



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PARTERAS

**Impacto del trauma perineal obstétrico sobre la sexualidad de las
puérperas**

Trabajo Final de Grado presentado como requisito para la obtención del título
Obstetra Partera/o

Autoras: Br. Luciana Narela Díaz Reyes.

Br.: Joselin Aida García Torrico.

Tutora: Ex.Prof.Adj. Dra Isabel Posada

Co-tutora: Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues

Montevideo, Agosto 2022

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a nuestras familias, amigas y amigos, que nos acompañaron durante todo este proceso, quienes fueron incondicionales y estuvieron siempre conteniendo, acompañando y aconsejando en todo momento. Gracias a ellos por confiar en nosotras.

Nuestro agradecimiento especial a nuestra tutora Dra. Isabel Posada y a nuestra co-tutora Obstetra Partera Fernanda Rodrigues por su compromiso, dedicación y tiempo durante la elaboración de este protocolo de investigación.

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Resumen	5
Abstract	7
Introducción	9
Capítulo I	11
Antecedentes	12
Estudios internacionales	12
Estudios nacionales	14
Capítulo II	16
Marco teórico	17
Sexualidad	17
Anatomía femenina	26
Trabajo de parto.....	28
Periné y trauma perineal	30
Prevención de desgarros	34
Puerperio	36
Capítulo III	42
Objetivos	43
Capítulo IV	44
Metodología	45
Diseño metodológico	45
Tipo de estudio	45
Población objetivo	45
Caracterización de la zona	45
Técnica de recolección de datos.....	46
Análisis y discusión de datos	47
Capítulo V	48
Cronograma de ejecución	49
Capítulo VI	50
Consideraciones éticas	51
Referencias bibliográficas	52
Apéndice I	56
Consentimiento informado.....	56
Apéndice II	58
Primer encuesta.....	58
Apéndice III	61
Segunda encuesta.....	61
Apéndice IV	66
Tercera encuesta.....	66
Apéndice V	71

Cuarta encuesta.....	71
----------------------	----

RESUMEN

El tema a tratar será el impacto del trauma perineal obstétrico sobre la sexualidad de las puérperas. A lo largo de nuestra formación académica nos ha ido surgiendo curiosidad sobre el periné y su relevancia en la salud de las personas, pero durante este período no fue tratado en profundidad, es por esto que surge el interés de realizar este protocolo de investigación, el cual tiene como objetivo principal investigar el impacto del trauma perineal obstétrico causado por una episiotomía o desgarro perineal durante el parto sobre la sexualidad de las usuarias del Hospital Pereira Rossell en los primeros seis meses post-parto.

Para el presente estudio nos surge la inquietud de investigar qué pasa en las mujeres luego de un parto con episiotomía o desgarro y cómo afecta la sutura de ese trauma y/o parto instrumental en su sexualidad, con especial énfasis en la repercusión de las relaciones sexuales y su respuesta sexual. Para lograr analizar estas variables es que nos planteamos otros objetivos específicos como: relacionar la repercusión del desgarro perineal o episiotomía como causalidad de la aparición de alteraciones sexuales: deseo, confort, lubricación, excitación y orgasmos; conocer si el modo de parto (instrumental o no), influyó en la decisión del reinicio de las relaciones sexuales en las mujeres; enumerar qué otros factores más frecuentes repercuten en la decisión del reinicio de las relaciones sexuales en las mujeres.

Con el fin de cumplir con nuestros objetivos, llevaremos a cabo un estudio observacional del tipo cohorte de carácter mixto, el cual será realizado mediante encuestas con preguntas cerradas y semiabiertas a mujeres durante un período de seis meses postparto, lo que nos permitirá un seguimiento continuo de las participantes. Como único requisito se solicitará a las usuarias firmar un consentimiento informado que será previamente entregado, invitando a las usuarias y explicando objetivos y requisitos destacando que será una participación voluntaria y anónima.

En definitiva es por esto que queremos contribuir a las herramientas ya existentes ante el manejo de estas situaciones intentando abarcar de manera más integral la

relación entre ambos parámetros a investigar, apostando al crecimiento personal, académico y profesional del equipo de salud a través de nuevas miradas de temas ya existentes y poder visibilizar más de dicha temática.

Palabras claves

Trauma perineal - desgarro perineal - episiotomía - Sexualidad - Puerperio - relaciones sexuales postparto.

ABSTRACT

The topic to be discussed will be the impact of obstetric perineal trauma on the sexuality of postpartum women. Throughout our academic training, we have been curious about the perineum and the relevance on people's health, but during this period it was not treated in depth, which is why the interest in carrying out this research protocol arises, whose main objective is to investigate the impact of obstetric perineal trauma caused by an episiotomy or perineal tear during childbirth on the sexuality of users of the Pereira Rossell Hospital in the first six months postpartum.

For this study, we are concerned to investigate what happens to women after childbirth with an episiotomy or tear and how the suture of this trauma and/or Instrumental vaginal birth affects their sexuality, with special emphasis on the impact of sexual intercourse and sexual response. In order to analyze these variables, we set ourselves other specific objectives such as: To relate the repercussion of the perineal tear or episiotomy as a cause of the appearance of sexual alterations: desire, pleasure, lubrication, excitation and orgasms; to know if the mode of labour and childbirth (instrumental or not) influenced the decision to restart sexual relations in women; List what other more frequent factors affect the decision to restart sexual activities in women.

In order to meet our objectives, we will carry out an observational study of the mixed cohort type, which will be carried out through surveys with closed and semi-open questions to women during a period of six months postpartum, which will allow us a continuous follow-up of the participants. As the only requirement, the users will be asked to sign an informed consent that will be previously delivered, inviting the users and explaining the objectives and requirements, highlighting that it will be a voluntary and anonymous participation.

To conclude, for these reasons we want to contribute to the existing tools for managing these situations, trying to cover in a more comprehensive way the relationship between both parameters to be investigated, betting on the personal,

academic and professional growth of the health team through new perspectives. of already existing topics and to be able to make more visible of said topic.

Key words

Perineal trauma - perineal tear - episiotomy - sexuality - Puerperium - sexual relations postpartum.

INTRODUCCIÓN

A partir de nuestra experiencia en la práctica clínica, vimos que la información brindada acerca del fortalecimiento del periné, su importancia durante la vida y sobretodo durante el momento del parto donde la exigencia de la musculatura es llevada casi a sus límites, es escasa.

Es por esto que creemos pertinente hacer énfasis en que la sexualidad de todas las personas es atravesada en todos los aspectos de su vida y durante toda la vida. La sexualidad durante la etapa post-parto a menudo es tratada de forma deficiente o nula por el equipo de salud. Además es importante comprender que durante la etapa prenatal y el puerperio la mujer se enfrenta a grandes cambios y requerimientos, en su integralidad bio-psico-sociocultural.

Es conocido que durante esta nueva etapa existen numerosos cambios determinados por factores físicos, psicológicos y socioculturales, acarreando posibles dificultades para su bienestar vinculado a los diversos factores, no obstante aún en pleno siglo XXI tratar y/o hablar sobre la maternidad y sexualidad es nulo o casi nulo en nuestra sociedad.

En nuestra profesión como Obstetras Parteras, es crucial el rol educativo de manera integral para con las mujeres y sus familias, ya que somos la primera puerta de acercamiento en la atención, estando presentes a lo largo de toda la vida de la mujer, aunque el mayor acercamiento ocurre desde una consulta preconcepcional hasta el puerperio.

Es por esto que somos una parte clave en la atención y acompañamiento de las mujeres y sus familias. Sería rico poder hacer mayor énfasis en la educación sexual integral y brindar estrategias para fortalecer el periné. Creemos que es necesario que haya un mayor acompañamiento durante el puerperio, ya que varias mujeres en esta etapa se ven alejadas del sistema de salud, ya sea por el equipo de salud como por la vivencia de su rol maternando.

A raíz de todo lo anteriormente mencionado fue que nos surgió cuestionarnos cuán importante es el impacto del trauma perineal con respecto a la sexualidad de las puérperas. ¿Qué relación existe entre el trauma perineal obstétrico a causa de una episiotomía, desgarro o parto instrumental con el reinicio de las relaciones sexuales? ¿Luego de este impacto perineal qué otras repercusiones pueden aparecer? ¿Se ve afectado el deseo, lubricación, excitación u orgasmo a causa del trauma perineal obstétrico?

Para poder responder nuestras incógnitas llevaremos a cabo la ejecución de este protocolo de investigación, con un enfoque de tipo mixto cuantitativo y cualitativo, a través de encuestas con preguntas semiabiertas y cerradas.

El presente protocolo se organiza en 6 capítulos, el capítulo 1 comprende una revisión de antecedentes, tanto internacionales como nacionales; en el capítulo 2 describimos el marco teórico, el cual tiene información con relevancia pertinente para la comprensión de la investigación (sexualidad, anatomía femenina, trabajo de parto, parto instrumental, episiotomía y desgarros, y acerca del puerperio).

El fin de realizar este trabajo se exhibe en el capítulo 3, en el cual se encuentra el objetivo general y los objetivos específicos.

La metodología de la investigación se encuentra en el capítulo 4, donde se enseña el tipo de estudio, la población objetivo, la caracterización de la zona y la técnica de recolección de datos. El cronograma de trabajo se muestra en el capítulo 5 y en el capítulo 6 se expresan las consideraciones éticas.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

Internacionales:

Con respecto a la búsqueda bibliográfica internacional, se han encontrado varios artículos sobre revisiones y estudios acerca del tema que nos parecieron interesantes, pero destacamos algunos los cuales describiremos a continuación.

El siguiente trabajo, realizado por Chiclana Actis, C; Serrano Drozdowskyj, E; Trigo López, E; Gimeno Catro, E; Bárcenas Taland, I, en el año 2020, se llama: *Factors influencing couples sexuality in the puerperium: a systematic review*. Este artículo lo creemos relevante en nuestra investigación, ya que nos permite ver los aspectos bio-psico-sociales que vivencian las mujeres y no sesgar nuestra visión de otros posibles factores que repercuten en su sexualidad.

Este estudio se basó en una revisión bibliográfica de varios artículos relevantes en PubMed sobre el funcionamiento sexual postparto y la satisfacción en las parejas, con el objetivo de explorar qué factores influyen en la sexualidad tanto en mujeres como en hombres durante el posparto.

Como resultado se muestra que la sexualidad durante el postparto está influenciada por factores: físicos tales como parto con fórceps, episiotomía o desgarro perineal, por otro lado como psicológicos están la lactancia, la experiencia del nacimiento y los cambios en la imagen corporal de la mujer, y por último como socioculturales aparecen los mitos acerca del reinicio de la actividad sexual, las expectativas y creencias de la crianza, que influyen en la relación física y emocional de las parejas. Como conclusión se propone que las parejas durante el preparto y el postparto puedan realizar capacitaciones conductuales en acompañamiento del equipo de salud para aprender a crear espacios que aumenten la intimidad más allá del coito.

A su vez, en otro estudio, realizado por Qualls, C; Teaf, D; Leeman, L; Borders, N; Rogers, R en el año 2016 llamado *The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at 6 months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women*. Este estudio se realizó prospectivamente en el tiempo y tuvo como objetivo determinar el efecto de las laceraciones perineales sobre los resultados del suelo

pélvico, incluida la incontinencia urinaria y anal, la función sexual y el dolor perineal en una cohorte de nulíparas con baja incidencia de episiotomía. Se llevó a cabo a través de la evaluación y seguimiento de los síntomas del suelo pélvico mediante cuestionarios, examen físico, medidas objetivas en el embarazo y a los 6 meses postparto, donde se compararon dos grupos de trauma perineal: uno incluía periné íntegro o con laceraciones de primer grado y otro que incluía laceraciones de segundo, tercer y cuarto grado.

De las conclusiones de dicho estudio resultó que las mujeres con traumatismo perineal no presentaron relación con incontinencia urinaria o fecal, disminución de la actividad sexual, dolor perineal o prolapso de órganos pélvicos. Aunque sí presentaron en traumatismos perineales de segundo grado una función sexual ligeramente más baja y en laceraciones mayores a dos centímetros una mayor probabilidad de dolor perineal y una fuerza muscular pélvica más débil a los seis meses postparto. Dicho estudio nos pareció relevante ya que aporta una visión más específica acerca de las complicaciones del periné asociadas al grado de desgarro.

Y por último queremos destacar el estudio descriptivo realizado por Maamri, A; Badri, T; Boujemla, H; El Kissi, Y, realizado en el año 2019 y titulado como *Sexuality during the postpartum period: study of a population of Tunisian women*, fue un estudio descriptivo transversal de mujeres que tuvieron un parto en los seis meses anteriores al estudio a través de un cuestionario de un servicio de redes sociales. Donde se evaluó la función sexual de esta población y la identificación de posibles particularidades y factores asociados en la misma.

Este trabajo nos aportó información sobre la reanudación de las relaciones sexuales comparando periné sin laceraciones y periné con laceraciones permitiendonos una visión más amplia y crítica de cómo lo vivencian en los dos grupos. Llegando a la conclusión de que las mujeres que tuvieron un traumatismo perineal intraparto presentaron mayor alteración en su sexualidad (calidad y tiempo de reanudación de las relaciones sexuales) en comparación con las mujeres con un perine sin laceraciones y las que tuvieron parto con cesárea. Así como también se demostró una mayor alteración en la sexualidad de la puérpera que afectaba la frecuencia de las relaciones sexuales y su satisfacción en aquellas que tuvieron un parto vaginal

instrumental en comparación con las que tuvieron un parto por cesárea. Además presentaban información insatisfactoria y/o deficiente sobre sexualidad postparto.

Nacionales:

En cuanto a la revisión bibliográfica nacional, nos ha alegrado encontrar trabajos finales de grado realizados por estudiantes de la Escuela de Parteras, destacando los siguientes.

En el año 2017, Rodríguez, C; Rosa, M, realizaron una investigación acerca del *Reinicio de las relaciones sexuales en el postparto en usuarias de la RAP*. Este trabajo tuvo como objetivo contribuir al conocimiento acerca del reinicio de las relaciones sexuales en el postparto, en mujeres que realicen el control pediátrico en las Red de Atención de Primer Nivel (RAP). El mismo fue llevado a cabo a través de un estudio descriptivo cuantitativo para poder describir cómo, cuándo y por qué reinician las relaciones sexuales durante el puerperio en mujeres que cursaban el puerperio tardío o alejado que tuvieron su parto en Montevideo, realizado mediante encuestas.

Dentro de las escasas investigaciones acerca del tema que encontramos a nivel nacional, destacamos este TFG ya que, aporta una visión más real de las mujeres uruguayas con un seguimiento en policlínica durante el postparto tardío y alejado.

Una de las conclusiones de este TFG que nos interesa destacar es que la mayoría de las encuestadas reiniciaron las relaciones sexuales del tipo coito vaginal a los treinta días postparto y las mujeres que requirieron sutura consideran que la misma les afecta poco en el momento de reiniciar las relaciones sexuales. El 74% de ellas reinició las relaciones sexuales por decisión de ambas partes en la pareja, mientras que el 36% restante se centró en su rol de materno y el cuidado del recién nacido.

Otro trabajo a destacar fue realizado por Mortalena, M; Muriega, S. en 2009, titulado *cómo Sexualidad en el año posterior al parto*, en el cual se buscó conocer cómo se manifiesta y se vivencia la sexualidad durante el primer año después del nacimiento de un hijo. El mismo fue llevado a cabo a través de una metodología cualitativa mediante entrevistas en profundidad, no directiva, no estructurada, no estandarizada

y abiertas. Participaron 20 mujeres que se conocían previo al parto de entre 21 y 38 años con un nivel económico medio, con educación secundaria y terciaria, y con asistencia médica mutual, por otro lado 11 mujeres entre 16 y 42 años con un nivel educativo primario y con asistencia médica en salud pública. Se consideraron tanto los partos vaginales fisiológicos e instrumentales como cesáreas, mujeres multíparas y nulíparas.

También se realizaron entrevistas a parteras, psicólogos, ginecólogos y sexólogos. Dicho estudio nos da una visión del sistema mutual y del sistema de público de salud en cuanto a el conocimiento que existe en la sociedad en cuanto al retorno de las relaciones sexuales y como la sexualidad se deja a un lado causa de la maternidad.

Algunas de las conclusiones a destacar fueron que el ejercicio de la maternidad influye sobre la sexualidad junto a sentimientos de miedo y/o dolor en la zona pélvica, cambios en la relación con la pareja como por ejemplo el reinicio de las relaciones sexuales, cuando se da por exigencia de la pareja la mujer no disfruta del acto. También la idea de la cuarentena está presente pero no se tiene un concepto del todo claro o correcto por parte de las mujeres, provocando que ante el deseo de reiniciar las relaciones sexuales antes de los cuarenta días postparto, mayormente se abstengan de hacerlo o no tomen los recaudos necesarios (por ejemplo el uso del preservativo) para vivir una sexualidad satisfactoria y sin dificultades, limitando las prácticas sexuales en este periodo a los besos, las caricias y los abrazos.

Respecto a la lactancia, consciente o inconscientemente, la mujer deserotiza los pechos negando relacionar cualquier tipo de placer erótico al dar de mamar, así como también excluyendolos de las relaciones sexuales evitando el contacto de los mismos por considerar que son solo para sus hijos. Por último durante las entrevistas con los profesionales se comprobó que la sexualidad en el periodo grávido-puerperal es un tema que no se le da la relevancia que merece y por tanto se ignora generando en la población cierta incertidumbre al ser un tema tabú.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. SEXUALIDAD

La sexualidad es algo que afecta a las personas en todos los aspectos de la vida, y es en el embarazo y en el postparto donde cobra gran significado debido a cambios bio-psico-sociales.

Para comenzar el análisis de estos cambios consideramos pertinente definir los términos de sexualidad y sexo, entre otros, a lo largo de este trabajo, con el fin de comprender a qué aludimos cuando nombramos estas palabras.

Según la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad se define como "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales." (OMS, 2018, p.3)

La organización mundial de la salud define al sexo como "características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos." (OMS, 2018, p.3)

Para estudiar cómo es la sexualidad durante el embarazo, los cambios que suceden en este período y en el postparto, y los posibles factores que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales, primero es importante entender cómo funciona la

respuesta sexual humana femenina.

La respuesta sexual femenina fue estudiada a lo largo del tiempo por varios autores que fueron planteando distintas teorías, algunas de las cuales detallaremos a continuación ya que parecen oportunas.

RESPUESTA SEXUAL HUMANA FEMENINA

En 1966 Masters y Johnson describen la respuesta sexual humana, dividiendo a la misma en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

- Fase de excitación: Se corresponde con el inicio del ciclo sexual. Esta fase se activa mediante estímulos eróticos, produciendo cambios anatómo-fisiológicos como la tumefacción genital, engrosamiento de los labios vulvares, cambios en la tonalidad y lubricación vaginal, en el varón esto equivale a la erección.
- Fase de meseta: En esta hay un grado de excitación sexual y se incrementan los cambios de la fase anterior. Es aquí que se alcanza el umbral mínimo para llegar al orgasmo.
- Fase de orgasmo: Surge un reflejo que se desencadena luego de haber superado el umbral de excitación. El orgasmo libera la tensión provocada por la vasoconstricción y la miotonía producida en las fases anteriores.
- Fase de resolución: Durante esta fase todos los cambios producidos en las fases anteriores desaparecen.



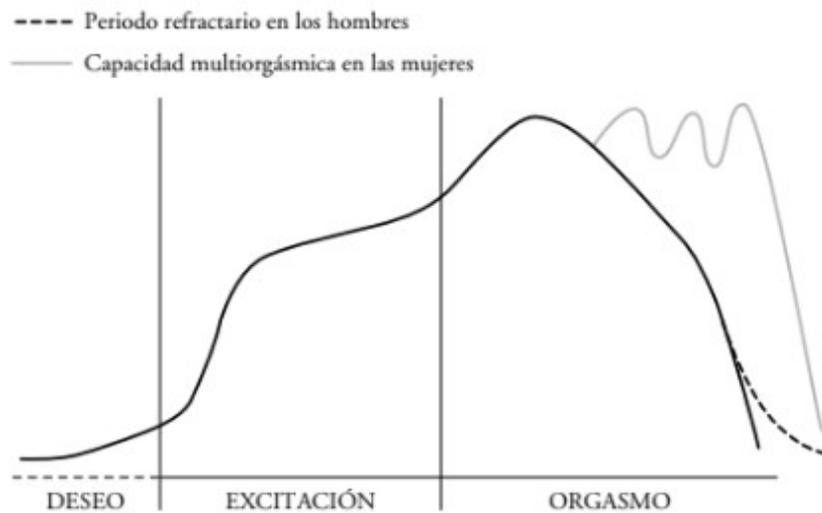
Ciclo de respuesta sexual masculina y femenina según Masters y Johnson.

Nota. Adaptado de Psicología de la sexualidad (p. 237), por J. Gómez Zapiain, 2014, Alianza Editorial. Obtenida el 15/03/2022.

Estos autores describen las diferencias entre el ciclo sexual masculino y el ciclo sexual femenino. En el varón, después de la fase de resolución, entra en un período refractario durante el cual no es posible la excitación. El inicio de un nuevo ciclo sexual se dará pasado un cierto tiempo, que dependerá de la edad, estado de salud, etc. Sin embargo, la mujer tiene capacidad multiorgásmica, es decir en estas no necesariamente hay período refractario. (Masters y Johnson, 1966)

Más adelante en 1979 Helen Kaplan, cuestionó el modelo anteriormente descrito. Consideraba que la distinción entre excitación y meseta no tenía suficiente base empírica, ya que se trata de dos momentos de una misma fase. Además, ese modelo no consideraba los aspectos psicológicos y motivacionales.

Kaplan plantea un modelo trifásico el cual comprende: deseo, excitación y orgasmo, cada una de ellas responde a entidades neurofisiológicas diferentes, pudiendo ser alteradas independientemente. Según esta autora el deseo se trata de un estado de disponibilidad hacia una actividad sexual, ya sea para iniciar o responder, reconociendo estímulos que pueden venir desde el medio interno, es decir de fantasías y sueños, como del medio externo pudiendo ser el contacto físico, las palabras y los sentidos. Es algo personal que se construye a partir de factores biológicos, afectivos, psicológicos y culturales. (Kaplan, 1979)



Modelo trifásico de la respuesta sexual según H.S. Kaplan

Nota. Adaptado de Psicología de la sexualidad (p. 239), por J. Gómez Zapiain, 2014, Alianza Editorial. Obtenida el 15/03/2022.

Posteriormente, en 1991, Schnarch cuestiona el modelo de Kaplan, ya que considera que estas fases no ocurren en un solo plano sino que ocurren tridimensionalmente retroalimentándose en tres ejes: la intensidad del deseo, el nivel de excitación y el tiempo transcurrido.

Este modelo coincide con el anterior modelo en cuanto a que se puede alterar una de las fases independientemente de las demás, siendo así que el deseo puede inhibirse haciendo posible la excitación o el orgasmo. Afirma que el deseo acompaña en mayor o menor intensidad a lo largo de la respuesta sexual.

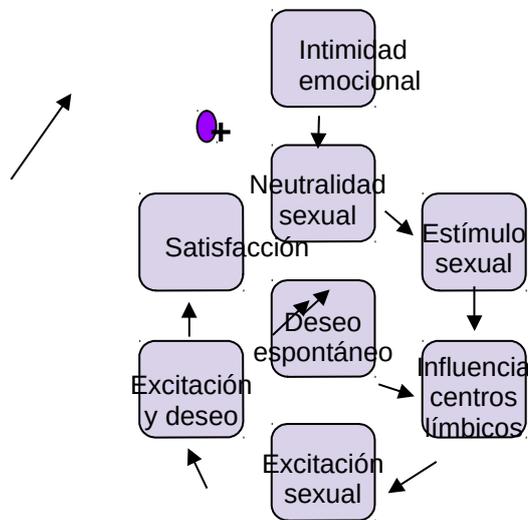
Las personas con el deseo sexual disminuido pueden alcanzar la excitación y el orgasmo llegando a los umbrales mínimos, aunque es una experiencia subjetiva que puede llegar a generar dificultades a la hora de desarrollarse sexualmente. (Schnarch, 1991)

En el 2005, Basson plantea que la persona si se encuentra en un estado de neutralidad sexual y es estimulada por otra persona, de forma adecuada en calidad y en contexto, la persona va a excitarse y responder con deseo y receptividad a la

actividad sexual.

Si el encuentro sexual fue satisfactorio se producirá un reforzamiento positivo asociado a la actividad sexual, dejando a la persona más receptiva a próximas situaciones que surjan. (Basson, 2005)

A modo de resumen de lo que plantea Basson, realizamos el siguiente esquema:



Schnarch incorpora una nueva variable en su modelo, ya que la respuesta sexual humana implica algo más que estímulo físico, la manera en que es estimulado y la recepción al mismo, entrando en juego la experiencia psicológica, desencadenando esencialmente así una experiencia personal y profunda.

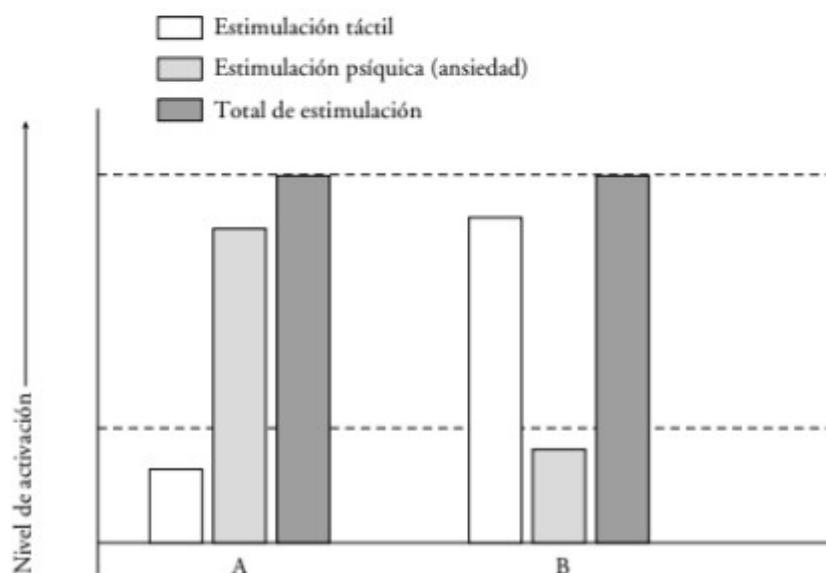
Sin embargo, la capacidad de esta estimulación está atravesada por las emociones. Tanto el deseo como la excitación sexual pueden generar emociones positivas (amor, atracción, deseo, cariño, confianza, ternura, etc) y/o negativas (culpa, miedo, ansiedad, desconfianza, etc). Las primeras ayudan a la estimulación, mientras que las segundas las restringen pudiendo llegar a inhibirlas.

Estudios realizados en 2009 por Marrone, Gómez y Zapiain, desde la perspectiva de la teoría del apego en donde relacionan el deseo sexual y el vínculo afectivo, concluyen que el deseo sexual puede responder a otras necesidades como: la necesidad de seguridad emocional a través de la intimidad (tanto física como psicológica) y la necesidad de afirmación y empoderamiento del propio yo.

El grado de satisfacción se asocia a la experiencia física pero fundamentalmente a los procesos psicológicos, entendiéndose como un proceso emocional y cognitivo del receptor, incluyendo la capacidad de focalizar sensaciones, la atribución de significado a experiencias sensoriales y al impacto de la ansiedad.

Estos procesos son experimentados por la ansiedad, pudiendo ser tanto buena como mala, la buena se relaciona con emociones positivas mientras que la mala se relaciona con emociones negativas. Las experiencias atravesadas por el enamoramiento (ansiedad “buena”) potencian la experiencia sexual dándole un significado especial.

El umbral en la respuesta sexual, necesita la presencia de la excitación y el orgasmo para desencadenarse, pero estas dos variables funcionan de forma complementaria e interactiva, por ejemplo ante una estimulación física deficiente (para el receptor) puede ser compensado por una estimulación psicológica que tenga buena percepción y receptividad, produciendo un nivel de estímulo equivalente para llegar al umbral. (Marrone, Gómez y Zapiain, 2009)



Modelo del quantum de Schnarch.

Nota. Adaptado de Psicología de la sexualidad (p. 245), por J. Gómez Zapiain, 2014, Alianza Editorial. Obtenida el 15/03/2022.

Es por esto que es crucial comprender el funcionamiento de la respuesta sexual femenina, ya que durante la gestación puede cambiar su forma de querer relacionarse sexualmente, sus pensamientos quizás estén más enfocados en el cuidado de ella y el bebé que está en su vientre, pudiendo afectar en cierto grado a alguna de las fases o incluso a todas si decide no relacionarse durante el embarazo. Mientras que en el puerperio puede suceder algo parecido, aún más enfocado en el cuidado del recién nacido y la nueva experiencia que es la maternidad. Más adelante haremos hincapié en estos cambios.

TIPOS DE RELACIONES SEXUALES

Es pertinente aclarar, cuando hablamos de relaciones sexuales no solo nos referimos al coito vaginal, sino que, a las diversas formas de relacionarse sexualmente y por ende producir una respuesta sexual.

En primer término definimos a la relación sexual como el encuentro físico y emocional entre dos personas con el objetivo de proporcionar y/o recibir placer sexual. Esta relación forma parte de nuestra salud sexual, la cual partiendo de la definición realizada por la organización mundial de la Salud , se entiende como: un estado en el cual hay bienestar físico, emocional, mental y social que se relaciona con la sexualidad y no es solamente la ausencia de una enfermedad, disfunción o incapacidad. Además forma parte de la salud sexual poder tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia, debiendo ser protegida, tratada con respeto y asegurar su cumplimiento. (OMS, 2018)

Por otro lado, creemos pertinente nombrar y definir algunas prácticas sexuales y no solo centrarnos en la “normativa” como es la penetración vaginal, ya que en los vínculos sexo-afectivos hay diversas formas y maneras de relacionarse sexualmente. Dentro de las diferentes prácticas que pueden existir, los dividimos en sexo con penetración, sexo oral y sexo sin penetración:

Sexo con penetración:

- *Sexo coito anal*, el cual consiste en la penetración del pene en el ano de otra persona.
- *Sexo coito vaginal*, el mismo se basa en la penetración del pene en la vagina de otra persona.

Sexo oral:

- *Felación*, consiste en chupar/lamer usando la lengua y los labios para estimular al pene, sobre todo el glande.
- *Cunnilingus*, consiste en chupar/lamer para estimular la vulva, pero sobre todo el clítoris.
- *Anilingus*, chupar/lamer con la boca estimulando el ano.

Sexo sin penetración:

- *Petting*, consiste en relaciones sexuales sin penetración vaginal ni anal, como son los besos, las caricias y mimos, etc.
- *Frot*, es una práctica sexual entre personas que tienen pene, rozandolos y a su vez masturbandose mutuamente.
- *Tribadismo*, personas con vulva, que rozan y frotan entre sí su vulva y clítoris.

SEXUALIDAD Y RESPUESTA SEXUAL EN EL EMBARAZO

Debido a los cambios físicos y psicológicos que se dan durante el embarazo, durante esta etapa la sexualidad podría verse modificada.

En cuanto a la respuesta sexual femenina durante el embarazo se producen algunos cambios, variables, que repercuten sobre el comportamiento sexual femenino. Estos cambios se orientan sobre todo a la disminución del deseo, dificultad para excitarse y llegar al orgasmo. Un estudio realizado por Corbacioglu demostró que para la mujer, el saber que está embarazada provoca un impacto negativo en la lubricación, excitación, orgasmo y satisfacción sexual, pero no en el

deseo.

Los cambios relacionados con el aspecto físico de la mujer como es el aumento de peso, el crecimiento del útero, donde durante el primer trimestre este último es estimulado en mayor medida por las hormonas como son la progesterona y los estrógenos y luego hacia el segundo trimestre el crecimiento se ve más definido por la expansión de su contenido (feto y anexos), el abdomen queda más prominente y en consecuencia genera molestia debido a que el centro de gravedad cambia y la mujer debe adaptarse a su nueva estructura corporal. Estos podrían ser causa de que durante las relaciones sexuales, las posiciones que utilizaba antes del embarazo no se puedan hacer por incomodidad y deban readaptarse a realizar otras.

Además puede presentar sintomatología que influirá de manera negativa en su rutina diaria y por tanto en su vida sexual. Esta sintomatología de la cual hablamos tiene que ver con la aparición de: náuseas, vómitos, fatiga, edemas, digestión lenta, somnolencia, entre otros.

Los cambios se mantienen durante el segundo trimestre, donde generalmente existe un mayor bienestar ya que las molestias (náuseas, vómitos) han disminuido. Y en el tercer trimestre uno de los cambios más frecuente es la disminución de la actividad coital, muchas veces a causa de miedo y desinformación por pensar que le pasará algo al bebé. (Molero Rodríguez, 2006)

En la vagina se produce un aumento de la lubricación y un aumento de la sensibilidad a causa de una mayor vascularización esperable durante este período y la mucosa se torna violácea.

Es importante destacar a las mamas ya que son una parte del cuerpo erógena y durante el primer trimestre por el gran cambio hormonal y emocional sufren cambios relevantes como aumento de tamaño, las areolas se agrandan y oscurecen, aparecen los tubérculos de Montgomery con el fin de lubricar la zona. La capacidad eréctil de los pezones aumenta y se tornan muy sensibles. A causa de este aumento de sensibilidad lo que puede suceder es que el estímulo (que antes era placentero) resulte molesto, pudiendo disminuir la actividad y el deseo sexual por parte de la mujer.

Desde el punto de vista psicológico la mujer debe adaptarse a su nueva contextura corporal, pudiendo en ocasiones sentir inseguridad, temor y/o angustia de verse menos atractiva y sensual. También es importante tener en cuenta cómo la percibe su pareja y cómo es su acompañamiento, ya que pueden haber comentarios que incrementen sus sentimientos de inseguridad, o bien comentarios que disminuyan esos sentimientos negativos. En algunas mujeres este cambio corporal puede provocar una alteración en su imagen de “mujer erótica” y olvidar que puede seguir seduciendo y ser seducida, y su pareja deje de verla de forma erótica e impactar de manera negativa en el vínculo sexo-afectivo.

Entre otras posibles causas de los cambios en los vínculos sexo-afectivos se encuentran: la edad, sus expectativas de concebir el embarazo y las ganas de conjugárselas con su vida, no será lo mismo en una adolescente con un embarazo no buscado, que una mujer que ansía su primer hijo, o en una mujer multípara que un nuevo hijo significa una carga más. Así como tampoco en mujeres e incluso sus parejas cuando se embarazan tras meses o años de estrés por esterilidad. (Molero Rodríguez, 2006)

2. ANATOMÍA FEMENINA

El suelo pélvico está formado por 2 capas, una superficial llamada periné y una profunda llamada diafragma pélvico.

El periné tiene forma romboidal y corresponde al estrecho inferior de la pelvis. En la superficie llega hasta la piel y en la profundidad hasta la fascia inferior del diafragma pélvico.

En esta zona encontramos también los músculos del periné, que se dividen en los músculos del triángulo anal y los músculos del triángulo uro-genital. Los músculos del plano profundo del suelo pélvico conforman el plano más alto situado en la pelvis menor. El conjunto tiene forma de cúpula, convexa hacia abajo, cóncava hacia

arriba. Esta concavidad superior se opone a la del músculo del diafragma.

Los músculos profundos del suelo pélvico son dos: *elevador del ano* y *el isquiococcígeo*. El primero está dispuesto en forma de herradura, rodeando los orificios de las vísceras. En su parte media también llamada haz pubo-rectal, parte de la zona posterior del pubis hasta el recto y el ano a los cuales rodea de forma parcial, es de destacar que una debilidad en este músculo es casi siempre causa de prolapsos o de incontinencia urinaria ya que es un músculo destinado a sostener las vísceras (vejiga y útero), y una parte latero-externa compuesta de haces musculares que parten de: pubis, una banda fibrosa que atraviesa el agujero obturador y del isquion para terminar en el cóccix.

El segundo se encuentra ubicado en el mismo plano y detrás del elevador del ano, se extiende entre las espinas ciáticas, el sacro y el cóccix. También en este plano se encuentra la hendidura uro-genital la cual corresponde a una zona libre de musculatura que se encuentra por delante de la inserción de los elevadores del ano derecho e izquierdo, esta zona se amplía en el momento del paso del feto durante el parto, además es una zona vulnerable porque también soporta las vísceras.

En el plano superficial se encuentra el periné, está comprendido por un conjunto de formaciones músculo-aponeuróticas situadas por debajo del diafragma pelviano, así como órganos eréctiles y glándulas anexas. Esta formado por delante por el músculo *bulbo-cavernoso* que se extiende desde el clítoris al centro tendinoso, el *isquio-cavernoso* que va desde el pubis hasta la punta del isquion, en el centro se encuentra el *transverso superficial* que se extiende entre los isquiones y se juntan en el centro tendinoso, y el *esfínter estriado del ano* este se encuentra entre el centro tendinoso y el ligamento ano-coccígeo rodeando el canal anal.

En el triángulo anterior también encontramos dos músculos que se encuentran más profundos entre las hojas de una doble pared llamada *aponeurosis media perineal*, aquí encontramos al *esfínter externo de la uretra* el cual rodea a la uretra en su parte inferior y a *los transversos profundos del periné* los cuales ocupan el espacio que se encuentra entre las dos ramas isquio-púbicas.

El centro tendinoso del periné es una zona formada por tejido fibro-conjuntivo donde como hemos hablado antes se insertan varios músculos: los transversos del periné, los bulbo-cavernosos y el esfínter anal. Esta zona es muy resistente ya que tiene la función de sujeción.

Durante el embarazo el periné sufre algunas modificaciones fisiológicas para la preparación del pasaje del feto por el canal de parto como por ejemplo la hiperplasia del tejido elástico y relajación de los músculos de la pelvis, en particular el elevador del ano. Desde el punto de vista obstétrico la región comprendida entre el ano y el orificio vaginal es la de mayor interés por ser asiento de desgarros durante el parto.

3. TRABAJO DE PARTO

Creemos pertinente nombrar las etapas del trabajo de parto, ya que son relevantes a la hora de observar y cuidar el periné en el momento oportuno. En todos los partos que terminan por vía vaginal suceden tres períodos. La primera etapa es denominada etapa de dilatación, luego el período de expulsión del feto y por último el tercer período o alumbramiento.

Primera etapa del parto: el período de dilatación comienza con la fase de latencia, o “preparto” y continúa con la fase activa o “de parto”, acabando con el inicio del período expulsivo.

- Fase Latente: Lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas, la presencia de un cuello borrado y tres centímetros de dilatación. Las contracciones en esta fase de latencia son poco intensas, irregulares y escasas que provocan pocas modificaciones en la dilatación del cérvix.
- Fase Activa: Lapso que media entre los tres y los diez centímetros de dilatación. La velocidad de dilatación es muy variable según la paridad. A su vez, esta fase presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm). (SEGO, 2007)

En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. En la fase aceleratoria predomina la dilatación, mientras que en la fase desaceleratoria ocurre el descenso, en este último es donde ocurren mayormente los traumas perineales.

Segunda etapa del parto: El período expulsivo, media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto. La duración clínica aproximada de ese período es de 60 minutos en nulíparas y de 30 minutos en multíparas. Este concepto ha cambiado desde la introducción de la analgesia en el parto, donde dichos tiempos se duplican.

En esta etapa el tiempo también es un indicador de cierto grado de riesgo de trauma perineal, ya que un expulsivo muy rápido, es decir una salida del feto brusca puede provocar desgarro, o que deba hacerse una episiotomía por la poca vascularización del periné que no se distiende de manera adecuada, así como en un expulsivo lento puede quedar la vagina edematizada y en consecuencia más friable.

Durante este período en primera instancia la presentación fetal (parte del feto que se presenta al estrecho superior de la pelvis, en este caso la cabeza ya que es más frecuente y permite el parto vaginal) desciende siguiendo la forma del sacro, la cual es oblicua hacia atrás realizando movimientos de campana llegando al cóccix al cual lo empuja hacia atrás haciendo que la región anal se abombe y el orificio anal se abra produciendo la ampliación del periné posterior. Pero cuando se empuja al cóccix, esa retropulsión se ve limitada y es ahí que comienza una segunda instancia donde se produce la ampliación del periné anterior. Aquí la presentación fetal es empujada hacia adelante y atraviesa la hendidura uro-genital abombando el periné anterior con movimientos de vaivén distendiendo poco a poco.

Durante el parto, cuando la cabeza se desprende el centro tendinoso sufre una importante tensión, es por esto que el equipo de salud tiene que tener especial cuidado y atención para que la mujer no sufra ningún o el mínimo trauma en la zona perineal.

El trabajo de parto comprende fenómenos pasivos y activos, dentro de los activos se

encuentran las contracciones y los pujos:

→ Contracciones uterinas: se definen como el acortamiento rítmico de la musculatura del segmento superior del útero. La contracción o sístole tiene unas características definidas, que son: intensidad, frecuencia, duración, tono y triple gradiente descendente, cuando alguna de ellas se altera puede provocar complicaciones materno-fetales (entre ellas el trauma perineal).

→ Pujos: contracción de los músculos espiratorios de la pared torácica y abdominal. Durante el período expulsivo, se genera a modo de reflejo los pujos, estos aumentan la propulsión fetal causada por las contracciones. Se dividen en espontáneos (acción arcaica de la mujer) y dirigidos (por un profesional de la salud, cuando no logra hacer eficazmente un pujo espontáneo).

Los fenómenos pasivos corresponden a modificaciones del cuerpo y cuello uterino, secundarios a la actividad contráctil del útero, ellos son: ampliación del segmento inferior, borramiento y dilatación del cuello uterino, expulsión del tapón mucoso, formación de la bolsa de aguas, dilatación de la inserción cervical de la vagina (cúpula vaginal), ampliación natural del canal blando del parto.

Tercera etapa del parto: es el período del alumbramiento, lapso que media entre el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta.

4. PERINÉ Y TRAUMA PERINEAL

Cuando ocurren ciertas complicaciones durante el período expulsivo, como por ejemplo, distocia de hombros, macrosomía fetal, presentación paraeutócica o distócica, síndrome preeclampsia-eclampsia materna, donde existe un riesgo materno y/o fetal, en cuanto a la primera por un traumatismo en la zona perineal o

riesgo de vida y en el segundo riesgo de un traumatismo clavicular, del plexo braquial o disminución del aporte de oxígeno materno-placentario, donde es necesario que el equipo de salud a cargo de ellos actúe con rapidez, en la mayoría de casos mediante un parto instrumental. (MSP, 2014)

El parto instrumental lo definimos como la utilización de un instrumento durante el parto para aplicar sobre la cabeza fetal y mediante la tracción de la misma extraer al feto del canal vaginal hacia el exterior y/o ampliando el canal de parto mediante una episiotomía, ante situaciones que pongan en riesgo el bienestar del binomio. (Clinic Barcelona, 2018)

En el artículo *Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality*, concluyeron que el modo de parto tuvo una asociación significativa con la experiencia del parto, por lo que la cesárea de emergencia y el parto instrumental resultaron en una peor experiencia de parto en comparación a partos vaginales o cesáreas electivas. También se destaca que los aspectos psicológicos del modo de parto posiblemente pueden ser lo que influye tanto en el funcionamiento sexual como en la satisfacción sexual, en lugar de los aspectos físicos más técnicos del modo de parto.

TRAUMATISMO PERINEAL

Definimos traumatismo perineal a la pérdida de continuidad de la mucosa de la vagina y/o del recto y de los músculos del periné.

El periné puede sufrir traumatismos durante el parto, su grado va a depender de: cuán fortalecido este el periné al momento del parto, el número de partos, el peso del recién nacido, el mecanismo de parto que realice el feto, el tiempo, los pujos y la intervención de quien asista el parto.

GRADO DE DESGARROS

El trauma perineal es causado por una sobredistensión mecánica, es una de las principales complicaciones durante el período expulsivo del parto vaginal, ya sea a causa de la presión de la presentación fetal, los hombros fetales, el uso de fórceps, una episiotomía, o de un desgarro espontáneo. Algunos factores de riesgo son: tejidos fibrosos de las primíparas añosas, cicatrices anteriores, hipoplasia perineal, pelvis estrechas y variedad occipito-sacra.

Los desgarros de primer grado son los que involucran a la mucosa vaginal, la horquilla vulvar posterior y la piel del periné.

Los desgarros de segundo grado son los que involucran las características del desgarro de primer grado y además los músculos del periné. El compromiso de los mismos depende de la profundidad y dirección del desgarro pudiendo involucrar: músculo bulbocavernoso, transverso superficial del periné, transverso profundo del periné y el pubococcígeo del elevador del ano.

Los desgarros de tercer grado son las que involucran, sumado a lo anterior, al esfínter anal externo.

Y por último los desgarros de cuarto grado son aquellos que involucran, además de todo lo anteriormente mencionado, la pared anterior del recto.

EPISIOTOMÍA

Es pertinente estudiar este tema ya que existe una asociación demostrada entre dispareunia y disfunción sexual posparto con la episiotomía y partos instrumentales.

La episiotomía es una incisión que se efectúa en el cuerpo perineal, con el fin de ampliar el canal blando (tercio inferior de la vagina, anillo vulvar y periné) en un

parto vaginal. (Varney, 2016)

No es una práctica de rutina, quedando limitada para facilitar la salida del feto en determinadas situaciones ayudando a disminuir el tiempo del período expulsivo. Algunas de las indicaciones para realizar una episiotomía son: sospecha de pérdida de bienestar fetal, parto instrumental, parto podálica, riesgo de desgarro de segundo o tercer grado.

La misma se realizará en el momento de la distensión del periné y la presentación fetal coronando, es decir que se encuentre en el IV plano de Hodge, previo a la incisión se administrará anestesia local con lidocaína al 1-2 % en el nervio pudendo.

Existen dos tipos de episiotomía, una es media la cual abarca desde la parte inferior del introito vaginal en dirección recta hacia el ano, sin llegar al mismo y la episiotomía medio-lateral que puede ser izquierda o derecha, la cual va desde la parte inferior del introito vaginal en dirección a la tuberosidad isquiática en un ángulo de 45° (abarca los músculos: bulbocavernoso, transverso superficial y profundo y elevador del ano). Actualmente, es utilizada la técnica medio-lateral derecha, ya que está asociada a menor riesgo de desgarros aunque produzca mayor sangrado que la incisión media.

Antiguamente se realizaba la episiotomía de rutina para evitar desgarros, dolor post operatorio y lesiones del esfínter anal. El artículo "Uso selectivo versus uso habitual de la episiotomía para el parto vaginal" realizó un estudio de ensayos aleatorios en 2017. Este mostró menores tasas de traumatismos perineales severos en mujeres a las que se les realizó un uso selectivo de episiotomía durante el parto en lugar de una episiotomía de rutina. Otra conclusión a destacar fue que no se encontró ninguna diferencia entre la episiotomía selectiva y de rutina, en cuanto a la dispareunia e incontinencia urinaria a largo plazo. (Jiang, Qian, Carroli, Garner, 2017)

5. PREVENCIÓN DE DESGARROS

¿Cómo preparar a la pelvis y los músculos del suelo pélvico para disminuir el riesgo del trauma perineal intraparto y postparto?

El tejido conjuntivo de los músculos pélvicos se vuelve temporalmente menos resistente durante este periodo, en gran parte por los cambios hormonales. Pero también por el peso del útero grávido que tiende a crecer, apoyado en la pelvis menor generando una sensación de distensión del periné.

Ejercitar estos músculos durante el embarazo permite llegar al momento del parto con la ventaja de tenerlos preparados para los cambios que se van a dar en ese momento, ya que a causa del cambio hormonal el tejido conjuntivo se vuelve menos resistente afectando a los músculos comprendidos del suelo pélvico.

Para los huesos de la pelvis se recomienda realizar movimientos laterales, de delante hacia atrás y combinando ambos movimientos, ya que estos cambian la forma de la pelvis menor, movilizándolo sus articulaciones, sus músculos y su contenido visceral. Además se vasodilatan los vasos sanguíneos beneficiando la circulación sanguínea y linfática de la zona. (Calais-Germain, 2014)

Para los músculos es útil distender y flexibilizar el periné, sobre todo en el período expulsivo ya que es donde corre más riesgo de trauma, ya sea por la rapidez, el movimiento brusco de la deflexión de la cabeza y/o la salida del cuerpo en este período. Esto se puede realizar mediante los llamados “masajes perineales”, los mismos son de fácil realización, pudiendo auto-realizarse o si la mujer desea generar un momento de intimidad en pareja, lo pueden realizar juntos. En el embarazo se recomienda empezar a partir de las 32 semanas de gestación con una frecuencia de dos veces por semana.

También se puede trabajar el cuidado de la musculatura perineal a través de la esferodinamia o ejercicios de Kegel, solo los nombraremos ya que apelamos al

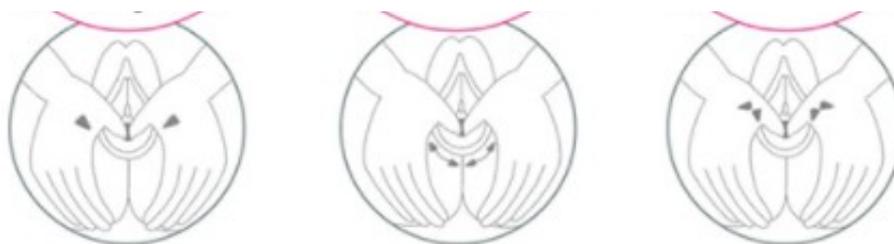
empoderamiento de la mujer mediante la autonomía, además la población a la cual investigaremos puede o no tener una buena situación económica, por otro lado los ejercicios de Kegel son recomendados durante el segundo trimestre de gestación, pero requieren más educación para asegurar la correcta realización.

Consideramos que mediante el masaje perineal se invita a la mujer a investigar y conocer su anatomía mediante el tacto y la vista, algo que vemos en la actualidad que muchas mujeres no hacen por asco o desinformación, además al poder realizarlo junto a su pareja se fomenta la relación de confianza, intimidad y la comunicación, es por esto que ahondaremos un poco más en masaje perineal.

¿Cómo realizar el masaje perineal?

Se aconseja previamente realizar higiene de manos, generar un ambiente íntimo y tranquilo, vaciar la vejiga antes de empezar. Relajar la zona mediante ducha de agua tibia o compresas tibias y se puede lubricar con aceite los dedos antes de introducirlos.

La mujer se coloca en posición semisentada, en caso de ser un automasaje se realizará con los dedos pulgares, o de ser realizado por la pareja con el dedo índice y mayor. Colocar los dedos a tres o cuatro centímetros dentro de la vagina ejerciendo una presión hacia abajo (en dirección al recto) y hacia los lados. Luego de adentro hacia afuera. Repitiendo el proceso por tres o cuatro minutos. Estos masajes no deben doler ni molestar, si es así se deben detener. En la siguiente imagen se ilustra lo anteriormente explicado:



Nota. Natalben contribuye al desarrollo óptimo de tu bebé.

(<https://www.natalben.com/como-hacer-el-masaje-perineal-preparto>). Obtenida el

20/03/2022.

Durante el puerperio, los músculos del periné quedan algo más distendidos al de su estado previo al embarazo, algunos desinsertados o desgarrados, por esto se recomienda hacer ejercicios para activar progresivamente la contractibilidad muscular de la zona, pero más suaves y en menor cantidad. Para que tenga un menor impacto brusco, se realizará acostada. Se pueden hacer mientras está amamantando.

En diversos artículos se ha concluido que el masaje perineal reduce la probabilidad de episiotomía, los desgarros de tercer y cuarto grado, la incontinencia de flatos, la dispareunia y una recuperación del periné post-parto más rápida.

6. PUERPERIO

Esta etapa va desde el alumbramiento hasta el retorno de la menstruación. Cronológicamente se puede dividir el puerperio en cuatro etapas: el *puerperio inmediato* que comprende las primeras veinticuatro horas post parto, el *puerperio mediato* que va desde el segundo hasta el décimo día post parto, luego se continúa con el *puerperio alejado* el cual se extiende desde el décimo primer día hasta el cuadragésimo segundo día post parto y finalmente el *puerperio tardío*, desde el cuadragésimo tercer día hasta el retorno de la menstruación. (SEGO, 2007)

Aquí se producen transformaciones progresivas anatómicas y funcionales. Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas (fisiológicas, anatómicas y endócrinas) por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo, con excepción de la glándula mamaria que en esta etapa tiene un gran desarrollo en respuesta a la lactancia.

Ahondaremos en las generalidades de los cambios anatomofuncionales del puerperio fisiológico.

Dentro de los cambios generales, encontramos cambios en la piel y mucosa donde las zonas de hiperpigmentación palidecen lentamente, el peso corporal disminuye, la temperatura corporal aumenta por el establecimiento de la lactancia, y a nivel de los sistemas se dan cambios hemodinámicos, cardíacos, hematológicos que debido al estrés del parto puede causar una anemia fisiológica, sistema urinario, digestivo y en el sistema endócrino.

Del sistema endócrino cabe destacar que los niveles de estrógenos, progesterona, hormona folículo estimulante y hormona luteinizante, disminuyen tras el parto y durante la lactancia materna se mantienen estos valores, ya que la prolactina inhibe la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas. Con el destete, se restablece la función ovárica y la ovulación, puede aparecer entre el primer y el tercer mes posterior. Se produce una regresión del estado anabólico.

La disminución de los estrógenos y progesterona y la tolerancia aumentada de la glucosa pueden causar disminución de la lubricación vaginal. Y en cuanto a la lactancia durante la gestación se produce un desarrollo en la glándula mamaria por los estrógenos, prostaglandinas y lactógeno placentario.

En cuanto a los cambios locales, se produce la involución uterina: tras la expulsión de la placenta, el útero se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miometriales (Globo de Seguridad de Pinard) y se sitúan a nivel de la cicatriz umbilical, hacia la sexta semana logra su tamaño definitivo, algo mayor que el previo al embarazo. Esta disminución del tamaño uterino se acompaña durante los primeros tres días de contracciones uterinas dolorosas (pero sin la misma intensidad que en el trabajo de parto) denominadas entuertos, más frecuentes en multíparas y durante la lactancia materna por el estímulo oxitócico.

El miometrio involuciona por un doble proceso, las fibras hipertrofiadas vuelven a su tamaño normal y las fibras neoformadas sufren degeneración grasa e hialina. Hacia el tercer día postparto comienza la regeneración endometrial, el endometrio se divide en dos capas, una superficial que se necrosa y desprende formando parte de los loquios y una profunda de la cual se va a producir la regeneración. Pero esta regeneración es más lenta en la zona donde estaba implantada la placenta.

Los loquios son exudados genitales del puerperio constituidos por sangre, decidua,

restos epiteliales y microorganismos, en proporción variable: sanguinolentos y más abundantes al inicio y progresivamente van disminuyendo y adquiriendo un aspecto exudativo blanco-amarillento.

En cuanto a la involución cervical tras el parto, el cuello permanece fácilmente permeable a dos dedos durante los primeros días, ayudando a la evacuación de los loquios. Progresivamente recupera sus características de forma imperfecta, formándose desde el orificio cervical interno hacia el externo. La unión escamocolumnar retrocede, favoreciendo la displasia cervical, hacia el doceavo día se encuentra cerrado.

En relación a la vagina, esta permanece edematosa y friable, pudiéndose desgarrar tras exploraciones no cuidadosas o si se practica el coito. Los restos del himen cicatrizan formando pequeñas excreciones fibrosas denominadas carúnculas mirtiformes. Si se realizó episiotomía, ésta cicatriza aproximadamente en una semana. La vagina disminuye su tamaño gradualmente, recuperando al mes su estado, donde reaparecen las arrugas y el engrosamiento.

En lo que respecta a la musculatura pélvica y abdominal, la sobredistensión a la que es sometida durante el parto da lugar frecuentemente a desgarros musculares, hematomas perineales y diástasis de rectos, enlenteciendo la recuperación del mismo.

Aspectos psicológicos y sociales:

Durante este período se dan cambios importantes a nivel emocional. En primera instancia la madre se centra en el cuidado de su bebé sumado al rol socialmente impuesto de tener que ser una “buena madre”. En ocasiones, hay mujeres que pueden llegar a experimentar cambios psíquicos como son: “baby blues”, depresión post-parto, psicosis puerperal, que pueden suponer un aumento de riesgo tanto en su salud, la del recién nacido como en sus vínculos más cercanos.

En muchas mujeres surge presión por parte de la familia, sobretodo de las mujeres

que ya pasaron por la experiencia de un parto, donde constantemente se encuentran dando “consejos” de cómo debería ser/hacer su maternidad, lo esperado por su pareja, que si bien actualmente en la parejas heterosexuales, la presencia de los varones está más involucrada en la paternidad, pero la mujer aún así se siente saturada. Porque desde que nacemos se les muestra a las mujeres ya sea mediante juegos, en la escuela, en las publicidades, entre otros, cómo ser una “buena mujer”, cómo ser una “buena madre”, repitiendo una y otra vez cómo debe ser su rol en la sociedad, donde siempre debe estar a disposición de los demás, sonriendo, siendo comprensiva y además no descuidando su belleza. Sin embargo, al varón a lo largo de su vida no se le enseña cómo ser un “buen padre”, generalmente juegan a juegos que implican violencia y/o cómo ser un buen líder, entre otros.

Cuando se ve a un varón participando activamente en la crianza de sus hijos se le celebra con asombro, cuando a la mujer que es buena madre no se le celebra porque claro, es lo que se espera, generando un vacío en ella al no tener un reconocimiento de su entorno sobre su rol.

Todo esto puede suponer un puntapié para tener estos cambios psíquicos, denominados generalmente como alteraciones del puerperio o peor aún patologías del puerperio. Ya que hay muchos factores predisponentes a esos diagnósticos, la falta de conocimiento en cómo materner, la expectativas de la imagen bebé imaginario-bebé real, no procesar todo con felicidad ya que atraviesa todo su ser, sus miedos, sus inseguridades, sus culpas, su exigencia a ser mejor. Sin comprender que es una etapa -sobretudo en madres primerizas- de grandes cambios en su vida, ya que hay una persona que depende completamente al menos hasta el año de vida de sus cuidadores. Además se le suma que durante el embarazo casi toda la atención la recibe ella, para que este confortada y cuidada, y con el nacimiento del bebé el foco de atención pasa casi totalmente a él, dejando de lado el bienestar de la mujer, incluso ella misma decide de manera consciente -o no- dejar de lado sus propios intereses por cumplir su rol materno.

Debido a que nuestra sociedad aún se encuentra inmersa en una cultura patriarcal, la pareja y generalmente si es varón, no participa de manera activa en la crianza de sus hijos como mencionamos anteriormente, considerando que su rol es el de

proveedor económico en la familia y no tiene en cuenta o de forma deficiente, las actividades relacionadas con la crianza y el cuidado del hogar, quedando todas estas a cargo de la mujer. Aunque a veces las mujeres tienen cierta tendencia a encargarse de todo lo que tiene que ver con el hogar y la crianza, dejando de lado a su pareja y del resto de sus actividades.

Pasado un breve período tiempo de su puerperio, la mujer vuelve a reincorporarse a su trabajo, a la sexualidad coital, a su imagen corporal anterior, por lo que se espera de ella que sea una madre ultramoderna, profesional o “simplemente” por necesidad, que cumpla con todas las tareas. Ahora no solo basta con ser “buena madre” sino que debe hacer todo lo que concierne para ser además una “buena mujer”.

Otra de las áreas que se ve alterada durante el período post-parto es la sexualidad, la relación con la pareja tras el nacimiento del bebe. Característicamente suele disminuir la libido, ya que constantemente la mujer recibe estímulo sexual, ya que la mama es una zona erógena, al dar de lactar a su bebé. Sumándose el cansancio y el agotamiento físico acarreado al cuidado del recién nacido y las demás tareas que realice. Las sensaciones afectivas y corporales se vuelven muy sensibles. Buscando el placer en lo más simple, como son los besos, las caricias, los abrazos. Sin embargo en las parejas heterosexuales el varón busca lo arcaico, como son las relaciones sexuales con penetración, pero todo esto dependerá del tipo de vínculo en la pareja, ya que pueden existir diversos acuerdos en la misma sobre estas prácticas.

El miedo al dolor o a las complicaciones físicas, como la infección, son una barrera al momento de reanudar la actividad sexual en las mujeres durante este período, a causa de incertidumbre, falta de interés, desinformación, experiencias negativas de otras mujeres o el miedo a un nuevo embarazo.

El estado hormonal postparto contribuye de manera negativa en el deseo sexual, esto es debido a una disminución de las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) y la liberación de prolactina. Por otro lado, en consecuencia

disminuye la lubricación vaginal, pudiendo generar dolor y/o incomodidad en el momento de relacionarse sexualmente.

De igual manera la respuesta sexual se va recuperando progresivamente y aproximadamente a los tres meses la capacidad orgásmica es igual a la que existía previamente, y la mayoría de las mujeres han reanudado las relaciones sexuales coitales, pero según el estudio de las mujeres tunecianas que nombramos en los antecedentes de este protocolo de investigación, del mismo se destaca que el 73% de ellas tenía relaciones sexuales en menor frecuencia.

DISFUNCIÓN SEXUAL POSTPARTO

Si bien, anteriormente mencionamos que las mujeres suelen retomar la actividad sexual a los tres meses postparto, con dicho retorno puede aparecer alguna disfunción sexual postparto, según el artículo de Leeman y Rogers, concluyen que una media del 43-83% de mujeres con disfunción sexual, de este porcentaje destacan que puede surgir por falta de información de la usuaria, la relación médico-usuaria, tener diferencias en cuanto a la información dada por ambas partes, por un lado lo que relata la usuaria y por otro la posibilidad del médico de no estar de acuerdo por sus propias creencias y/o costumbres. En este artículo solo el 15% de las mujeres con una alteración en su función sexual postparto lo habló con su proveedor de atención de maternidad, este número es preocupante ya que, puede haber una cierta incomodidad de la usuaria al mencionar sus dudas y/o problemas acerca de la sexualidad o una falta de capacitación del proveedor de atención médica para obtener una historia sexual adecuada o también anteponer sus propias creencias y no dar la información integral adecuada a la usuaria.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

General:

Investigar el impacto del trauma perineal obstétrico causado por una episiotomía o desgarro perineal durante el parto sobre la sexualidad de un grupo de usuarias del Hospital Pereira Rossell en los primeros seis meses post-parto.

Específicos:

- Relacionar la repercusión del desgarro perineal o episiotomía como causalidad de la aparición de alteraciones sexuales: deseo, confort, lubricación, excitación y orgasmos.
- Conocer si el modo de parto (instrumental o no), influyó en la decisión del reinicio de las relaciones sexuales.
- Enumerar qué otros factores frecuentes repercuten en la decisión del reinicio de las relaciones sexuales en las mujeres.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Diseño metodológico: El presente proyecto de investigación será de carácter mixto, ya que se basará en la cuantificación y clasificación de factores, así como observar la diversidad y construir significados.

Tipo de estudio: El tipo de estudio a realizar según nuestra participación será observacional, puesto que sólo se observará lo que sucede con la muestra tomada; según nuestros objetivos será del tipo analítico debido a que se asociarán diferentes variables, en cuanto al criterio temporal el mismo será de carácter longitudinal prospectivo donde se hará un seguimiento de la muestra a partir del momento en que es incluida en dicho proyecto de investigación.

El mismo es de tipo cohorte ya que compararemos a mujeres con trauma perineal intraparto que tuvieron dificultades o no en retomar las relaciones sexuales y quiénes no tuvieron un trauma perineal.

Población objetivo: Mujeres primíparas del Hospital Pereira Rossell de 19 a 35 años de edad, ya que según la OMS es la etapa ideal de reproducción y además en ésta se encuentra una mayor autonomía, información y toma de decisiones en la sexualidad de las personas.

Muestra: Mujeres primíparas que se encuentren cursando su puerperio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Tamaño muestral: En la institución a realizar el estudio, tiene un promedio de 120 nacimientos por mes, el reclutamiento de la población objetivo será realizada en un período de tres meses. Luego de tomar la muestra necesaria serán separados en dos grupos, un grupo serán mujeres que hayan tenido desgarro perineal o episiotomía y otro que no, para posteriormente realizar una comparación entre ambos grupos.

Caracterización de la zona: El Hospital Pereira Rossell se encuentra ubicado en el departamento de Montevideo, Uruguay, en Bulevar Artigas 1550. Al mismo asisten

niños y mujeres usuarios de ASSE (prestador estatal de salud pública), en su mayoría con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Es un centro de tercer nivel de atención conformado por el hospital pediátrico y el hospital de la mujer, este último es un centro de referencia nacional en la atención gineco-obstétrica y neonatal.

Criterios de inclusión:

- Mujeres primíparas.
- Mujeres que se encuentren entre los 19 y 35 años de edad.
- Mujeres cursando puerperio inmediato o mediato al momento de la captación.
- Mujeres que hayan tenido su parto vaginal en el Hospital Pereira Rossell.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que hayan tenido más de un parto vaginal al momento de la captación.
- Mujeres menores de 19 años y/o mayores de 35 años.
- Mujeres que cursen un puerperio alejado o tardío.
- Mujeres que hayan tenido su reciente parto por cesárea.
- Mujeres que hayan tenido su parto vaginal fuera de la Institución Pereira Rossell.

Técnica de recolección de datos: En primera instancia se tomarán ciertos datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), como la paridad, edad, grado de desgarro o realización de episiotomía y tipo de terminación del parto.

Luego mediante la realización de encuestas de tipo preguntas cerradas y semiabiertas. Estas se llevarán a cabo en cuatro oportunidades. Una primera encuesta dentro de las primeras 48 horas post-parto de forma presencial, una segunda encuesta al mes, a los tres meses y por último a los 6 meses, pudiendo ser estas últimas tres vía telefónica o mediante un formulario web. Se les informará sobre el proyecto de investigación y se les brindará un consentimiento informado para avalar su participación.

Análisis y discusión de datos: Luego de realizar todas las instancias de las encuestas, procederemos a la realización del análisis y procesamiento de los datos. Para esto, a partir de las variables: SIP y encuestas, haremos una primera aproximación con los datos cuantificables obtenidos del SIP mediante tablas de comparación para luego obtener gráficas.

De las encuestas se analizarán el resto de las variables (deseo, excitación, orgasmos, momento de reinicio de las relaciones sexuales, etc), en forma de gráficas y porcentajes. Pudiendo realizar un análisis de las mismas mediante el armado de categorías o dimensiones de análisis en base a variables que surjan en las preguntas y en cada momento que fue realizada la encuesta, para así vincularlas entre ellas. Permitiendo entonces, relacionar los datos cuantitativos con los cualitativos y por consiguiente ejecutar una discusión de dónde se desprende un informe final con el objetivo de realizar las conclusiones de los hallazgos obtenidos.

CAPÍTULO V

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Mes(es)/ actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Revisión bibliográfica														
Revisión del protocolo														
Evaluación del protocolo de investigación por parte del comité de ética														
Contacto con tutora, selección de muestra para encuestas y aval institucional														
Recolección de datos del SIP														
Ejecución de encuestas								1er y 2da enc.		3ra enc.		4ta enc.		
Tabulación de datos														
Análisis de datos y conclusiones														

CAPÍTULO VI

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Realizaremos de forma anticipada al contacto con las usuarias las correspondientes consideraciones éticas que se requieren oportunas para realizar una investigación en seres humanos, estas se encuentran enmarcadas en el decreto 158/19 del Ministerio de Salud Pública. Se solicitará aval al comité de ética del Centro Hospitalario Pereira Rosell para la ejecución de las encuestas en el centro y el acceso a los datos del Sistema Informático Perinatal. Así pues, se deja constancia por escrito la finalidad de la investigación, metodología y cuestionario a ejecutar.

Por otro lado, se obtendrá el consentimiento individual a través de un formulario informativo previo a la realización de la encuesta. El mismo solicita el permiso a acceder y hacer uso de los datos obtenidos, autorizado mediante firma de cada participante, al mismo tiempo se dejará constancia que el mismo no es de carácter obligatorio y podrá ser revocado en cualquier momento, si así lo desea.

A modo de llevar un control, que permite no repetir y mantener el anonimato de las usuarias, se utilizará un número para referenciarlas.

Además se hará hincapié en que será una participación sin fines de lucro a las participantes. Pudiendo ser aceptada o negada su participación en la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelhakim, AM; Eldesouky, E; Elmagd, IA; Mohammed, A; Farag, EA; Mohammed, AE; Hamam, KM; Hussein, AS; Ali, AS; Ahmed Keshta, NH; Hamza, M; Samy, A; Abdel-Latif, AA. (2019) *Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. The international Urogynecological Association. 31 (9), 1735-1745.
<https://doi.org/10.1007/s00192-020-04302-8>
- Akbayir, O; Akca, A; Cilesiz Goksedef, B; Corbacioglu, A y Lale Bakir, V. (2012). *The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation*. The journal of sexual medicine, 9 (7), 1897-1903.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02740.x>
- Bajo Arenas, JM; Laila Vicens, JM y Xercavins Montosa, J. (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. España.
- Bellart, J; Figueras, F; Hernández, S; Masoller, M; Palacio, M; Peguero, A y Teixidó, I. *Parto instrumentado*. Fetal Medicine Barcelona. Recuperado el 28/03/2022 de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/parto%20instrumentado.pdf>
- Calais-Germain, B. (2014). *El periné femenino y el parto*. Editorial Liebre de marzo.
- Ce, C. (2019). *Sexo ATR*. Editorial Planeta.
- Ce, C (2020). *Carnaval toda la vida*. Editorial Planeta.
- Chiclana Actis, C; Serrano Drozdowskyj, E; Trigo López, E; Gimeno Catro, E; Bárcenas Taland, I. (2020). Factors influencing couples sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, vol 8 (1), pp 38-47.
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>
- Corbacioglu, A; Bakir, VL; Akbayir, O, Cilesiz, BP y Akca, A. (2012). *The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation*. 9

(7), 1897-1903.

<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02740.x>

- Creus Puyol, MD; Martínez Bueno, C; Olivera Sánchezm G y Vela Martínez, E. (17 de abril de 2020). *El masaje perineal*. [Archivo PDF]. Federación de Asociaciones de Matronas de España.
<https://www.federacion-matronas.org/knowledge-base/la-preparacion-al-parto-y-el-masaje-perineal/>
- Cunningham, G; Leveno, K; Bloom, S; Dashe, J; Hoffman, B; Kasey, B y Spong, C. (2019). *Williams Obstetricia*. Mc Graw Hill Education.
- Estapé, G. (1987). *Anatomía de la pelvis*. Oficina del libro FEFMUR.
- Gómez Zapiain, J. (2014). *Psicología de la sexualidad*. Alianza editorial.
- Gutman, L. (2014). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Edición Planeta.
- Handelzalts, JE; Levy, S; Peled, Y; Yadid, L y Goldzweig, G. (2018). *Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality*. Arch Gynecol Obstet. 297 (4), 927-932.
<https://doi.org/10.1007/s00404-018-4693-9>
- Jiang, H; Qian, X; Carroli, G; Garner, P. (2017). *Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Library. 2 (2), 1465-1858.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd000081.pub3>
- Ketzoian, C. (2004). *Estadística médica. Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica*. Oficina del Libro FEFMUR.
- Leeman, LM y Rogers, RG. (2012). *Sex after childbirth: postpartum sexual function*. Obstet Gynecol. 119 (3), 647-655.
<https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3182479611>
- Leeman, L; Rogers, R; Borders, N; Teaf, D y Qualls, C. (2016). *The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women*. Birth issues in perinatal care. 43 (4), 293-302.
<https://doi.org/10.1111/birt.12258>
- Maamri, A; Badri, T; Boujemla, H; El Kissi, Y. (2019). *La sexualité durant le post-partum; étude d'une population de femmes Tunisiennes*. La tunisie medicale. Vol 97 (5), 704-710.
<https://www.latusiemedicale.com/pdf.php?pdf=pdf/Vol%2097-05-N15.pdf>

- *Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Guía en Salud sexual y reproductiva.*(2014). Ministerio de Salud Pública.
- Medina-Serdán, E. (2013). *Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto.* Perinatología y reproducción humana, 27 (3), 185-193.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44712>
- Molero Rodríguez, F. (2006). *La Sexualidad en el embarazo y puerperio.* El farmacéutico: profesión y cultura, 367, 40-48.
<https://aeem.es/informam/103.pdf>
- Mora, AS. (2009). *El cuerpo investigador, el cuerpo investigando una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio.* Revista Colombiana de Antropología. Vol. 45 (1), 11-38.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0486-65252009000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Moreira da Silva, AP; Montenegro, ML; Ferreira Gurian, MB; Moreira de Souza Mitidieri, A; Alves da Silva Lara, L; Poli-Neto, OB y Rosa e Silva, JC. (2017). *Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles.* Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. 39 (1), 26-30.
<https://doi.org/10.1055/s-0036-1597651>
- Mortalena, M; Muriega,S. (2009). *Sexualidad en el año posterior al parto.* [Trabajo final de grado, Universidad de la República].
- Ollivier, RA; Aston, ML y Price, SL. (2019). *Exploring postpartum sexual health: A feminist poststructural analysis.* Health Care for Women International. 41 (10), 1081-1100
<https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1638923>
- Onyebuchu Ugwu, E; Sunday Iferikigwe, E; Nnamdi Obi, S; Uchenna Eleje, G y Chukwuma Ozumba, B. (2018). *Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial.* Obstetrics and gynaecology research. Vol 44 (7), 1252-1258.
<https://doi.org/10.1111/jog.13640>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la*

salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra.

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1152209/retrieve#:~:text=La%20sexualidad%20es%20un%20aspecto,la%20intimidad%20y%20la%20reproducci%C3%B3n.>

- Qualls, C; Teaf, D; Leeman, L; Borders, N; Rogers,R. (2016). *The effect or perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at 6 months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women*. Birth, vol 43 (4), pp 293-302.
<https://doi.org/10.1111/birt.12258>
- Rodríguez Fernández, B y Sueiro Domínguez, E. (2017). *Sexualidad en embarazo y postparto: la necesidad de educación afectivo-sexual*. Revista de estudios e investigación en psicología y educación. 14, 245-248.
<https://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.14.3034>
- Rodríguez, C; Rosa, M. (2017). *Reinicio de las relaciones sexuales en el postparto en usuarias de la RAP*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]
- Serrano Drozdowskyj, E; Gimeno Castro, E; Trigo López, E; Bárcenas Taland, I y Chiclana Actis, C. (2019). *Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review*. International Society for Sexual Medicine. 8 (1), 38-47.
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>
- Spaich, S; Link, G; Ortiz Alvarez, S; Weiss, C; Sütterlin, M; Tuschy, B y Berlit, S. (2020). *Influence of Peripartum Expectations, Mode of Delivery, and Perineal Injury on Women's Postpartum Sexuality*. Original research and reviews female sexual function. Vol 17 (7), 1312-1325.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.04.383>
- Varney, H; Kriebs, JM y Geger, CL. (2016). *Partería profesional de Varney*. Organización Panamericana de la Salud.

APÉNDICE I

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadoras: Br. Luciana Díaz, Br. Joselin García

Tutora Trabajo final de grado: Prof. adj. Dra. Isabel Posada

Co-tutora: Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues

Título Trabajo final de grado: Impacto del trauma perineal obstétrico sobre la sexualidad de las puérperas.

Estimada participante:

Le estamos invitando a participar en una investigación con el objetivo de investigar el impacto del trauma perineal obstétrico causado por una episiotomía o desgarro perineal durante el parto sobre la sexualidad de las usuarias del Hospital Pereira Rossell en los primeros 6 meses post-parto, el cual se realiza como Trabajo final de Grado para la obtención del título Obstetra-Partera.

La importancia académica de este trabajo, es generar una visión más amplia sobre la vivencia de la sexualidad luego de un desgarro o una episiotomía realizada durante el parto.

Creemos necesario tener esta visión y poderla integrar a otros aspectos de la persona en pro de mejorar la atención médica a todas las mujeres.

Este estudio implica un beneficio para la formación de futuras obstetras-parteras, además estimula la actualización para el ejercicio de esta profesión.

Si usted desea participar de esta investigación, la cual forma parte del Trabajo final de Grado de la carrera Obstetra Partera, llevado a cabo por las estudiantes Luciana Díaz y Joselin García, bajo la tutoría de la Prof. adj. Dra. Isabel Posada y de la Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues. Será acompañada de forma presencial en esta primera instancia y luego de manera virtual o telefónicamente, de manera expectante, mientras usted contesta la encuesta.

Cobra relevancia destacar que usted no recibirá ningún tipo de remuneración económica por ser parte de esta investigación, pudiendo ser libre de elegir si quiere participar o no así como de retirarse en cualquier momento de la investigación, comunicándose con la investigadora. Esto no tendrá ningún tipo de represalias para usted.

Es importante aclarar que la información que usted nos brinde será utilizada únicamente con fines académicos bajo estricta confidencialidad. En la presentación de los resultados se respetará el anonimato de dichas encuestas.

Usted recibirá una copia completa de este documento firmado, teniendo todo el derecho a realizar preguntas que crea conveniente sobre este trabajo de investigación para decidir participar.

Por último agradecemos su disposición y colaboración, invitándole a firmar este documento de Consentimiento informado.

Firma

Aclaración de firma

APÉNDICE II

PRIMER ENCUESTA: (Primeras 48 hs postparto).

1- Últimos cuatro dígitos de la C.I _____

2- Edad: ____

3- Indique el nivel máximo de estudios alcanzados:

- Escuela (Primaria)
- Liceo (Secundaria)
- Estudios terciarios (universidad, magisterio, profesorado)
- Enseñanza técnica (UTU o similar)
- Estudios de posgrado
- No tiene estudios

4- Orientación sexual:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Otro: _____

5- ¿Actualmente estás en pareja? si no

- Varón
- Mujer

6- Durante el parto tuviste:

- Desgarro , ¿de qué grado? 1 2 3 4, ¿requirió puntos? si no
- Episiotomía
- Nada

7- Con respecto al el parto:

- Requirió el uso de fórceps
- Fue normal

8- Durante el parto, te sentiste: (Marca una o varias)

- Acompañada
- Infravalorada
- Indiferente
- Maltratada
- Respetaron tu cuerpo
- Respetaron tu decisión
- Guiada

9- ¿Actualmente tu bebé qué tipo de lactancia tiene?:

- Leche de complemento
- Lactancia exclusiva
- Mixta

10- ¿Has tenido pérdida de orina? si no

11- ¿Tienes hematomas? si no

12- ¿Tienes sangrados? si no

13- ¿La sutura se infectó en algún momento? si no

14- ¿Cómo te sentís con tu cuerpo?

- Cansada
- Reconfortada
- Incómoda
- Igual que antes

15- ¿Realizaste ejercicios durante el embarazo para fortalecer el suelo pélvico? si
no

16- Recibiste información por parte del equipo de salud en tus consultas prenatales sobre relaciones sexuales? si no

17- En caso de haber respondido **sí**, ¿crees que la información fue completa y clara? si no , explica brevemente qué información recibiste:

En el último año ha pasado por alguna de estas situaciones, puede marcar una o varias

- Accidente con daño importante
- Enfermedad grave
- Maltrato físico
- Maltrato psicológico
- Acoso sexual
- Violencia sexual
- Robo violento
- Mudanza
- Separación con su pareja
- Divorcio
- Ninguna

APÉNDICE III

SEGUNDA ENCUESTA (Al mes)

1- Actualmente tu bebé qué tipo de lactancia tiene?:

- Leche de complemento
- Lactancia exclusiva
- Mixta

2- ¿La sutura se infectó en algún momento? si no

3- ¿Tuviste que consultar en policlínica por alguna complicación en el periné? si
no

4- ¿Cómo te sentís con tu cuerpo?

- Sensual
- Deseable
- Indeseable
- Igual que antes

5- Recibiste información por parte del equipo de salud durante la internación postparto sobre relaciones sexuales? si no

En caso de haber respondido **sí**, crees que la información fue completa y clara si
no , explica brevemente qué información recibiste:

6- Cuándo reiniciaste las relaciones sexuales?

- Una semana post parto
- Luego de una semana post parto
- Aún no reinicié las relaciones sexuales

7- Si tu respuesta fue **no** haber reiniciado las relaciones sexuales, ¿por qué?

- Miedo al dolor
- Presencia de la sutura
- Miedo a un nuevo embarazo
- Presencia del niño/a
- Recomendaciones familiares
- Tareas del hogar
- Crianza y cuidados.
- Otro: _____

8- Si tu respuesta fue **si**, durante tu primer relación sexual post-parto, con respecto a la sutura del desgarro o episiotomía, que sentiste en esa zona, puedes seleccionar una o varias opciones:

- tironeamiento de los “puntos”
- Dolor
- Ardor
- No sentí nada
- No sentí nada diferente en comparación con antes del embarazo
-

Las preguntas 9-16 **Solo** responder si reiniciaste las relaciones sexuales

9- ¿Por qué reiniciaste las relaciones sexuales?

- Deseo propio
- Deseo de la pareja
- Deseo de ambos

10- ¿Qué tipo de relación sexual tuviste cuando reiniciaste:

- Penetración vaginal
- Penetración anal
- Sexo oral
- Besos y/o caricias
- Masturbación

11- ¿Crees que la sutura de la episiotomía o desgarro afectó en el momento de relacionarte sexualmente? si no

Si tu respuesta fue **sí**, en qué afectó?

12- ¿Crees que el modo y vivencia del parto afectó al momento de relacionarte sexualmente nuevamente? si no

Si tu respuesta fue **sí**, en qué afectó?

13- Crees que la lactancia tuvo algo que ver con tu deseo en el reinicio de las relaciones sexuales? si no

14- ¿Qué sentiste en la primera relación sexual postparto? (Marca una o varias)

- Deseo
- Excitación
- Confort
- Lubricación vaginal
- Miedo
- Orgasmo/s
- Indiferencia
- Dolor

15- Ahora clasifica del 1 al 5, siendo 1 muy poco, 2 poco, 3 igual que antes del parto, 4 Bastante, 5 Mucho

- Deseo 1 2 3 4 5
- Excitación 1 2 3 4 5
- Confort 1 2 3 4 5
- Lubricación vaginal 1 2 3 4 5
- Miedo 1 2 3 4 5
- Orgasmos 1 2 3 4 5

- Indiferencia 1 2 3 4 5
- Dolor 1 2 3 4 5

16- ¿Sentiste un cambio en tu deseo en comparación a antes del parto? si no

En caso de haber respondido **si**, la experiencia fue:

- Mejor que antes del parto
- Igual que antes del parto
- Peor que antes del parto

17- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

19- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio con cuánta frecuencia usted sintió excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)

- Casi nunca o nunca

20- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

21- Desde la última encuesta, sientes más (+), igual (=) o menos (-):

- Deseo
- Excitación
- Confort
- Lubricación vaginal
- Miedo
- Orgasmos
- Indiferencia

22- Desde la última encuesta, sientes más (+), igual (=) o menos (-), en cuanto a las relaciones sexuales con penetración vaginal:

- Dolor
- Incomodidad
- Sangrado
- Ardor

APÉNDICE IV

TERCER ENCUESTA (a los tres meses)

1- Actualmente tu bebé qué tipo de lactancia tiene?:

- Leche de complemento
- Lactancia exclusiva
- Mixta

2- ¿La sutura se infectó en algún momento? si no

3- ¿La sutura se encuentra completamente cicatrizada? si no

4- ¿Tuviste que consultar en policlínica por alguna complicación en el periné? si
no

5- ¿Cómo te sentís con tu cuerpo?

- Sensual
- Deseable
- Indeseable
- Igual que antes

6- ¿Cuándo reiniciaste las relaciones sexuales?

- Antes de los 30 días post parto
- A los 30 días postparto
- A los 2 meses postparto
- Aún no reinicié las relaciones sexuales

7- Si tu respuesta fue **no** haber reiniciado las relaciones sexuales, ¿por qué?

- Miedo al dolor
- Miedo a un nuevo embarazo
- Presencia del niño/a
- Otro: _____

8- Si tu respuesta fue **si**, ¿Por qué reiniciaste las relaciones sexuales?

- Deseo propio
- Deseo de la pareja
- Deseo de ambos

9- ¿Qué tipo de relación sexual tuviste cuando reiniciaste?:

- Penetración vaginal
- Penetración anal
- Sexo oral
- Besos y/o caricias
- Masturbación

10- ¿Crees que la sutura afectó al momento de relacionarte sexualmente? si no

Si tu respuesta fue **sí**, ¿en qué afectó?

11- ¿Crees que el modo y vivencia del parto afectó al momento de relacionarte sexualmente? si no

Si tu respuesta fue **sí**, ¿en qué afectó?

12- Crees que la lactancia tuvo algo que ver con tu deseo en el reinicio de las relaciones sexuales? si no

13- ¿Qué sentiste en la primera relación sexual postparto? (Marca una o varias)

- Deseo
- Excitación
- Confort
- Lubricación vaginal
- Miedo
- Orgasmos
- Indiferencia

14- Ahora clasifica del 1 al 5, siendo 1 muy poco, 2 poco, 3 igual que antes del parto, 4 Bastante, 5 Mucho

- Deseo 1 2 3 4 5
- Excitación 1 2 3 4 5
- Confort 1 2 3 4 5
- Lubricación vaginal 1 2 3 4 5
- Miedo 1 2 3 4 5
- Orgasmos 1 2 3 4 5
- Indiferencia 1 2 3 4 5
- Dolor 1 2 3 4 5

15- ¿Sentiste un cambio en tu deseo en comparación a antes del parto? si no

En caso de haber respondido **si**, la experiencia fue:

- Mejor que antes del parto
- Igual que antes del parto
- Peor que antes del parto

16- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

17- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

18- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio con cuánta frecuencia usted sintió excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

20- Desde la última encuesta, sientes más (+), igual (=) o menos (-):

- Deseo
- Excitación
- Confort

- Lubricación vaginal
- Miedo
- Orgasmos
- Indiferencia

21- Desde la última encuesta, sientes más (+), igual (=) o menos (-), en cuanto a las relaciones sexuales con penetración vaginal:

- Dolor
- Incomodidad
- Sangrado
- Ardor

APÉNDICE V

CUARTA ENCUESTA (a los seis meses).

1- ¿Actualmente tu bebé qué tipo de alimentación tiene?:

- Leche de complemento
- Lactancia exclusiva
- Lactancia mixta

2- ¿Tu bebé comenzó a consumir alimentos complementarios a la leche?

- Si
- No

3- ¿La sutura se infectó en algún momento? si no

4- ¿La sutura se encuentra completamente cicatrizada? si no

5- ¿Consultaste en policlínica por alguna complicación en el periné? si no

6- ¿Cómo te sentís con tu cuerpo?

- Sensual
- Deseable
- Indeseable
- Igual que antes

7- ¿Cuándo reiniciaste las relaciones sexuales?

- Antes de los 30 días post parto
- A los 30 días postparto
- A los 2 meses postparto
- A los 3 meses postparto
- A los 4 meses postparto
- A los 5 meses postparto
- A los 6 meses postparto
- Aún no reinicié las relaciones sexuales

8- Si tu respuesta fue **no** haber reiniciado las relaciones sexuales, ¿por qué?

- Miedo al dolor
- Miedo a un nuevo embarazo
- Presencia del niño/a
- Otro: _____

9- ¿Por qué reiniciaste las relaciones sexuales?

- Deseo propio
- Deseo de la pareja
- Deseo de ambos

10- ¿Qué tipo de relación sexual tuviste cuando reiniciaste las relaciones sexuales?:

- Penetración vaginal
- Penetración anal
- Sexo oral
- Besos y/o caricias
- Masturbación

11- ¿Crees que la sutura afectó en el momento de relacionarte sexualmente? si
no

Si tu respuesta fue **sí**, en qué afectó?

12- ¿Crees que el modo y vivencia del parto afectó al momento de relacionarte sexualmente? si no

Si tu respuesta fue **sí**, en qué afectó?

13- Crees que la lactancia tuvo algo que ver con tu deseo en el reinicio de las relaciones sexuales? si no

14- ¿Qué sentiste en la primera relación sexual postparto? (Marca una o varias)

- Deseo
- Excitación
- Confort
- Lubricación vaginal
- Miedo
- Orgasmos
- Indiferencia
- Dolor

15- Ahora clasifica del 1 al 5, siendo 1 muy poco, 2 poco, 3 igual que antes del parto, 4 A veces, 5 Siempre

- Deseo 1 2 3 4 5
- Excitación 1 2 3 4 5
- Confort 1 2 3 4 5
- Lubricación vaginal 1 2 3 4 5
- Miedo 1 2 3 4 5
- Orgasmos 1 2 3 4 5
- Indiferencia 1 2 3 4 5
- Dolor 1 2 3 4 5

16- ¿Sentiste un cambio en tu deseo en comparación a antes del parto? si no

En caso de haber respondido **si**, la experiencia fue:

- Mejor que antes del parto
- Igual que antes del parto
- Peor que antes del parto

17- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio cuán a menudo usted sintió

deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

19- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio con cuánta frecuencia usted sintió excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

20- ¿Luego del parto y en este periodo de puerperio cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

21- Desde la última encuesta, sientes más (+), igual (=) o menos (-):

- Deseo
- Excitación
- Confort
- Lubricación vaginal
- Miedo
- Orgasmos
- Indiferencia

22- Desde la última encuesta, sientes más (+), igual (=) o menos (-), en cuanto a las relaciones sexuales con penetración vaginal:

- Dolor
- Incomodidad
- Sangrado
- Ardor

PÁGINA DE APROBACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final de Grado:

Título

Impacto del trauma perineal obstétrico sobre la sexualidad de las puérperas

Modalidad: Monografía
Protocolo de Investigación X

Autoras

Luciana Díaz, Joséln García

Tutor/a

Ex Prof. Adj. Dra. Isabel Posada

Co Tutora

Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues

Carrera

Obstetra Partera/o

Calificación

NOTA 10

Tribunal



Prof. Adj. Obst. Part. Romina Ferreira



Asist. Obst. Part. Katia Caviglia



Ex Prof. Adj. Dra. Isabel Posada



Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues

Fecha 01/08/2022