pareados por la edad y la paridad en 304 mujeres que acudieron al servicio de planificación familiar de un hospital de Acapulco, Guerrero, México, entre los 60 y 180 días después del parto. Se aplicó un cuestionario con preguntas sobre su situación socioeconómica (edad, escolaridad propia y de su pareja, estado civil, situación laboral, de seguridad social y de tenencia de su casa) y sus antecedentes obstétricos (características del parto, paridad, lugar de atención, desgarros, episiotomía y complicaciones) y ginecológicos (sensación de estrechez del introito, presencia de cicatriz queloide de la episiorrafia, síntomas de vaginitis, resequedad vaginal, métodos anticonceptivos empleados y tipo y duración de la lactancia). Se consideraron como casos a las mujeres que refirieron dolor, ardor o sangrado al tener relaciones sexuales con penetración vaginal después del parto. Se aplicó un modelo de regresión logística no condicionada y se calcularon las razones de posibilidades (odds ratios, OR) y los intervalos de confianza de 95% (IC95%).

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

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

Palabras clave

Dispareunia, episiotomía, vaginitis, lactancia materna, disfunción sexual fisiológica, México.

¹ Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero, Acapulco, Guerrero, México. La correspondencia se debe dirigir a Ascencio Villegas a Av. Pino s/n, Colonia El Roble, Acapulco C.P. 39640, Guerrero, México. Correo electrónico: villegasarrizon@prodigy.net.mx

² Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Hospital General Regional Vicente Guerrero, Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco, Guerrero, México.

³ Section of Health Services Research Department of Biostatistics and Applied Mathematics, University

of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas, Estados Unidos de América.

⁴ Servicio de Ginecoobstetricia, Hospital General Regional Vicente Guerrero, Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco, Guerrero, México.

La dispareunia después del parto es un padecimiento frecuente, ocasionado principalmente por problemas obstétricos y ginecológicos, que influye negativamente en la calidad de vida de las mujeres (1). El parto instrumentado y la extensión del desgarramiento son factores predictivos del dolor perineal después del parto y por lo general afecta a la vida sexual de la mujer (2). En varios estudios no se han encontrado mayores ventajas del uso rutinario de la episiotomía, en comparación con la episiotomía restringida para prevenir el trauma perineal y evitar la dispareunia (3), por el contrario, algunos investigadores han documentado la asociación entre la episiotomía y la dispareunia, incluso seis meses después del parto (4–6).

La dehiscencia y la infección de la episiorrafia pueden provocar un mayor riesgo de dispareunia (7), al igual que la estrechez del introito vaginal como consecuencia de una mala reparación de la episiorrafia (8). Las complicaciones de la episiotomía son problemas frecuentes después del parto (9), especialmente la infección de la episiorrafia, que es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en estos casos (10), ya sea por la contaminación fecal de la herida, la infección de los loquios o la mala higiene del periné (11).

Algunos problemas ginecológicos, como la vaginitis infecciosa, también pueden causar dispareunia debido a la inflamación, el eritema, la irritación y el prurito en el tejido vaginal, principalmente ocasionados por la infección por el hongo *Candida albicans*, el parásito *Trichomonas vaginalis* y, en menor medida, por bacterias (12, 13). También se ha asociado el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) con la dispareunia y con la vaginitis (14).

Otro elemento asociado con la dispareunia es la disminución de los niveles de estrógeno ocasionada por la lactancia materna. Se han observado niveles hormonales bajos hasta seis meses después del parto (2), lo que puede producir resequedad en la vagina, adelgazamiento de la pared vaginal, irritación de la mucosa durante la relación sexual y pérdida de la libido (15).

Todo lo anterior reafirma el carácter multicausal de la dispareunia y la incidencia en ella de múltiples factores. El objetivo del presente estudio fue identificar los factores asociados con la dispareunia entre 60 y 180 días después del parto en mujeres con antecedentes de uno o dos partos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles en una muestra de 304 mujeres, seleccionadas de entre 368 que acudieron al servicio de planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Acapulco, estado de Guerrero, México, entre dos y seis meses después de su primer o segundo parto por vía vaginal y que habían reiniciado sus relaciones sexuales. El estudio se llevó a cabo entre octubre de 2005 y enero de 2006.

La Unidad de Medicina Familiar No. 26 se encuentra ubicada en una zona suburbana de la ciudad de Acapulco. En el servicio de planificación familiar de esa institución se atiende a mujeres derechohabientes del IMSS o del Programa Oportunidades (un programa del Gobierno Federal destinado a la población pobre que no cuenta con protección de la seguridad social) y a los residentes de esa zona.

Pasantes de psicología previamente capacitadas aplicaron a las participantes un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Las preguntas estaban relacionadas con su situación socioeconómica (edad, escolaridad propia y de su pareja, estado civil, situación laboral, de seguridad social y de tenencia de su casa) y sus antecedentes obstétricos (características del parto, paridad, lugar de atención, desgarros, episiotomía y complicaciones) y ginecológicos (sensación de estrechez del introito, presencia de cicatriz queloide de la episiorrafia, síntomas de vaginitis, resequedad vaginal, métodos anticonceptivos empleados y tipo y duración de la lactancia).

Se definieron como casos a las mujeres que cumplían con los requisitos de selección que refirieron sufrir dolor,

ardor o sangrado al tener relaciones sexuales con penetración vaginal después del parto y no padecían diabetes. El diagnóstico se realizó en el servicio de planificación familiar mediante las siguientes preguntas: 1) ¿cuántos partos por vía vaginal ha tenido?; 2) ¿a los cuántos días después del parto inició sus relaciones sexuales?; 3) ¿presentó dolor durante la penetración vaginal?; 4) ¿a la fecha le resultan dolorosas las relaciones sexuales?; 5) ¿ese dolor lo presentaba desde antes del parto o empezó después del parto?; y 6) ¿padece usted de diabetes? Para cada caso se seleccionó un control —pareado por edad y número de partos— entre las mujeres que cumplían los requisitos de selección y no refirieron síntomas de dispareunia actual o pasada.

Se consideró que una participante tenía infección y dehiscencia cuando refería una o las dos complicaciones de la episiorrafia, sin importar el grado de infección y la extensión de la dehiscencia. Las mujeres que manifestaron sentir durante la relación sexual el canal vaginal más estrecho que antes de su último parto se clasificaron con estrechez del introito vaginal. Se consideraron con vaginitis a las mujeres que manifestaron tener leucorrea y la infección se clasificó como bacteriana, tricomoniasis o candidiasis a partir de la información que proporcionaron sobre las características de las secreciones (color, olor, cantidad y consistencia) y la presencia de síntomas (ardor, prurito y disuria).

Se excluyeron del estudio las mujeres que antes de su último parto presentaron dispareunia o que la presentaron después del parto, pero que había desaparecido antes de la aplicación de la encuesta; se excluyeron también las mujeres atendidas con fórceps durante el parto o que padecían diabetes.

Se comparó la frecuencia de dispareunia en los casos y los controles según los diferentes factores socioeconómicos, obstétricos y ginecológicos. También se analizaron como posibles factores la lactancia materna exclusiva (cuando la madre alimentó al recién nacido con su propia leche sin otros líquidos o alimentos y con un lapso no mayor de seis horas entre cada toma) y

CUADRO 1. Características socioeconómicas de la población de estudio. Unidad de Medicina Familiar No. 26 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Acapulco, Guerrero, México, 2005–2006

Variable	Casos (n = 152)			Controles (n = 152)			P ^b
	No.	%	IC95% ^a	No.	%	IC95%	
Grupo de edad, años							
16–20	50	32,9	25,6–41,0	50	32,9	25,6–41,0	1,00
21–25	55	36,2	28,7–44,4	53	34,9	27,4–43,1	0,84
26–30	41	27,0	20,3–34,9	43	28,3	21,4–36,3	0,91
31–35	6	3,9	1,6–8,8	6	3,9	1,6–8,8	1
Estado civil							
Soltera	1	0,7	0,03–4,2	1	0,7	0,03–4,2	1,00
Casada	120	78,9	71,4–84,9	125	82,2	75,0–87,8	0,47
Unión libre	31	20,4	14,5–27,9	26	17,1	11,7–24,2	0,27
Tenencia de casa							
Propia	48	31,6	24,4–39,7	54	35,5	28,1–43,7	0,69
Rentada	25	16,4	11,1–23,5	18	11,9	7,4–18,3	0,32
Prestada	19	12,5	7,9–19,1	16	10,5	6,3–16,8	0,60
Vive con familiares	60	39,5	31,7–47,7	64	42,1	34,2–50,4	0,73
Escolaridad, años de estudio							
0–6	28	18,4	12,8–25,7	20	13,2	8,4–19,8	0,27
7–12	97	63,8	55,6–71,3	112	73,7	65,8–80,3	0,06
≥ 13	27	17,8	12,2–25,0	20	13,2	8,4–19,8	0,27
Escolaridad de su pareja, años de estudio							
0–6	30	19,8	13,9–27,1	22	14,5	9,5–21,3	0,29
7–12	99	65,1	56,9–72,6	108	71,1	63,1–78,0	0,27
≥ 13	23	15,1	10,0–22,1	22	14,4	9,9–21,3	1,00
Derecho al IMSS							
Sí	102	67,1	58,9–74,4	96	63,2	54,9–70,7	0,47
No	50	32,9	25,6–41,0	56	36,8	29,3–45,1	0,47
Trabaja							
Sí	21	13,8	8,9–20,6	14	9,2	5,3–15,3	0,21
No	131	86,2	79,4–91,1	138	90,8	84,7–94,7	0,21

^a Intervalo de confianza de 95%.

^b Prueba de Mantel-Haenszel; nivel de significación $P < 0,05$.

el reinicio de las relaciones sexuales en los 40 días posteriores al parto.

Además de la frecuencia simple de exposición de los casos y los controles se analizó el posible sesgo de pareamiento (pares discordantes) mediante la prueba de McNemar y el procedimiento de Mantel-Haenszel. Una vez comprobado que no había diferencias significativas entre los riesgos calculados con ambas pruebas, se aplicó el modelo de regresión logística no condicionada, mediante el paquete estadístico CIETmap (16). Se calcularon las razones de posibilidades (*odds ratios*, OR) y los intervalos de confianza de 95% (IC95%) según Miettinen (17). Se evaluó la heterogeneidad entre los estratos mediante la prueba de la χ^2 al cuadrado de Woolf (χ^2 het) (18).

El protocolo de estudio recibió la aprobación del Comité de Ética del

Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET) y del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102 del IMSS, Acapulco, México. Se obtuvo el consentimiento por escrito de cada participante después de explicarles los objetivos del estudio, el carácter confidencial del mismo y que la información proporcionada no sería incluida en su expediente clínico. Las mujeres que refirieron presentar dispareunia o vaginitis se remitieron al servicio correspondiente para recibir tratamiento médico.

RESULTADOS

Se entrevistó a 438 mujeres con antecedentes de uno o dos partos por vía vaginal, de las cuales 70 no habían reiniciado las relaciones sexuales. De las

368 mujeres que habían reiniciado las relaciones sexuales, 152 (41,3%) tenían síntomas de dispareunia y se las clasificó como casos; mientras otras 152 se incorporaron al grupo de control, pareadas según la edad y el número de partos.

La edad de las participantes varió entre 16 y 35 años, con un promedio de 23 años para los casos y de 24 años para los controles (desviación estándar = 0,78); 68,4% del total de participantes (208/304) era menores de 26 años. En ambos grupos predominaron las mujeres con escolaridad de 7 a 12 grados. No se encontraron diferencias significativas entre las características socioeconómicas de los dos grupos (cuadro 1).

Con relación a los antecedentes obstétricos, únicamente se encontró evidencia de asociación de la dispareunia

CUADRO 2. Análisis bifactorial de las variables obstétricas asociadas con la dispareunia. Unidad de Medicina Familiar No. 26 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco, Guerrero, México, 2005–2006

Variable ^a	Casos (n = 152)		Controles (n = 152)		OR ^b	IC95% ^c
	No.	%	No.	%		
Partos						
Uno	64	42,1	62	40,8	1,06	0,65–1,71
Dos	88	57,9	90	59,2	1,00	—
Sitio de atención del parto						
IMSS	90	59,2	89	58,6	1,00	
Hospitales de la SSA	27	17,8	35	23,0	0,76	0,41–1,42
Clínica privada	27	17,8	21	13,8	1,27	0,64–2,54
Casa	6	3,9	6	3,9	0,99	0,27–3,63
ISSSTE	2	1,3	1	0,7	1,98	0,14–56,13
Episiotomía ^d	133	87,5	122	80,3	1,72	0,88–3,37
Media	48/67	71,6	53/83	63,9	1,43	0,67–3,06
Media lateral	85/104	81,7	69/99	69,7	1,95	0,95–3,98
Complicaciones ^e						
Infección de la episiorrafia	58/133	43,6	1/122	0,8	93,57 ^f	13,37–1 887
Dehiscencia de la episiorrafia	38/133	28,6	2/122	1,6	24,00 ^f	5,39–149,7
Infección con o sin dehiscencia	62/133	46,6	2/122	1,6	52,39 ^f	11,92–323,8
Desgarro vaginal	27/152	17,8	23/152	15,1	1,21	0,63–2,34
Sutura de desgarro vaginal	19/26	73,1	18/23	78,3	0,75	0,17–3,35
Infección del desgarro	2/26	7,7	1/23	4,3	1,83	0,12–55,2

^a IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SSA: Secretaría de Salud; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

^b Razón de posibilidades (*odds ratio*).

^c Intervalo de confianza de 95%.

^d En comparación con los casos sin episiotomía (n = 29) y sin ese tipo de episiotomía.

^e En comparación con los casos sin complicaciones de la episiorrafia.

^f Estadísticamente significativo, P < 0,05.

con la infección de la episiorrafia, la dehiscencia de la episiorrafia y la infección con o sin dehiscencia (P < 0,05) (cuadro 2).

Con respecto a los factores ginecológicos, se observó una mayor asociación de la dispareunia con la sensación de estrechez vaginal, presencia de cicatriz queloide, síntomas de vaginitis, uso de DIU y lactancia exclusiva (cuadro 3).

Para evaluar el impacto relativo de cada variable mediante el análisis multifactorial se emplearon las variables que resultaron asociadas significativamente con la dispareunia en el análisis bifactorial (cuadro 4). Se construyó un primer modelo con todas las mujeres de la muestra y otro solamente con las variables infección y dehiscencia de la episiorrafia correspondientes a las participantes sometidas a episiotomía. En este último caso, dada la asociación existente entre las variables infección y dehiscencia de la episiorrafia, se comparó a las mujeres que sufrieron las dos o solo una de las complicaciones,

con las que no tuvieron ninguna de ellas. Las variables que determinaron significativamente la presencia de dispareunia en el primer modelo fueron: presentar síntomas de vaginitis (OR = 11,30; IC95%: 6,36 a 20,68), tener sensación de estrechez del introito vaginal (OR = 6,10; IC95%: 3,16 a 11,76), practicar la lactancia exclusiva (OR = 6,03; IC95%: 3,31 a 10,98) y estar utilizando un DIU (OR = 2,10; IC95%: 1,10 a 4,04) (cuadro 5). En el segundo modelo, las variables asociadas significativamente con la dispareunia fueron haber tenido infección con o sin dehiscencia de la episiorrafia (OR = 34,09; IC95%: 10,59 a 109,78), presentar síntomas de vaginitis (OR = 7,43; IC95%: 3,68 a 14,99), tener sensación de estrechez del introito vaginal (OR = 6,38; IC95%: 2,92 a 13,94) y practicar la lactancia exclusiva (OR = 4,86; IC95%: 2,44 a 9,69). En este modelo no se encontró una asociación significativa entre la dispareunia y portar un DIU (OR = 2,09; IC95%: 0,99 a 4,42).

De las 152 mujeres con dispareunia, 82,9% (126) manifestó que tenían una idea acerca de la causa de su padecimiento: 53,9% lo atribuyó a la episiotomía que le realizaron durante el parto, 20,6% al DIU, 8,7% al trabajo de parto, 8,7% a la resequeza vaginal y 6,3% al flujo vaginal abundante.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se encontraron tasas de infección y dehiscencia de la episiorrafia más altas que las informadas por otros investigadores en Argentina (19) y México (9). El factor de predicción más importante de la dispareunia fueron las complicaciones de la episiotomía.

Se han informado tasas mayores de dispareunia en mujeres con episiotomía que en las que no se realizó esa intervención (6, 20, 21). Sin embargo, en el presente estudio no se encontraron diferencias en este sentido, ya que casi

CUADRO 3. Análisis bifactorial de las variables ginecológicas asociadas con la dispareunia. Unidad de Medicina Familiar No. 26 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco, Guerrero, México, 2005–2006

Variable	Casos (n = 152)		Controles (n = 152)		OR ^a	IC95% ^b
	No.	%	No.	%		
Sensación de estrechez del introito	77	50,7	25	16,4	5,22 ^c	2,95–9,28
Cicatriz queloide de la episiorrafia	71	46,7	33	21,7	3,16 ^c	1,85–5,41
Síntomas de vaginitis	110	72,4	39	25,7	7,59 ^c	4,40–13,13
Ninguno	40	26,3	113	74,3	1	
Tricomoniasis	48	31,6	13	8,5	10,43 ^c	4,87–22,7
Candidiasis	41	27,0	15	9,9	7,72 ^c	3,67–16,43
Vaginosis bacteriana	21	13,8	11	7,2	5,39 ^c	2,24–13,21
Método anticonceptivo empleado						
Ninguno	43	28,3	56	36,8	1	
Dispositivo intrauterino	68	44,7	48	31,6	1,84 ^c	1,03–3,30
Condón	26	17,1	29	19,1	1,17	0,57–2,39
Hormonales	3	2,0	7	4,6	0,56	0,11–2,60
Coito interruptus	2	1,3	1	0,7	2,60	0,18–75,2
Salpingoclasia	9	5,9	12	7,9	0,98	0,34–2,78
Lactancia exclusiva	96	63,2	42	27,6	4,49 ^c	2,68–7,56
Reinicio de relaciones sexuales en los 40 días posteriores al parto	72	47,4	57	37,5	1,50	0,92–2,44

^a OR: razón de posibilidades (*odds ratio*).

^b IC95%: intervalo de confianza de 95%.

^c Estadísticamente significativo, $P < 0,05$.

CUADRO 4. Análisis pareado y bifactorial de las variables asociadas con la dispareunia. Unidad de Medicina Familiar No. 26 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco, Guerrero, México, 2005–2006

Variable	Análisis pareado (prueba de McNemar)		Análisis bifactorial (prueba de Mantel-Haenszel)	
	OR ^a	IC95% ^b	OR	IC95%
Síntomas de vaginitis	5,7	3,3–10,7	7,6	4,4–13,3
Sensación de estrechez del introito	5,3	2,8–10,8	5,2	2,9–9,3
Lactancia exclusiva	5,5	2,9–11,0	4,5	2,7–7,6
Dispositivo intrauterino	1,8	1,1–3,1	1,8	0,9–3,6
Infección de la episiorrafia	NA ^c	NA	93,6	13,4–1 887,0
Dehiscencia de la episiorrafia	NA	NA	24,0	5,4–149,7
Infección (con o sin dehiscencia de la episiorrafia)	NA	NA	52,4	11,9–323,8

^a OR: razón de posibilidades (*odds ratio*).

^b IC95%: intervalo de confianza de 95%.

^c NA: no se calculó por haber celdillas con valor 0.

CUADRO 5. Análisis multifactorial de las variables asociadas con la dispareunia. Unidad de Medicina Familiar No. 26 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco, Guerrero, México, 2005–2006

Variable	Población total		Mujeres con antecedente de episiotomía	
	OR ^a	IC95% ^b	OR ajustado ^c	IC95%
Síntomas de vaginitis	11,30	6,36–20,68	7,43	3,68–14,99
Sensación de estrechez del introito	6,10	3,16–11,76	6,38	2,92–13,94
Lactancia exclusiva	6,03	3,31–10,98	4,86	2,44–9,69
Dispositivo intrauterino	2,10	1,10–4,04		
Infección y dehiscencia de la episiorrafia	NA ^d	NA	34,09	10,59–109,78

^a OR: razón de posibilidades (*odds ratio*).

^b IC95%: intervalo de confianza de 95%.

^c OR ajustado por las demás variables.

^d NA: no se aplica.

todas las mujeres, tanto del grupo de casos como del grupo de control se sometieron a episiotomía.

Cuando la infección de la episiorrafia no se trata apropiadamente puede llegar a producir dehiscencia, una complicación que requiere cuidados específicos con antibióticos y de evolución clínica lenta y dolorosa. Debido a la frecuencia de las complicaciones de la episiotomía, las mujeres deben recibir instrucciones sobre los cuidados de la herida y sobre el reconocimiento de las señales de alarma de infección y dehiscencia, como parte de la educación que reciben durante el control prenatal. En este estudio no se hicieron preguntas relacionadas con las medidas higiénicas utilizadas por las pacientes y acerca de si recibieron orientaciones específicas al respecto, por lo que no se pudo analizar si estas medidas podrían haber influido en la tasa de infección.

Desde el punto de vista clínico, solamente el personal médico calificado debe encargarse de las episiotomías y de su reparación (22). En un estudio realizado en los Estados Unidos de América con médicos residentes, pocos manifestaron haber recibido un adiestramiento adecuado en la reparación de la episiotomía (23). Se deben dar instrucciones especiales sobre cómo realizar correctamente una episiotomía, como parte de la capacitación de todo el personal clínico que interviene en la atención del parto.

Aunque según la Organización Mundial de la Salud (24) no se justifica el uso sistemático de la episiotomía, en la práctica esta intervención se realiza en forma rutinaria, aun sin la indicación requerida. En el presente estudio, la tasa de episiotomía de 83,9% fue similar a la informada en la mayoría de los países de América Latina (25, 26), mientras que en algunos países desarrollados el uso de este procedimiento se ha reducido hasta 30% (27, 28).

La estrechez del introito vaginal resultó un factor determinante de la dispareunia en los dos modelos elaborados, sin embargo, la mayoría de las mujeres que manifestaron tener esa sensación presentaban el antecedente de una episiotomía y solamente tres

refirieron haber sufrido desgarramiento. De 90 mujeres con episiotomía y estrechez vaginal, 55 (61,1%) no mencionaron complicaciones derivadas de la episiorrafia, lo que hace suponer que el síntoma pudiera estar asociado con la calidad de la técnica empleada para reparar la episiotomía o que pudiera haber una interacción con algunas de las otras variables incluidas en el modelo. El riesgo de presentar dispareunia después de ajustar por las variables ya mencionadas se incrementó significativamente en los casos que refirieron tener la sensación de estrechez vaginal y presentaron vaginitis, en comparación con las mujeres que solo presentaron uno o ninguno de estos antecedentes.

En este estudio, la vaginitis infecciosa, medida por los datos clínicos referidos por las participantes, se asoció independientemente con la dispareunia. La vaginitis infecciosa por *Candida albicans* es la que más frecuentemente se ha asociado con la dispareunia (12, 29). Sin embargo, en el presente estudio se encontró una mayor asociación con la tricomoniasis que con la candidiasis o las infecciones bacterianas. Por el diseño del estudio, no fue posible complementar la información con un examen clínico para corroborar los resultados con el diagnóstico de laboratorio o descartar las infecciones combinadas.

Varios autores han relacionado el empleo de DIU con la dispareunia y la vaginitis. Agarwal y colaboradores (14) atribuyen al hilo del DIU la erosión que se puede producir en el cuello uterino y que puede facilitar las infecciones vaginales ascendentes. El presente estudio parece corroborar esa relación, ya que el uso de DIU resultó un factor determinante de la presencia de dispareunia.

Con relación a la lactancia materna, se pudo confirmar la asociación ya documentada en la literatura (2, 15, 30, 31). En nuestro estudio, 91,4% (139/152) de las mujeres de cada grupo amamantaba a sus hijos, pero se pudo comprobar la asociación entre la lactancia y la dispareunia al comparar a las que lo hacían en forma exclusiva con las que no lactaban o lo ha-

cían en forma más esporádica, alternada con fórmula. A pesar de que en la literatura se documenta ampliamente la asociación existente entre la lactancia materna y la dispareunia, llama la atención que las mujeres no imputaran la dispareunia a la lactancia, como sí lo hicieron con la episiotomía, la vaginitis y el uso de DIU. Esto podría indicar que las pacientes no recibieron suficiente información durante sus visitas prenatales. El personal sanitario que participa en la educación prenatal de las mujeres embarazadas debe brindarles la orientación necesaria sobre el efecto de la lactancia en su vida sexual y la forma de contrarrestarlo.

Una de las limitaciones de esta investigación es que la información se obtuvo mediante entrevistas y no se corroboraron los datos proporcionados con la información contenida en sus historias clínicas o con exámenes de laboratorio. Sin embargo, este estudio representa un punto de partida para suplir la falta de información que sobre este tema existe en México.

La dispareunia es un problema frecuente que debe buscarse activamente durante las consultas posteriores al parto. Los factores asociados significativamente con la dispareunia estaban relacionados con las complicaciones de la episiotomía y sus posibles secuelas, como la infección, la dehiscencia de la episiorrafia y la estrechez del introito vaginal. Entre las medidas que se pueden tomar para evitar la dispareunia se encuentran realizar una mejor vigilancia de la episiorrafia durante el puerperio y seleccionar más apropiadamente las mujeres a quienes se les realiza la episiotomía.

Dada la fuerte asociación de la dispareunia con las complicaciones de la episiotomía, antes de su egreso de la institución hospitalaria las mujeres deben recibir instrucciones precisas sobre los cuidados que deben tener con la herida de la episiorrafia y el reconocimiento de las señales de infección y dehiscencia de la misma.

Agradecimientos. Los autores agradecen la colaboración de Araceli

Rosas Bello, del Servicio de Planificación Familiar, y de Laura Sierra López, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Acapulco, Guerrero,

por su participación en el procesamiento de las muestras. Asimismo, reconocen la colaboración de Garilú Nava López y las pasantes de psicología de la Universidad Autónoma de Guerrero, Celina Villanueva Fuentes y Adriana Suástegui Romero, responsables de las entrevistas.

REFERENCIAS

- Pauls RN, Kleeman SD, Karram MM. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Sur.* 2005; 60(3):196-205.
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(5):881-90.
- Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.* Oxford: Update Software; 1999.
- Santos K, Goicochea E. Complicaciones post-episiotomía. *Rev Obstet Valleziana.* 2002;2: 82-95.
- Mejía ME, Quintero VH, Tovar MC. ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? *Colomb Médica.* 2004;35:75-81.
- Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2004; 103(4):669-73.
- Wences-Calleja N, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Enzaldo de la Cruz JI. Percepción de las mujeres sobre las implicaciones de la cesárea y el parto sobre su salud. En: *Estudios regionales de la Cuenca del Pacífico.* México, D.F.: Universidad Autónoma de Guerrero; 2004.
- Beischer NA, Mackay EV, Colditz P. *Obstetricia y neonatología.* 3.ª ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Publica Mex.* 2002;44(2):129-36.
- Figueroa-Damián R, Ortiz FJ, Arredondo-García JL. Infecciones nosocomiales de origen gineco-obstétrico en un hospital de atención perinatal. *Salud Publica Mex.* 1994;36:10-6.
- Homs R, Daikoku NH, Littlejohn J, Wheeler CR Jr. Episiotomy; risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstet Gynecol Surv.* 1994;49:803-8.
- Rylender E, Berglund AL, Krassny C, Patrini B. Vulvovaginal candida in a young sexually active population: prevalence and association with oro-genital sex and frequent pain intercourse. *Sex Transm Infect.* 2004;80:54-7.
- Edgardh K, Abdelnoor M. Longstanding vulval problems and entry dyspareunia among STD-clinic visitors in Oslo: results from a cross-sectional study. *Int J STD AIDS.* 2003;14: 796-9.
- Agarwal K, Sharma U, Acharvya V. Microbial and cytopathological study of intrauterine contraceptive device users. *Indian J Med Sci.* 2004;58(9):394-9.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000;107(2):186-95.
- Andersson N, Mitchell S. Epidemiological geomatics in evaluation of mine risk education in Afghanistan: introducing population weighted raster maps. *Int J Health Geogr.* 2006;5:1.
- Miettinen OS. Simple interval estimation of the risk ratio. *Am J Epidemiol.* 1974;100:515-6.
- Woolf B. On estimating the relation between blood group and disease. *Ann Hum Genet.* 1955;25:1-3.
- Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomized controlled trial. *Lancet.* 1993;342: 1517-8.
- Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;124(1):42-6.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *J Am Med Assoc.* 2005;293(17):2141-8.
- Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. *Diario Oficial de la Federación,* 1995 enero 6.
- McLennan MT, Melick CF, Clancy SL, Artal R. Episiotomy and perineal repair. An evaluation of resident education and experience. *J Reprod Med.* 2002;47(12):1025-30.
- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth.* 2001;28:202-7.
- Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in Latin American primiparous women. Hospital-based descriptive study. *Br Med J.* 2002;324(7343):945-6.
- Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2005;56 (2):116-26.
- Klein MCD. Use of episiotomy in the United States. *Birth.* 2002;29(1):74-6.
- Goldberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa J. Has the use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983-2000. *Obstet Gynecol.* 2002;99:395-400.
- Heredia B, Velasco A, Cutié E, Álvarez AB. Enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1998;24(1):28-33.
- Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1989;3(4): 805-21.
- Heim LJ. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physicians.* 2001; 63(8):1551-2.

Manuscrito recibido el 23 de noviembre de 2006. Aceptado para publicación, tras revisión, el 6 de agosto de 2007.

Women's dyspareunia after childbirth: a case study in a hospital in Acapulco, Mexico**ABSTRACT**

Objective. To identify the factors associated with dyspareunia, during the 60–180 days following childbirth, in women with a history of one or two childbirths.

Methods. A case study of 304 women, matched by age and parity who visited family planning services in a hospital in Acapulco, State of Guerrero, Mexico, 60–180 days after giving birth. A questionnaire was administered to assess socioeconomic status (age, level of education, partner's level of education, marital status, employment, social security, and homeownership), obstetric history (type of birth, parity, location of the birth, tearing, episiotomy, and complications), and gynecological status (constricted introitus, scar tissue at the episiotomy site, symptoms of vaginitis, vaginal dryness, contraceptive use, and breast feeding duration). Cases were defined as those women who related pain, burning, or bleeding following vaginal intercourse after childbirth. An unconditional logistic regression model was applied and odd ratios (OR) and 95% confidence interval were calculated.

Results. Of the 368 women who had reinitiated sexual relations, 152 (41.3%) mentioned dyspareunia. The factors associated with dyspareunia were: an infection with or without episiorrhaphy dehiscence (OR = 34.09; CI95%: 10.59–109.78); symptoms of vaginitis (OR = 7.43; CI95%: 3.68–14.99); tightness in the introitus of the vagina (OR = 6.38; CI95%: 2.92–13.94), and breast feeding exclusively (OR = 4.86; CI95%: 2.44–9.69).

Conclusions. Dyspareunia was related to complications with episiotomy and its possible sequelae, such as infection, episiorrhaphy dehiscence, and constricted introitus. More attention should be given to the episiotomy site during the postpartum period and greater selectivity is needed when deciding which women require an episiotomy.

Key words

Dyspareunia; episiotomy; vaginitis; breast feeding; sexual dysfunction, physiological; Mexico.
