

## Prevalencia de dispareunia tras un parto normal

**Aythamy González Darias**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina. Pabellón II. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.

[artemi4@hotmail.com](mailto:artemi4@hotmail.com)

**Tutor**

**Consuelo Álvarez Plaza**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina. Pabellón II. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.

[coalvare@enf.ucm.es](mailto:coalvare@enf.ucm.es)

**Resumen:** tras un parto normal es frecuente que la mujer experimente alguna molestia o dolor en el periné durante las primeras relaciones coitales. Dependiendo de si existe práctica de una episiotomía o sutura de algún desgarró en el canal del parto, la reanudación de las relaciones sexuales pueden no ser del todo placenteras. **Objetivo:** conocer la prevalencia de dispareunia tras un parto eutócico. **Paciente y métodos:** estudio longitudinal prospectivo. Se estudiarán aquellas mujeres que tengan un parto eutócico en el Hospital Universitario de Canarias. El seguimiento se realizará a través de una entrevista personal en las primeras 48h del posparto y la realización de un cuestionario vía telefónica a los tres y seis meses del parto. El instrumento inicial de recogida de información será la historia clínica. La medición de la intensidad del dolor en las relaciones sexuales se evaluará con escala EVA y un cuestionario de elaboración "ad hoc".

**Palabras Clave:** Dispareunia. Parto-Complicaciones y secuelas. Relaciones sexuales.

**Abstract:** after a normal delivery is often that women experiment some kind of discomfort or pain in the perineum during the first sexual intercoursés. Depending of diverse factors, as the realisation of an episiotomy if needed or the suturing of any vaginal tear, the re-starting of sexual intercourse might not be completely pleasant. **Objective:** to determine the prevalence of dyspareunia after a normal vaginal delivery. **Sample and methods:** Longitudinal prospective study. Women who had a normal vaginal birth in the Hospital Universitario de Canarias will be studied. The follow-up will be done through a personal interview in the first 48 hours post-delivery and the realisation of a questionnaire via telephone at three and six months postpartum. The initial tool to obtain the information will be the medical records. The measurement of the intensity and duration of sexual intercourse will be evaluated with a pain rating scale and by means of the elaboration of an "ad hoc" questionnaire.

**Key words:** Dyspareunia. Birth. Sexual intercourse.

## INTRODUCCIÓN

La morbilidad y mortalidad que se asociaba con el nacimiento ha descendido considerablemente en la mayor parte del mundo occidental, sobre todo, aquellas complicaciones de mayor gravedad. Estas patologías han remitido desde que los profesionales sanitarios especializados, matronas y obstetras, asisten a los partos. Sin embargo, las disfunciones en el suelo pélvico y alteraciones en la función sexual que se inician durante el embarazo y tras el parto por vía vaginal, siguen siendo un problema al que se le ha dado poca importancia tanto por parte de las autoridades sanitarias como por los profesionales de la salud. El escaso interés asistencial que acapara, hace que sea una de las patologías más desconocidas entre la población española, a pesar de que afecta a la calidad de vida de millones de mujeres<sup>(1,2)</sup>.

La disminución de la mortalidad materna y perinatal y, el mayor protagonismo de la mujer en la sociedad, ha hecho que la atención se centre en las secuelas que producen el parto sobre la salud y la calidad de vida de la mujer. Hoy la mujer no quiere quedar relegada a la esfera doméstica, la mujer quiere mantener su vida social y laboral después de haber sido madre.

Actualmente, la mujer acepta y disfruta de su sexualidad. Es mucho más desinhibida y tiene más iniciativa en el plano sexual. Así pues, el sexo ocupa, sin duda alguna, un lugar muy importante dentro de la pareja ya que es una forma más de relacionarse, de buscar la satisfacción de un deseo, de pasión y amor por la otra persona.

Hay que derribar las barreras del pudor, el tabú que existe al hablar del sexo en determinadas regiones rurales de las islas, donde la educación tradicional ha limitado a la mujer durante años a expresar y reconocer su sexualidad, debe ser modificada. Si nos centramos en la población emigrante que actualmente llega más a tierras isleñas, el problema se exacerba. En ciertas áreas geográficas, sobre todo en aquellas cercanas al archipiélago canario como Mauritania, Senegal, Gambia, etc., debido a factores socioculturales<sup>(44)</sup>, las mujeres no se atreven a pedir consejo médico en cuanto a alteraciones de su sexualidad y sistema reproductor. En casos de disfunciones sexuales, poder afrontar y hablar de este problema sin vergüenza favorecería a todas las afectadas, que conocerían con precisión y veracidad los tratamientos disponibles y las soluciones existentes.

La dispareunia tras el parto es relativamente frecuente, los desgarros o episiotomía producidos en el período expulsivo del parto pueden ocasionar este tipo de problemas que influyen de forma negativa en la calidad de vida de las mujeres<sup>(3)</sup>. Como profesionales sanitarios especializados en salud sexual y reproductiva de la

mujer, debemos velar en todo momento por mantenerla, fomentarla y prevenir complicaciones que puedan deteriorarla. Si bien, aunque existen momentos que prima el bienestar materno-fetal, deberíamos ser conscientes de las repercusiones que pueden tener actos quirúrgicos como la episiotomía o, simplemente, no proteger el periné en trabajo de parto. Estos procedimientos pueden originar disfunciones sexuales de tal magnitud que pueden ser capaces de deteriorar el núcleo familiar. Debemos recordar que dentro de los derechos de salud sexual, según la OMS, existen, entre otros, los siguientes:

- Alcanzar los niveles más altos de salud disponibles en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de cuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Buscar, recibir y compartir información en relación con sexualidad.
- Perseguir una vida sexual satisfactoria y placentera.

Dada la elevada incidencia de aparición de dispareunia en la mujer en el puerperio, es necesario que los colectivos profesionales competentes en la salud sexual y reproductiva de la mujer nos planteemos prácticas basadas en la evidencia científica y se originen nuevas líneas de investigación orientadas a la prevención y curación de secuelas de este problema. Con este proyecto se pretende ver las dimensiones reales del problema en la población a estudio y establecer el seguimiento de los casos con la finalidad de aportar soluciones y medidas de prevención eficaces.

### **ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

Durante el ciclo biológico de la mujer, existen situaciones de riesgo en las que se puede afectar el sistema de sostén y suspensión de los órganos pelvianos. Dentro de estas situaciones, podemos destacar el embarazo y el parto como factores predisponentes a padecer disfunciones sexuales como la dispareunia en el puerperio.

Con el presente estudio se pretende identificar el porcentaje de mujeres que tras un parto normal en el Hospital Universitario de Canarias presentan este tipo de patología y qué medidas correctoras podemos realizar para minimizar dicho porcentaje. La dispareunia en el puerperio afecta, de forma negativa, al inicio de las relaciones sexuales con la pareja; si la mujer no es consciente de la existencia de este problema y, sobre todo, no solicita ayuda profesional, esta disfunción puede cronificarse y deteriorar la vida de pareja.

Durante el embarazo existe una sobrecarga sobre el suelo pélvico de forma creciente hasta el final de la gestación; si además, le añadimos el daño que ocasionan los desgarros o la episiotomía producidos en el momento final del expulsivo, nos

podemos encontrar con un elevado porcentaje de mujeres que refieren dolor perineal en el posparto, que, sin duda alguna, dificultará el inicio de las relaciones sexuales llegando a optar por mostrar rechazo hacia la pareja.

En un estudio descriptivo realizado en la Universidad de Nuevo México, en Albuquerque, por el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el año 2009, se investigaba una población de mujeres, matronas de profesión, a los tres meses del parto, donde se les agrupaba en dos grupos:

- Menor trauma obstétrico: partos con periné íntegro, desgarros de primer grado o laceraciones que no requieren ningún tipo de sutura.
- Mayor trauma obstétrico: partos con desgarros de segundo, tercer o cuarto grado o algún otro trauma que hubiese requerido sutura.

Se excluyeron los casos de partos en los que realizaron episiotomías.

Se concluyeron las siguientes diferencias: las mujeres que hubiesen padecido algún tipo de desgarro o trauma obstétrico mayor mostraban más rechazo hacia sus parejas a la hora de iniciar contacto o preámbulos de una relación sexual que aquellas que tuvieron menor trauma obstétrico. Sin embargo, los dos grupos a estudio, a los tres meses del parto se declaran, de forma equitativa, activas sexualmente<sup>(4)</sup>. Este estudio nos sirve como referencia para el actual proyecto de investigación.

Para mejor comprensión de este proyecto de investigación, es de vital importancia entender y conocer el estado actual de los siguientes términos:

- Dispareunia.
- Episiotomía.
- Parto normal o eutócico.

## **DISPAREUNIA**

“Dolor que se produce durante el acto sexual tras la penetración. Cuando esta experiencia es repetida puede producir tensión y ansiedad modificando de forma negativa la visión sobre las relaciones sexuales, provocando rechazo a la pareja y una inhibición sexual”.

A pesar que existen diferentes clasificaciones según su origen, en este caso, nos vamos a centrar en aquella que se origina tras el parto. Según refieren algunos autores apoyados en la Conferencia Internacional de Consenso y Desarrollo, la dispareunia, es la disfunción sexual más frecuente en el puerperio<sup>(5)</sup>.

Barret y col. estudiaron una población de 796 mujeres primíparas; a los tres meses del parto, un 62% de la población de estudio refería tener relaciones sexuales dolorosas, a los seis meses la cifra disminuyó hasta llegar a un 31%. Sólo el 12% de las encuestadas refirió tener dispareunia en el año previo a la gestación<sup>(6)</sup>. En este estudio, el 68% de las encuestadas expresó la necesidad de ayuda en los trastornos sexuales en el postparto.

Otros autores han relacionado de forma directa la dispareunia en el posparto con la realización de episiotomía o laceraciones y desgarros en el canal del parto<sup>(7,8,9)</sup>.

Según algunos estudios, entre un 1-2 % de mujeres en la edad adulta presenta coito doloroso con regularidad, y se considera, que al menos un 15% de la población femenina presenta molestias coitales algunas veces al año.

Para poder realizar un diagnóstico certero de dispareunia, algunos autores recomiendan un examen pélvico completo, aunque también aconsejan realizarlo en todas las mujeres para descartar otro tipo de anomalías como lesiones vulvares, atrofas vaginales, etc<sup>(10)</sup>.

## EPISIOTOMÍA Y DESGARROS

Los desgarros perineales son laceraciones que se producen en el canal blando del parto y atienden a una clasificación según los tejidos afectados. La clasificación comúnmente aceptada es:

- I grado: afecta piel y/o mucosa vaginal.
- II grado: afecta a lo anterior y músculo (suele ser el bulbo cavernoso).
- III grado: afecta a lo anteriormente citado y llega a esfínter anal.
- IV grado: afecta a todo lo anterior y mucosa rectal.

Los desgarros de tercer y cuarto grado son los más graves llegando a producir más dolor e incontinencia rectal con todas las limitaciones e incomodidades que esto conlleva<sup>(11)</sup>.

La episiotomía es una técnica que consiste en la incisión de la región pudenda del periné femenino con objeto de ampliar el introito vaginal durante el nacimiento. Sir Fielding Ould. 1742.

Si profundizamos en el uso indiscriminado de la episiotomía como se ha venido realizando hasta ahora, y sus posibles repercusiones sobre las disfunciones sexuales, algunos autores han constatado relación directa hasta seis meses después del parto<sup>(12,13)</sup>. La dehiscencia e infección de la misma, o la estrechez del introito vaginal

por defecto en la episiorrafia, son factores implicados en la aparición de dispareunia<sup>(14,15)</sup>.

La infección de la episiotomía es uno de los factores relevantes para el desarrollo de complicaciones en el periné<sup>(15)</sup>.

A pesar que existe la suficiente evidencia científica<sup>(16,17,18)</sup> para evitar generalizar su uso, en nuestro país, el índice de episiotomías realizadas es de los más elevados dentro de Europa. En la práctica obstétrica, la incidencia de la episiotomía varía de un lugar a otro, así, la incidencia es más alta en EE UU, América Latina y España (aproximadamente el 40% de los partos vaginales) en relación con Europa, encontrándose la cifra más baja en Suecia, sólo el 1% de los partos vaginales<sup>(19)</sup>. Diversos estudios realizados en nuestro país son muy claros al relacionar la dispareunia, dolor general y molestias en la deambulación o al sentarse con la práctica de la episiotomía<sup>(20,21)</sup>. No sólo los estudios realizados por profesionales avalan el abandono de la realización de esta técnica de forma sistemática; en nuestro país, las sociedades científicas como Sociedad de Ginecología y Obstetricia (SEGO)<sup>(22)</sup> y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)<sup>(23)</sup> se han manifestado a favor del uso selectivo de la misma. Otro tipo de asociaciones como “El parto es nuestro” también aboga por la política de episiotomía selectiva<sup>(24)</sup>. La postura en contra de la práctica de forma indiscriminada también ha sido apoyada por diversos organismos e instituciones públicas como La Generalitat de Catalunya<sup>(25)</sup> y la Junta de Andalucía<sup>(26)</sup>.

En el momento actual, los conocimientos científicos han puesto de manifiesto los efectos que produce el parto vaginal sobre el suelo pélvico; los factores de riesgo de lesión durante el parto demostrados son:

- Episiotomía.
- Partos instrumentales, sobretudo el fórceps.
- Periodos largos de dilatación.
- Expulsivos prolongados.
- Primiparidad.
- Desgarros III y IV grado.
- Fetos macrosómicos.

La decisión de practicar una episiotomía está en relación con:

- El grado de experiencia del profesional que asiste el parto y las políticas hospitalarias<sup>(27)</sup>.
- Factores que incrementan la incidencia de ésta, como son la primiparidad, la anestesia epidural y la posición en decúbito supino materna.

Según estudios sobre la evolución de las episiotomías realizadas en uno de los Hospitales de España, en el Hospital de Coria, se concluyó con que la aplicación de política selectiva de episiotomías conlleva un aumento significativo de periné intacto o con lesión mínima, sin repercutir de forma negativa en el porcentaje de desgarros ni de pérdida de bienestar neonatal. Si bien, hay que destacar que los partos incluidos en este estudio fueron realizados por matronas<sup>(20)</sup>.

Existen riesgos y beneficios en la práctica de la episiotomía versus no episiotomía. En la práctica habitual hasta ahora, se ha supuesto que los beneficios de la episiotomía era que prevenía:

- Los músculos y la fascia del sistema de sostén del suelo pélvico.
- Los desgarros de III y IV grado.
- Su reparación (episiorrafia) es más fácil de reconstruir que suturar un desgarro.
- Evita trauma neonatal en fetos macrosómicos, y
- Minimiza el riesgo de hemorragias intraventriculares en los partos pretérminos.

En los estudios basados en la evidencia parece que esto no está tan claro<sup>(28,19)</sup>. Estos autores destacan dentro de los efectos adversos:

- La incisión puede extenderse y ocasionar desgarros de III y IV grado.
- Favorece la aparición de fístulas.
- Su reparación puede quedar asimétrica, dando resultados anatómicos insatisfactorios.
- Se incrementa la pérdida hemorrágica.
- Existe más dolor en el postparto.
- Hay una mayor incidencia de infecciones.
- Aparición más frecuente de dehiscencias.
- Más disfunciones sexuales<sup>(19,28)</sup>.

Otra variable importante a considerar es el tipo de sutura realizada en el momento de reparar la lesión perineal provocada por el parto. Diferentes estudios corroboran que ni la técnica utilizada, ni el tipo de sutura empleada influyen en la recuperación del periné a los tres meses del postparto encontrándose datos similares

de dispareunia; sin embargo, las mujeres suturadas con un tipo de sutura continua referían menor dolor que aquellas que fueron suturadas con la técnica discontinua<sup>(29)</sup>.

En el Hospital Universitario de Canarias, en concreto, en la Unidad de Paritorio, se utiliza una sutura de hilo sintético absorbible monofilamento de ácido poliglicólico y el tipo de técnica realizada por la mayoría de los profesionales es una sutura continua. Por lo tanto, se va a obviar esta variable en el desarrollo del proyecto ya que se contará que el tipo y la técnica de sutura son iguales para todas las púerperas.

La controversia aparece a la hora de decidir si la episiotomía debe realizarse de forma rutinaria o selectiva; es decir, en los casos estrictamente necesarios, como puede ser el uso del fórceps. La episiotomía, en este caso, se indicaría para prevenir desgarros del periné, puesto que la episiorrafia es anatómicamente más correcta y hay menos riesgo de complicaciones. Otra indicación sería en los fetos macrosómicos, partos en presentación de nalgas que se decidieran por vía vaginal, así como cuando existe un compromiso fetal y queremos acortar el expulsivo<sup>(19,31,32)</sup>.

El momento óptimo para la realización de la episiotomía tampoco está claro; existe disparidad de opiniones; algunos autores<sup>(28)</sup> piensan que hacerla muy pronto implica más pérdida de sangre, sin embargo, otros afirman que si se realiza con la cabeza coronando, el periné, los músculos y la fascia de éste ya están afectados, por la gran distensión que se ha producido en el periné<sup>(19)</sup>.

Como mención, ya que los partos instrumentados van a estar excluidos de nuestro proyecto a estudio, cabe reseñar que el fórceps es otro factor de riesgo de disfunciones. El 16% de los partos del HUC se realizan mediante fórceps. La aplicación de éste está indicado si se sospecha compromiso fetal, para acortar los expulsivos en caso de complicaciones maternas y en los periodos expulsivos prolongados, considerados como tales, 3 horas para nulíparas con anestesia epidural y feto monitorizado y 2 horas si no tienen anestesia; y para multíparas, 2 horas con anestesia y 1 hora sin ella<sup>(33)</sup>.

## **PARTO NORMAL O EUTÓCICO**

La definición del parto normal es “el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”.

Aprobada en la “Jornada Iniciativa Parto Normal” según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME).

Otros factores que se deben destacar de un parto normal es que ocurre de vértice, en posición occípito púbica. Esta posición es el resultado de la adaptación del cráneo fetal a la pelvis materna. En ocasiones, esta adaptación no se desarrolla de forma exitosa y puede presentarse de forma occípito sacra, es decir, el occipucio fetal está apoyado en el periné posterior. Todas las posiciones que se desvíen de la de vértice se relacionan con más molestias, desgarros de mayor índice y aumento de la probabilidad de realización de fórceps y episiotomías.

En un estudio<sup>(35)</sup> donde se comparó el dolor postparto tras un parto con episiotomía y partos con periné íntegro o con desgarros espontáneos, se encontró que las mujeres con episiotomía referían más dolor que el otro grupo.

Similar problema surge en relación a las disfunciones sexuales, unos autores encuentran dispareunia asociada a los partos con episiotomía<sup>(9)</sup>, pero parece que el efecto de estas disfunciones sexuales es pasajero, ya que desaparece a los tres meses después del parto. Otros autores<sup>(35)</sup> no encontraron diferencias significativas relacionadas con la analgesia epidural y el descenso de la respuesta sexual.

Es reconocido que la educación maternal y los ejercicios de la musculatura pélvica son recomendados por su efecto protector, ya que ayuda a la pronta recuperación del canal del parto con el fin de prevenir la aparición de dispareunia y la incontinencia postparto. Baessler<sup>(34)</sup> opina que si se controla la obesidad antes del parto y se realizan los ejercicios de Kegel<sup>(36)</sup> de forma regular y continúa antes y después del parto se reducen los riesgos de incontinencia y de dispareunia. Otro estudio que merece mención es el realizado por Beckmann MM y Garret AJ sobre el Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal. Estos autores concluyeron que aquellas gestantes, a partir de 35 semanas de gestación, que practicaban masaje perineal antes del parto, tenían menor riesgo de trauma obstétrico, episiotomía y menor dolor perineal después del parto<sup>(37)</sup>.

Por todo lo expuesto se evidencia la protección que tiene sobre el suelo pélvico la realización de una cesárea electiva en relación a mujeres que han parido por vía vaginal. Estamos hablando de protección del suelo pélvico, por lo tanto, no son válidas las cesáreas realizadas por no evolución del periodo de dilatación, por no descenso de la presentación o por fracaso del periodo expulsivo, puesto que el resultado de este grupo fue similar a las mujeres que parieron por vía vaginal<sup>(38)</sup>.

Todos los autores<sup>(39,40)</sup> están de acuerdo en que la cesárea electiva protege el suelo pélvico, el problema está si se justifica esta cesárea en relación a la morbilidad que implica una intervención quirúrgica, además del incremento de coste económico debido al uso del quirófano, servicio de recuperación, la estancia media se alarga y el aumento de los recursos materiales etc.

En resumen, este proyecto pretende comparar la existencia de disfunciones sexuales, en concreto, la dispareunia, tras un parto eutócico con o sin episiotomía. Con

este estudio, aspiramos a conocer la prevalencia de esta disfunción, sus repercusiones y si las cifras aumentan o disminuyen en presencia de episiotomía. Para ello, contamos con la colaboración de la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Universitario de Canarias para posterior desarrollo de dicho estudio con la finalidad de dar a conocer resultados en diversas actividades científicas y, por supuesto, ante el equipo de ginecología y obstetricia del hospital. En cuanto al desarrollo de la tesis, quizás debería añadir otras disfunciones que afectan al suelo pélvico y profundizar más en otros factores psicológicos que puedan intervenir en la reanudación de las relaciones sexuales tras un parto eutócico como pueden ser: el miedo al dolor, miedo a la dehiscencia de la herida perineal, existencia de depresión postparto, etc.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hines BJ, Porges RF. Pelvic floor dysfunction after vaginal delivery. Review 2003. Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
2. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *J Adv Nurs* 2003; Sep 43(6):555-568.
3. Pauls RN, Karram MM, Kleeman SD. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Survey*. 2005 Mar;60(3):196-205.
4. Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract impact postpartum sexual function? *J Midwifery Womens Health*. 2009 Mar-Apr;54(2):98-103.
5. Shifren JL, Barbieri RL, Falk SJ. Sexual dysfunction in women: epidemiology, risk factors and evaluation. Last review: 30 Septiembre 2009. Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
6. Zeelha Abdool, Rane Thakar, Abdul H. Sultan. Postpartum female sexual function. Review April 2009. Available from: [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com).
7. Barret G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG*. 2000;107(2):186-95.
8. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy*. 2009;110(7):427-31.
9. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Apr;184(5):881-8.

10. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly AM, Moalli P, Brown MB, et al. Sexual function 6 months after first delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2008;5:1040-45.
11. Klein C. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol*. 1994 Sept; 171(3):591-598.
12. Santos K, Goicochea E. Complicaciones postepisiotomía. *Rev Obstet Valleziana*. 2002;2:82-95.
13. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):669–73.
14. Wences-Calleja N, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Enzaldo de la Cruz JI. Percepción de las mujeres sobre las implicaciones de la cesárea y el parto sobre su salud. *Rev Panam Salud Publica*; Jan. 2008;23(1):44-51.
15. Solana-Arellano E, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas-Turanzas M, Enzaldo de la Cruz J, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):44–51.
16. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv*. 1983;38:322-38.
17. Juste Pina A, Luque Carro R, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E, Viñerta-Serrano E, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof*. 2007;8(3-4):5-11.
18. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
19. Robinson JN. Episiotomy. Review 2003; Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
20. Vidal Bermejo M. Evolución de las episiotomías realizadas en el Hospital Ciudad de Coria entre 1997 y 2005. Repercusiones anatómicas y clínicas. *Matr Prof*. 2009;10(1):5-9.
21. Romero J. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matr Prof*. 2002;8:33-9.

22. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de consenso SEGO de asistencia al parto. Madrid: SEGO; 2007.
23. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Barcelona: FAME; 2007.
24. Asociación el Parto es Nuestro. [consultado el 03/12/2008]. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es>.
25. Generalitat de Catalunya. Protocol per l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut; 2003.
26. Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ªed. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
27. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates H. Atención por comadronas versus otros modelos de atención para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
28. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2008; nº 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
29. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
30. Morano S, Mistrangelo E, Pastorino D, Lijoi D, Constantini S, Ragni N. A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. J Minim Invasive Gynecol. 2006 Sep-Oct;13(5):457-62.
31. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, Lieberman E. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2000;96:214-218.
32. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2008.
33. American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Operative vaginal delivery. ACOG Practice Bulletin, number 54, Washington DC: ACOG; 2000.

34. Baessler K, Schuessler B. Childbirth-induced trauma to the urethral incontinence mechanism: review and recommendations. *Urology*. 2003;Oct 62(4 Suppl 1):39-44.
35. Meyer S, Achtari C, Hohlfeld P, De Grandi P, Buchser E. Effects of epidural analgesia on pelvic floor function after spontaneous delivery: a longitudinal retrospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2002;Nov 13(6):359-365.
36. Bo K, Talsth T, Vinsness A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79:598-603.
37. Beckmann MM, Garrett AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
38. Wegner EK, Bernstein IM. Operative vaginal delivery. Review 2003. Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
39. Lal M. Prevention of urinary and anal incontinence: role of elective cesarean delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2003;Oct 15(5):439-448.
40. DuBeau CE. Epidemiology, risk factors, and pathogenesis of urinary incontinence. Review 2003. Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
41. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA*. 2004 Feb 25;291(8):986-995.
42. Elia G, Bergman J, Dye TD. Familial incidence of urinary incontinence: *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187:53-55.
43. Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales. Associació Catalana de Llevadores. Disponible en : <http://www.llevadores.org/>.

### RECURSOS ELECTRÓNICOS

1. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/>

3. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org>
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: <http://www.sego.es/>
5. Observatorio de Salud y Mujer. Disponible en: <http://www.obsym.org/>

### HIPÓTESIS UNILATERAL

Las mujeres que hayan sido sometidas en sus partos a episiotomías tienen más riesgo de sufrir dispareunia a los tres y seis meses del parto que aquellas que han tenido algún tipo de desgarro o periné íntegro.

#### Objetivos Generales:

- Obtener la incidencia y prevalencia de dispareunia tras un parto normal realizado en el Hospital Universitario de Canarias en el área de paritorio.
- Obtener la incidencia y prevalencia de dispareunia tras un parto normal con episiotomía realizado en el Hospital Universitario de Canarias.
- Obtener la incidencia y prevalencia de dispareunia tras un parto normal con desgarro de primer o segundo grado realizado en el Hospital Universitario de Canarias.
- Obtener la incidencia y prevalencia de dispareunia tras un parto normal con desgarro de tercer grado realizado en el Hospital Universitario de Canarias.

#### Objetivos Específicos:

- Hallar la relación entre los factores de riesgo confirmados asociados a:
  - ✓ Dispareunia.
  - ✓ Episiotomía.
  - ✓ Desgarros.
- Estimar la prevalencia de dispareunia a los tres meses postparto tras un parto normal:
  - ✓ Con episiotomía.
  - ✓ Con desgarro de primer o segundo grado.

- ✓ Con desgarro de tercer grado.
- ✓ Con periné íntegro.
  
- Estimar la prevalencia de dispareunia a los seis meses postparto tras un parto normal:
  - ✓ Con episiotomía.
  - ✓ Con desgarro de primer o segundo grado.
  - ✓ Con desgarro de tercer grado.
  - ✓ Con periné íntegro.
  
- Estudiar en qué medida los factores socioeconómicos y culturales determinan la valoración subjetiva y el comportamiento en la dispareunia y conocer el impacto que produce sobre la calidad de vida.

## METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

### Tipo de investigación

Diseño de investigación cuantitativa. Estudio observacional prospectivo. Diseño longitudinal a través de cortes transversales.

### Población diana

Mujeres que tengan un parto normal o espontáneo en el paritorio del hospital universitario de canarias entre los meses de junio y diciembre del 2010.

Se incluirán en el estudio todas las mujeres que acepten de forma voluntaria el consentimiento informado. Se excluirán aquellas mujeres que comprometan la calidad de los datos.

### Criterios de inclusión

- Primíparas que hayan tenido un parto eutócico:
  - ✓ A las que se les haya realizado una episiotomía durante el parto a estudio.
  - ✓ Que hayan tenido un desgarro perineal de I y II grado durante el expulsivo.
  - ✓ Que tengan el periné íntegro o pequeñas laceraciones sin requerir sutura tras el expulsivo.
  - ✓ Que tengan un desgarro de III grado durante el expulsivo.
  
- Primíparas cuyo ingreso puerperal sea al menos de 48 horas.

### **Criterios de exclusión**

- Mujeres con patología del suelo pélvico previa al parto actual.
- Grandes multíparas.
- Primíparas que hayan tenido un parto instrumentado (fórceps).
- Primíparas que se hayan sometido a una cesárea para finalizar la gestación actual.
- Mujeres que padezcan alguna disfunción sexual previa al parto actual (dispareunia y/o vaginismo).
- Dificultad idiomática.
- Primíparas con patología obstétrica: multíparas, macrosomías fetales, distocias de hombros, etc.

### **Tamaño de la muestra y técnica de muestreo**

La técnica de muestreo utilizada es aleatorio simple usando una tabla de números aleatorios.

El estudio se desarrollará en el Hospital Universitario de Canarias en diferentes áreas entre las que destacamos: área de paritorio, sala de púerperas y consulta de suelo pélvico. El Hospital Universitario de Canarias es un hospital de tercer nivel con 650 camas y un promedio de 2.700 partos anuales. Durante el ejercicio del año 2009 nacieron 2.697 niños con un porcentaje 68% partos normales o eutócicos. La muestra incidental será de 267 más un 20% de pérdidas = 320 señoras, asumiendo una varianza máxima ( $pxq = 0,25$ ) y un error del 6%.

Las variables del estudio serán:

### **Variables independientes**

- **Principales**
  - ✓ Episiotomía: sí, no.
  - ✓ Desgarro I y II grado: sí, no.
  - ✓ Desgarro III grado: sí, no.
  - ✓ Periné íntegro o pequeñas laceraciones: sí, no.

- **Secundarias**

- ✓ Edad.
- ✓ Nivel de estudios: sin estudios, primarios, medios, superiores.
- ✓ Estado civil: soltera, casada, pareja de hecho o conviviente, viuda, separada/divorciada.

### **Variables dependientes**

- Nivel de dolor en la zona perineal en las relaciones sexuales a los tres meses del parto mediante una escala numérica de intensidad del dolor.
- Nivel de dolor en la zona perineal en las relaciones sexuales a los seis meses del parto mediante una escala numérica de intensidad de dolor.
- Tipo de lactancia: materna o artificial.

### **Recogida de datos**

La captación de las mujeres se realizará en el paritorio o en la planta de puérperas del hospital mediante la técnica de muestreo elegida.

Primeramente, se realizará una entrevista con el fin de valorar criterios de inclusión y exclusión, obtener el consentimiento informado, explicarle el propósito del estudio, garantizarle la confidencialidad de los datos y agradecerle su colaboración.

La obtención de los datos se realizará a través de: la historia obstétrica y del partograma (programa informático SAP), mediante entrevista personal en el paritorio o en la unidad de puérperas y con la realización de dos cuestionarios validados de valoración de dispareunia vía telefónica a los tres y seis meses del parto.

Para la obtención de los datos vía telefónica se empleará un cuestionario específico estructurado y validado para el problema objeto de estudio.

Las mujeres que hagan referencia en el cuestionario a algún problema de dolor perineal o dispareunia serán citadas para una entrevista personal en la Consulta de Suelo Pélvico del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Canarias, donde se hará una valoración, consulta y diagnóstico.

Todas las mujeres que sean diagnosticadas de dispareunia y tengan impacto sobre su calidad de vida, se les ofrecerá una opción terapéutica.

### **Prueba piloto**

Se seleccionarán 10 puérperas que hayan tenido un parto eutócico en el Hospital Universitario de Canarias y que cumplan criterios de inclusión. Iniciaremos la captación

siguiendo el muestreo elegido hasta alcanzar las 10 acordadas, estimándose la duración de la prueba piloto en aproximadamente un mes. A cada puérpera se le realizarán las valoraciones establecidas durante las primeras 48 horas postparto mediante entrevista personal y a los 3 y 6 meses posparto mediante realización de un cuestionario de dispareunia validado vía telefónica.

Los objetivos principales de la prueba piloto son:

- Entrenar a las personas encargadas de la recogida de datos, interpretación de resultados y de las conclusiones obtenidas.
- Conocer las limitaciones del estudio.
- Detectar errores que puedan alterar la obtención y la calidad de los datos como preguntas mal formuladas o de difícil comprensión, el rechazo a participar.

### **Limitaciones del estudio**

La primera valoración que surge tras la estimación de las limitaciones del proyecto es que éste se centra en una fracción de la población que no ha tenido partos, es decir, nulíparas, aunque hayan tenido diversas gestaciones no llevadas a término. Con lo que se reduce de forma considerable la muestra a estudio.

Además se han estipulado unos criterios de inclusión y exclusión que acotan más la población a estudio.

### **Sesgos de selección**

Se ha tenido en cuenta el posible sesgo de selección por pérdidas en el seguimiento dado que el tema a estudio puede originar pudor a la hora de verbalizarlo o no ser considerado un problema por parte de la puérpera, simplemente lo ve como una consecuencia normal de su parto. Se supone que la pérdida de sujetos sería significativa, por lo que finalmente se ha optado por realizar la captación en el momento del puerperio mientras esté ingresada en planta. De este modo, se intentarían controlar los posibles sesgos por pérdidas y los consecuentes sesgos informativos que se derivarían de los errores en la clasificación de los sujetos (si se emplease el método de captación comentado previamente); además, el método de captación empleado, posiblemente, repercuta de un modo favorable sobre el número de gestantes captadas.

Por otro lado, se han de tener en cuenta las posibles pérdidas cuando:

- Porcentaje de puérperas que no deseen participar en el estudio.
- Porcentaje de abandonos voluntarios del estudio.

- Si se produjesen errores en el circuito de captación y, en la segunda fase, no se cumplimentan cuestionarios de forma correcta.
- Las posibles pérdidas en la segunda fase del estudio por dificultades en la localización de la púérpera.
- Las posibles pérdidas en la segunda fase del estudio derivadas de complicaciones puerperales ajenas a la del estudio.

### **Sesgos de información**

- Se tratará de controlar los posibles errores introducidos por los encuestadores mediante: el uso de un cuestionario estructurado, el empleo de tiempo controlado de ejecución de la entrevista y la cumplimentación del mismo.
- Se valorará la tasa de respuestas-omisiones y notas de los ítems que componen los cuestionarios.
- La elaboración del cuestionario ha sido “ad hoc”, por lo que se valorará la respuesta del mismo en la prueba piloto y se realizarán las modificaciones pertinentes.

### **Aspectos éticos**

La medicina es una ciencia en continuo movimiento. La búsqueda de nuevos beneficios para la salud y bienestar de las personas tanto sanas como enfermas surge de la investigación en seres humanos; si bien, en ocasiones se originan diversos dilemas éticos que derivan del incumplimiento de los códigos o normas en la investigación.

Tras la valoración de diversos aspectos que son necesarios en el estudio y los posibles problemas éticos que pueden aflorar en su práctica, es necesario, que el Comité ético del hospital, evalúe los puntos más relevantes del proyecto con la finalidad de garantizar a los sujetos del estudio el cumplimiento de los postulados éticos por parte del investigador que impulse la puesta en marcha del estudio. Para ello, se han respetado los principios éticos actualmente vigentes:

- Declaración de Helsinki (1964) con sus revisiones posteriores.
- Informe de Belmont (1978).
- Declaración Bioética de Gijón del 2000.
- Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

En el proyecto se especifica la necesidad de la firma del consentimiento informado, haciendo alusión a la protección de la intimidad y estricta confidencialidad de los datos, así como la información verbal complementaria facilitada por parte del equipo investigador para que las mujeres decidan de modo autónomo sobre su participación en el estudio y de su derecho a abandonarlo en cualquier momento sin que ello repercuta sobre su tratamiento personal. Todo ello para proteger el principio de Autonomía del paciente:

- Ley 41/2002, de la Autonomía del Paciente, reflejado en los artículos 2, 7 y 16.
- Ley 14/1986, General de Sanidad, reflejado en los artículos 6, 61 y 68.
- Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos.
- Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo/1655/2006, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal.

Para finalizar, desde la responsabilidad del que dirige dicho proyecto, es de obligado cumplimiento los principios de no maleficencia, de beneficencia y el principio de justicia para el desarrollo y puesta en marcha del estudio.

### Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizará con el programa SPSS 17.0

### CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Solicitud de permisos																		
Prueba piloto																		
Recogida de datos																		
Análisis estadístico																		
Resultados																		

### BIBLIOGRAFÍA

1. Pujols MA. Búsqueda bibliográfica en MEDLINE/PubMed. Matr Prof. 2006;8(3):28-33.

2. SPSS para Windows versión 17.0.
3. Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2001.
4. Azorín F, Sánchez-Crespo JL. Métodos y aplicaciones de muestreo. Madrid: Alianza Editorial; 1994.
5. Cruz Maroto, E. Incidencia y prevalencia del dolor perineal tras el parto vaginal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos Fin de Máster. 2009;1(2):369-382.
6. Rodríguez Ferrer RM. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos Fin de Máster. 2010;2(1):12-32.
7. Martínez Galiano JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas. NURE Inv. (Revista en Internet) 2009 Nov-Dic. (fecha acceso); 6 (43): (aprox 8 pant). Disponible en:  
[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/proyepiversusdes43.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyepiversusdes43.pdf)
8. Yacut E, Bayan B. Confiabilidad y validez de la escala visual analógica invertida (de derecha a izquierda) en dolores de diferente intensidad. The Pain Clinic. 2003;15(1):1-6.
9. Rosen, R, Brown, C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. J Sex Marital Therapy. 2000; 26(2):191-2000.
10. Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. Matr Prof. 2004;5(17): 23-29.

## ANEXO I

### Consentimiento informado:

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán totalmente confidenciales.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma y sin dar explicaciones.

Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

- Yo \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por \_\_\_\_\_.
- He sido informada de que la meta de este estudio es \_\_\_\_\_.

Fecha:

Firma del participante:

Firma del informador:

(Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido).

## ANEXO II

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

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

El profesional de referencia del estudio medirá con una regla la distancia desde el extremo izquierdo hasta el punto señalado por el paciente.

### Escala visual análoga de dolor



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

### ANEXO III

Número de Cuestionario: \_\_\_\_\_

Número de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Nivel de estudios:

- Primarios.
- Sin estudios.
- Medios.
- Superiores.

3. Estado civil:

- Soltera.
- Casada.
- Pareja de hecho o conviviente.
- Viuda.
- Separada/divorciada.

4. Tipo de lactancia:

- Lactancia materna.
- Lactancia mixta.
- Lactancia artificial.

5. ¿Usa algún método anticonceptivo?

- Sí (especificar) \_\_\_\_\_
- No.

6. Tipo de lesión perineal durante el parto:

- Periné íntegro tras expulsivo.
- Desgarro de primer grado tras expulsivo.
- Desgarro de segundo grado tras expulsivo.
- Desgarro de tercer grado tras expulsivo.
- Episiotomía durante expulsivo.

7. ¿Cómo cree que el embarazo ha afectado a su función sexual?
- No he tenido relaciones sexuales durante el embarazo.
  - Ha disminuido considerablemente la cantidad de relaciones sexuales (menos de la mitad).
  - Ha disminuido ligeramente la cantidad de las relaciones sexuales (la mitad).
  - No ha afectado el número de relaciones sexuales durante el embarazo.
  - Ha aumentado el número de relaciones sexuales durante el embarazo.
8. ¿Durante el embarazo cómo calificaría la satisfacción sexual en las relaciones con su pareja?
- Muy satisfecha.
  - Moderadamente satisfecha.
  - Igualmente satisfecha e insatisfecha.
  - Moderadamente insatisfecha.
  - Muy insatisfecha.
9. En los últimos tres/seis meses, ¿con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?
- Sin actividad sexual.
  - Casi siempre o siempre.
  - Muchas veces (más de la mitad de las veces).
  - Algunas veces (la mitad de las veces).
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces).
  - Casi nunca o nunca
10. En los últimos tres/seis meses, ¿con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?
- Sin actividad sexual.
  - Casi siempre o siempre.
  - Muchas veces (más de la mitad de las veces).
  - Algunas veces (la mitad de las veces).
  - Pocas veces (menos de la mitad de las veces).
  - Casi nunca o nunca.

11. En los últimos tres/seis meses, ¿con qué porcentaje usted valora sus molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual.
- Muy alto.
- Alto.
- Regular.
- Bajo.
- Muy bajo o nada.

12. En los últimos tres/seis meses, ¿con qué frecuencia se ha lubricado (humedecido o mojado) durante la actividad sexual?

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

13. En los últimos tres/seis meses, ¿cómo de difícil ha sido mantener su lubricación hasta completar la actividad sexual?

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

## ANEXO IV

### HOJA INFORMATIVA

El objetivo del estudio es conocer la existencia de dolor al inicio en las relaciones sexuales tras un parto normal, atendido por profesionales del área de partos del Hospital Universitario de Canarias, con la finalidad de mejorar la atención prestada y ofrecer seguimiento profesional.

Los datos necesarios se recogerán en tres fases:

- En primer lugar, en la visita durante el puerperio en las 48h posteriores al parto, en la sala de puérperas, se recogerá la información necesaria para ser incluidas en el estudio y se darán los consentimientos informados.
- En segundo lugar, mediante llamada telefónica, se responderán los cuestionarios a los tres y seis meses del parto.

En ningún momento, por el hecho de participar en el estudio se le realizarán más controles puerperales, ni cualquier otro tipo de prueba adicional.

Si usted en cualquier momento desea dejar de participar en el estudio, puede hacerlo sin que por ello se vea afectada en ningún aspecto la relación terapéutica con los profesionales y los procedimientos pertinentes en la evolución del postparto.

Durante el transcurso del estudio usted podrá exponer sus dudas y cuestiones que serán atendidas por el responsable de la investigación.

Sus datos serán utilizados siempre de forma confidencial por los profesionales que realizan el estudio y nunca se utilizarán para otro fin.

Gracias por su colaboración.

## ANEXO V

A la atención del Comité ético del Hospital Universitario de Canarias:

Se ha tenido presente en su elaboración que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, reconocido que las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con las ciencias médicas pueden tener repercusiones sobre los individuos, familias o comunidades, garantizándose de este modo los principios bioéticos de no maleficencia y beneficencia por parte de los profesionales que integran el equipo investigador de cara a la puesta en marcha del estudio.

Asimismo, se respeta en todo momento la legislación vigente en lo que se refiere a manipulación de datos confidenciales y autonomía del paciente:

- Ley 41/2002 de la Autonomía del Paciente, reflejado en los artículos 2, 7 y 16.
- Ley 14/1986 General de Sanidad, reflejado en los artículos 6, 61 y 68.
- Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos.
- Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo/1655/2006 por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal.

En el proyecto se especifica la necesidad de la firma del consentimiento informado, la hoja explicativa del estudio anexada, así como la información verbal complementaria facilitada por la investigadora para que las puérperas decidan de modo autónomo sobre su participación en el estudio y de su derecho a abandonarlo en cualquier momento sin que ello repercuta sobre su tratamiento personal.

En la primera fase del estudio se captará a las puérperas mediante entrevista personal para valorar criterios de exclusión e inclusión en el estudio, obtener consentimiento informado, garantizarle la confidencialidad de los datos y agradecerles la colaboración desinteresada que han mostrado en dicho estudio. Para la obtención de los datos se procederá a la revisión de la historia obstétrica, en concreto del partograma, con el objetivo de cubrir los datos necesarios para completarlo. En la segunda fase, se cumplimentará el cuestionario anexado, tras proceso de validación, vía telefónica a los tres y seis meses del parto.

Aquellas puérperas que manifiesten tener un problema de dispareunia se les ofrecerá una visita a la consulta de suelo pélvico.

Un saludo, atentamente:  
Aythamy González Darias (Matrona).

Recibido: 7 mayo 2011.

Aceptado: 28 agosto 2011.