

INFLUENCIA DE LA EPISIOTOMIA VERSUS EL DESGARRO PERINEAL SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES EN PUÉRPERAS

INFLUENCE OF THE EPISIOTOMY VERSUS THE PERINEAL LACERATION ON THE NORMALIZATION OF THE SEXUAL RELATIONS IN THE POSTPARTUM

Autor: Juan Miguel Martínez Galiano

Dirección de contacto: juanmimartinezg@hotmail.com

Cómo citar este artículo: *Martínez Galiano JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en púerperas. 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

Fecha recepción: 20/10/2008

Aceptado para su publicación: 16/03/2009

Resumen: Durante el proceso de embarazo, parto y puerperio la mayoría de las mujeres experimentan una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, de la libido y del placer que les proporciona estas relaciones. La presencia de la episiotomía hace que la normalización de las relaciones sexuales se retrase. No parece haber relación entre el tipo de parto (vaginal o cesárea) y la función sexual. Determinados factores influyen en la reanudación de las relaciones sexuales.

Objetivos: Determinar el tiempo que tardan las mujeres en reiniciar las relaciones sexuales tras el parto vía vaginal, valorar que repercusión tiene la episiotomía y el desgarro sobre la regularización de la actividad sexual de las mujeres, conocer que tipo de relación sexual se mantiene de inicio tras el parto, detectar factores que influyen en la normalización de las relaciones sexuales tras el parto.

Metodología: Estudio observacional, analítico, prospectivo en el área sanitaria del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, mujeres que den a luz en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) entre los meses de Julio y Diciembre del 2008, se realiza entrevista telefónica a los 60 días del parto. Se utilizará un cuestionario de elaboración propia. **Discusión:** Las relaciones sexuales de pareja aportan beneficios físicos, psíquicos y sociales, según los diferentes estudios, estas relaciones se ven afectadas por el proceso de embarazo, parto y puerperio, implantando una política de episiotomía selectiva que toda la evidencia científica recomienda se favorece la normalización de dicha actividad sexual. Es posible que nos encontremos con determinados sesgos como pueden ser los de no respuesta, sesgo de clasificación, etc. pero trataremos con herramientas metodológicas que su repercusión sobre los resultados sean mínimos.

Palabras clave: Episiotomía, Desgarro Perineal, Sexualidad, Parto, Puerperio.

Abstract: During the process of pregnancy, childbirth and puerperium the majority of the women experience a decrease of the frequency of the sexual relations, of the libido and of the pleasure that provides these relations to them. The presence of the episiotomy does that the normalization of the sexual relations is late. There does not seem to be relation between the type of childbirth (vaginal or caesarean) and the sexual function. Certain factors influence the resumption of the sexual relations.

Objectives: To determine the time that the women are late in the sexual relations restart after the childbirth vaginal route, to value that repercussion has the episiotomy and the perineal laceration on the regularization of the sexual activity of the women, to know that type of sexual relation is kept of beginning after the childbirth, to detect factors that influence the normalization of the sexual relations after the childbirth.

Methodology: Observational, analytical prospective Study in the sanitary area of the Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, women who give birth in the Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaen) between the months of Julio and December, 2008, realizes telephonic interview to 60 days of the childbirth. There will be in use a questionnaire of proper elaboration. **Discussion:** Sex partner benefits physical, psychological and social, according to various studies, these relationships are affected by the process of pregnancy, childbirth and puerperium, a policy of selective episiotomy that recommends all the scientific evidence favors normalization of sexual activity. It is possible that we are certain biases such as non-response bias in classification, etc. but methodological tools to deal with its impact on the results are minimized.

Key words: Episiotomy, Perineal Laceration, Sexuality, Childbirth, Puerperium.

Centro de Trabajo: Enfermero Especialista en Enfermería Ginecológica y Obstétrica. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén (Jaén, España).

INTRODUCCION

El nacimiento del primer hijo constituye la principal causa de crisis y cambios en la vida marital y sexual de las parejas (1). La salud sexual de las mujeres presenta disfunciones en un porcentaje muy elevado tras el parto (2). Durante el proceso de embarazo, parto y puerperio la mayoría de las mujeres experimentan una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, de la libido y del placer que les proporciona estas relaciones. En el periodo de gestación, esta disminución está relacionada con aspectos de la personalidad materna y relaciones de la infancia, conflictos de pareja, depresión maternal, abortos previos, dificultades para la concepción del bebe y temor a dañar al feto, no parece tener influencia alguna molestias propias del embarazo como nauseas o vómitos. En cuanto al periodo post-parto tampoco parece tener asociación con esta disminución de la actividad sexual el tipo de parto, las características del bebe o el hecho de seguir una alimentación en base a una lactancia materna (3). La reanudación de las relaciones sexuales tras el parto suele ser bastante alta influenciado sobre todo por la demanda sexual por parte de la pareja; la presencia de la episiotomía hace que la normalización de las relaciones sexuales se retrasen (4). Tampoco parece haber relación entre el tipo de parto (vaginal o cesárea) y la función sexual, incluyendo en esta el deseo sexual, el orgasmo, la excitación sexual, la lubricación, el dolor y el resultado del Female Sexual Function Index questionnaire (FSFI), dicho test ha sido validado para medir el funcionamiento sexual de la mujer a través de la evaluación de la excitación sexual, orgasmo, satisfacción y dolor (4).

En lo referente a las práctica sexuales ambos géneros (hombres y mujeres) encuentran como actividades más agradables las caricias, la estimulación genital manual reciproca y el coito vaginal y como más excitantes el coito y la estimulación manual y oral de los genitales mutuamente. Los hombres se sienten más satisfechos cuando consiguen que sus parejas lleguen al orgasmo (5). Para Van Brummen et col. que estudiaron la función sexual de las parejas durante el primer año después del nacimiento de un hijo un importante factor de pronóstico para la insatisfacción en las relaciones sexuales en el primer año postparto es el no mantener relaciones sexuales en épocas tempranas del embarazo (6).

Según Grudzinskas, la media de tiempo para que más de la mitad de las parejas reanuden sus relaciones sexuales es de cinco semanas después del parto (7). Entre los resultados que Connolly obtuvo en el estudio que realizó en 2005 encontramos que es a la sexta semana postparto cuando se consigue una cópula indolora y a la duodécima semana postparto se llega al orgasmo femenino (8).

Al producirse una lesión perineal la mayoría de las veces se tiene que reparar, dentro de las diferentes técnicas de sutura, se ha comprobado que la técnica utilizada, así como el material que se utiliza para esta, no influye para la recuperación a los 3 meses del parto, encontrándose datos similares de dispareunia; pero si había diferencias significativas a los 10 días del parto, siendo menor el dolor en las mujeres suturadas con una técnica continua que con la técnica discontinua (9), (10).

Los partos tocoquirúrgicos, es decir, el uso del fórceps o del vacuo se ha asociado con un mayor grado de desgarro y con mayor presencia y severidad de dispareunia en el postparto (11). En los partos cuyo periné permanece íntegro la mujer presenta menor presencia de dispareunia en el postparto (11).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia abogan por una política de episiotomía selectiva (12), (13).

La mayoría de las investigaciones consultadas estudian la relación de la episiotomía y del periné íntegro con la satisfacción y/o normalización de las relaciones sexuales en la pareja en el postparto pero no se tiene en cuenta la influencia de los desgarros que se producen y estas relaciones (1-11), (14), (15). En nuestro país, según los resultados que se desprende de nuestra búsqueda bibliográfica sobre el tema, apenas hay estudios que analicen la relación entre los diferentes traumatismos perineales que se producen en el proceso del parto y las relaciones sexuales postparto de las parejas; de esos pocos estudios encontrados no hay ninguno que compare la episiotomía con los diferentes desgarros y la función sexual femenina.

BIBLIOGRAFIA

1. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1989. Dec; 3(4): 805-21.
2. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG.* 2000 Feb; 107(2):186-95.
3. Robson KM, Brant HA, Kumar R, Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.* 1981 Sep; 88(9):882-9.
4. Woranit W, Taneepanichkul S. Sexual function during the postpartum period. *JMed Assoc Thai.* 2007 Sep; 90(9):1744-8
5. Von Sydow K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum: sex differences and perceptual accuracy concerning partner's sexual experience. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002 Sep; 23(3):147-55.
6. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG.* 2006 Aug; 113 (8):914-8.
7. Grudzinskas JG, Atkinson L. Sexual function during the puerperium. *Arch Sex Behav.* 1984. Feb; 13(1):85-91.
8. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005 Jul-Aug; 16(4):263-7. Epub 2005 Apr 19.
9. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. *The Lancet* 2002; 359:2217-2223.

10. 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.
11. Signorello LB, Harlow BL, Chekos Ak, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationships to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Apr; 184(5):881-8;discussion 888-90.
12. Organización Mundial de la Salud. *Tecnologías de Parto Apropriadas*. Ginebra. OMS.1985.
13. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. Madrid. SEGO 2007.
14. Herrera Cabrerizo B, Rey Márquez D, Guitian Garré E, Parrilla Jimena A, Munuera Mora A, Molina Cubero L, Berral Gutiérrez A, Burgos Sánchez JA, Muñoz Martínez AL, Gálvez Toro A. Episiotomía selectiva: un cambio de prácticas basado en evidencias. *Evidentia* 2004 may-ago;1(2). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/33articulo.php> [ISSN:1967-638X] Citado el 6 de Enero de 2008
15. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from www.rhlibrary.com. (Reprinted from *The Cochane Library*, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltf.).
16. Carrera Macià JM, Mallafré Dols J, Serra Zantop B. *Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus*. Barcelona. Editorial Elsevier/Masson. 2006

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Valorar la influencia que tiene la episiotomía y el desgarro sobre la normalización de la actividad sexual de las mujeres.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el tiempo que tardan las mujeres en reiniciar las relaciones sexuales tras el parto según el tipo de lesión vaginal.
- Conocer que tipo de relación sexual se mantiene de inicio tras el parto.
- Detectar factores que las mujeres identifican como determinantes en la normalización de las relaciones sexuales tras el parto.

METODOLOGIA

Diseño: Estudio observacional prospectivo.

Ámbito de estudio: Área sanitaria del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda.

Sujetos de estudio: Mujeres que den a luz en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) entre los meses de Julio y Diciembre del 2008.

Criterios de inclusión:

- Aceptación por parte de la embarazada.
- Mujeres primigestas y, por lo tanto, primíparas.
- Gestantes cuyo parto sea eutócico.
- Mujeres que se le realicen una episiotomía durante el parto.
- Mujeres que no se le realice una episiotomía y que se desgarren, siempre que estos desgarros sean de I ó II grado.
- Parturientas cuya sutura de la lesión perineal (episiotomía o desgarro) se realice con el mismo tipo de hilo de sutura (sutura de hilo sintético absorbible monofilamento de ácido poliglicólico) y una técnica de sutura con puntos discontinuos (técnica utilizada mayoritariamente por todo el personal).

Criterios de exclusión:

- Mujeres que tengan un parto tocoquirúrgico (vacuo, fórceps o espátulas).
- Mujeres que tengan alguna patología del tracto genital inferior, de origen infeccioso, inflamatorio o de cualquier otro tipo.
- Mujeres que padezcan anteriormente al parto alguna disfunción relacionada con la actividad sexual (dispareunia, vaginismo, deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo, frigidez, disforia postcoital, etc.)
- Mujeres con desgarros de III ó IV grado o con periné íntegro.
- Mujeres que además de realizarle una episiotomía se le produzca un desgarro independientemente del grado que este sea.
- Mujeres con un periodo expulsivo en el parto mayor a dos horas.
- Mujeres cuyos recién nacidos de ese parto pesen más de 4000 gramos o menos de 2500 gramos.

No se tendrá en cuenta si la gestante tuvo anestesia epidural, deambulación, monitorización intermitente y/o alternativas analgésicas.

Tamaño muestral: Atendiendo a los datos que disponemos, para el mismo periodo del año 2007 (julio-diciembre) dieron a luz en este hospital 759 mujeres, de los cuales 612 fueron por vía

vaginal y de estos el 73.11% (533) se resolvieron de forma eutócica. A un intervalo de confianza al 95% y un error máximo del 5% y una tasa de respuesta del 70% sobre una población de 533 sujetos el valor de la muestra es de 319 sujetos. Teniendo en cuenta el número limitado de sujetos, nos planteamos estudiar a la totalidad de las mujeres que reúnan los criterios de inclusión en el estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO: Para describir las características socioculturales de la población de estudio vamos a determinar las siguientes variables:

- Edad.
- Estado Civil: Soltera, Casada, Viuda, Divorciada/Separada.
- Tiempo de convivencia con su pareja actual: Menos de 2 años, Entre 2 y 5 años, Entre 5 y 10 años, Más de 10 años.
- Nivel de estudio: Sin Estudios, Primarios, Medios, Superiores.

Independiente

- Tipo de lesión perineal: dos valores: Episiotomía o desgarro vaginal
- Episiotomía: Si o No
- Desgarro: Grado I, (se afecta solo al pliegue mucomembranoso en la comisura posterior de la vulva, la piel perineal y la membrana mucosa vaginal pero no a la fascia y al músculo), Grado II (además se afecta a la fascia y al músculo del cuerpo perineal, pero sin afectar al esfínter anal), Grado III (se afecta también al esfínter rectal), Grado IV (se incluye el canal anorectal) (16).

Dependientes

- Tiempo transcurrido desde el parto hasta que la mujer realiza alguna actividad sexual: Menos de 10 días, de 10 a 20 días, de 20 a 30 días, de 30 a 40 días, de 40 a 50 días, más de 50 días.
- Tipo de la primera relación sexual tras el parto: Petting, Sexo oral, Coito vaginal, Coito anal, Masturbación, Varios.
- Tiempo transcurrido desde el parto hasta la primera relación sexual con penetración vaginal: Menos de 10 días, de 10 a 20 días, de 20 a 30 días, de 30 a 40 días, de 40 a 50 días, más de 50 días.
- Nivel de dolor de la episiotomía/desgarro en las relaciones sexuales actualmente: Escala numérica de intensidad del dolor. (0 sin dolor, 5 dolor moderado, 10 el peor dolor posible).
- Actividad sexual igual que antes del embarazo a los 60 días: Si o No.
- Motivos, que según la mujer, están dificultando la normalización de las relaciones sexuales después del parto.

Recogida de datos: En primer lugar la matrona en la sala de puerperio inmediato se entrevistará con la mujer para obtener el consentimiento verbal de la mujer tras haberle explicado el estudio y lo que pretendemos. (Anexo I)

Se creará un registro de las mujeres que van a participar en el estudio. En el momento de la inclusión en el registro (en la sala de puerperio inmediato 1 hora después del parto) la matrona obtendrá de la historia clínica mediante su revisión: datos sobre posibles disfunciones sexuales, alteraciones del tracto genital inferior, nombre y número de teléfono. Posteriormente, la matrona entrevistará a la mujer y confirmará: los datos reflejados en la historia clínica (presencia o no de: disfunciones sexuales, alteración del tracto genital inferior, nombre y número de teléfono), un número de teléfono alternativo.

Los datos posteriores se recogerán a través de entrevista telefónica realizada por las matronas a las mujeres a los 60 días del parto, según la guía recogida en el Anexo II y se utilizarán los contenidos de un cuestionario de elaboración propia. (Anexo III).

Análisis de datos: En primer lugar se realizará un análisis descriptivo de los datos. Las variables continuas se expresarán como media y desviación típica, y las categóricas como frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Los resultados se representarán mediante tablas y gráficos

Para determinar la influencia de los factores en la reanudación de las relaciones sexuales, para variables cualitativas se calculará el **test chi-cuadrado de Pearson o test de Fisher** (cuando más del 20% de las frecuencias esperadas es inferior a 5). Para las cuantitativas, se utilizará el test t de Student.

Además se calcularán **las OR crudas para cada** variable, así como el intervalo de confianza al 95%. El nivel de significación considerado en todos los casos será de 0.05

El programa utilizado será el SPSS 15.0.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

Con el presente estudio pretendemos aportar información sobre los efectos de la episiotomía o posible desgarro vaginal sobre la reanudación de las relaciones sexuales de pareja con todos los beneficios físicos, psíquicos y sociales que a nivel personal y a nivel de pareja supone una actividad sexual placentera. Con los resultados obtenidos pretendemos proporcionar más argumentos para implantar la política de episiotomía selectiva que la evidencia científica recomienda.

Debemos valorar la presencia de posibles sesgos diferenciales como pueda ser sesgos de no respuesta, se intentará reducir este potencial sesgo informando a las mujeres que toda la información es confidencial y anónima. También hay que contar con el criterio del matrn/a que realiza el parto para la clasificación del grado de desgarro por lo que se puede producir un sesgo de clasificación; para minimizar este sesgo realizaremos una sesión de formación continuada, previa al

inicio del estudio, en la que participarán todos/as las matronas y se consensuarán la clasificación de los diferentes tipos desgarros; tras esta jornada de formación se realizará un estudio piloto que consistirá en una observación de diez desgarros de diferentes tipos por parte de dos matronas que lo clasificarán cada uno independientemente y luego lo compararán. Para que la clasificación de los desgarros sea fiable la concordancia deberá ser superior al 70%. Otro hecho a destacar es que el número de episiotomías se van reduciendo como buena práctica clínica con lo cual la muestra de estas será inferior a la del desgarro. Al realizar el cuestionario a los 60 días postparto e informar a la mujer en el inicio del proceso de investigación de lo que se va a hacer y variables que se van a tener en cuenta y proporcionándole una hoja de registro con los ítems de la información que posteriormente pasaremos a preguntarle para que ella anote la información en el momento en el que se produzca el hecho tratamos de restringir el posible sesgo amnésico que pueda aparecer.

CRONOGRAMA

En el mes de Mayo se realizará una reunión con todas las matronas en la que se informará de todos los datos del estudio, procedimiento, se resolverá dudas y preguntas.

A principios del mes de Junio se realizará la jornada de formación y la semana siguiente se realizará el estudio piloto para comprobar la concordancia en la clasificación del grado de desgarro. En este mes se preparará todo el material necesario para la puesta en marcha del estudio (fotocopias de los cuestionarios, cuaderno para el registro, etc.).

La recogida de los datos se iniciará a partir de las 0:00 horas del día 1 de Julio del 2008 con el primer parto que se produzca. Se recogerá los datos oportunos, se incluirá la mujer en el registro y se anotará la fecha en la que se debe llamar (60 días después). Las llamadas para cumplimentar el cuestionario se realizarán en un intervalo entre las 18 horas y las 21 horas del día que corresponda, se avisará a la mujer del día que se le va a llamar y el intervalo horario. Se recogerá como último parto el que se produzca el día 31 de Diciembre del 2008 antes de las 0:00 horas del día 1 de Enero del 2009. A partir del 1 de abril del 2009, una vez que ya se tenga todos los datos se procederá a su análisis y elaborar las conclusiones que se desprendan de este análisis.

TIEMPO ACTIVIDADES	MAYO 2008		JUNIO 2008		JULIO AGOSTO 2008	SEPTIEMBRE DICIEMBRE 2008	ENERO FEBRERO 2009	MARZO 2009		ABRIL 2009	
	1Q	2Q	1Q	2Q				1Q	2Q	1Q	2Q
REUNIÓN CON LOS MATRONES		X									
JORNADA DE FORMACIÓN			X								
ESTUDIO PILOTO			X	X							
PREPARACIÓN DEL MATERIAL				X							
RECOGIDA DE DATOS EN EL PUERPERIO					X	X					
RECOGIDA DE DATOS DEL POSTPARTO						X	X	X			
ANÁLISIS DE DATOS										X	X
ELABORAR CONCLUSIONES											X

Diagrama de Gant

RECURSOS Y PRESUPUESTO

Recursos humanos: Se contará con las 12 matronas que forman la plantilla del paritorio del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda.

Recursos materiales: Será necesario material fungible (folios, bolígrafos, cuaderno, etc.), se necesitará un ordenador, un teléfono, fotocopias del cuestionario.

Recursos económicos: Las matronas colaboran de manera desinteresada, para el resto de material se contará con el Hospital para que nos lo proporcione (teléfono y línea del hospital, folios del hospital, ordenador del hospital, etc.).

ANEXO I: GUIA PARA LA RECOGIDA DE DATOS EN EL PUERPERIO INMEDIATO

1. Nos aseguramos de que el tipo de parto reúne todos los criterios de inclusión.
2. Nos dirigimos a la puérpera a la que le hemos realizado el parto (por lo que ya nos hemos presentado y conoce nuestra categoría profesional), explicamos el estudio: variables a medir y nuestro objetivo; y pediremos su consentimiento verbal para su inclusión en el estudio.
3. Comprobamos en la Historia Clínica si tiene algún antecedente de disfunción sexual, alguna alteración del tracto genital inferior infeccioso, inflamatorio o doloroso, edad, estado civil y nivel de estudios.
4. Corroboramos preguntándole a la mujer los datos que aparezcan en la historia y les preguntamos los que no aparezcan, igualmente comprobamos el número de teléfono y pediremos otro alternativo. Confirmamos a través de esta entrevista su edad, nivel de estudios, estado civil y preguntamos por el tiempo de convivencia con su actual pareja.
5. Todos esos datos se recogen en el registro.
6. Agradecemos a la mujer su colaboración y le informamos del día y hora aproximada a la que la vamos a llamar.

ANEXO II: GUIA PARA LA RECOGIDA DE DATOS A LOS 60 DIAS DEL PARTO A TRAVES DE LA LLAMADA POR TELEFONO

Llamaremos a la gestante entre las 18 y las 21 horas del día correspondiente.

1. Nos presentaremos diciéndole nuestro nombre y la categoría profesional.
2. Le preguntamos cómo se encuentra ella y su recién nacido.
3. Recordaremos cual es el motivo de nuestra llamada (le diremos que vamos a preguntarle sobre los datos que le informamos en el puerperio). Tras que la mujer nos reconozca y acepte responder pasaremos a desarrollar el cuestionario del anexo III tras y como viene estructurado, por ese mismo orden.

En caso de que no consigamos contactar lo volveremos a intentar más tarde y si no lo daremos por sujeto perdido. Si tenemos dos números de teléfono lo intentamos ambas veces en los dos números de teléfono.

Una vez finalizado el cuestionario le agradecemos su colaboración.

ANEXO III: CUESTIONARIO

¿Se le realizó una episiotomía?

Si No

¿Se produjo algún desgarro?

SI NO

↓

Grado I Grado II Grado III Grado IV.

¿Cuántos días pasaron desde el parto hasta que realizó alguna actividad sexual?

Menos de 10 días Entre 10 y 20 días Entre 20 y 30 días
 Entre 30 y 40 días Entre 40 y 50 días Más de 50 días.

¿Qué tipo de relación sexual fue la primera que mantuvo después del parto?

Petting Sexo oral Coito vaginal Coito anal Masturbación.

En una escala del 0 al 10 donde el 0 sería sin dolor, el 5 un dolor moderado y el 10 el peor dolor posible ¿Qué puntuación otorgaría al dolor de la episiotomía/desgarro durante las primeras relaciones sexuales?

Tiempo transcurrido desde el parto hasta la primera relación sexual con penetración vaginal:

Menos de 10 días Entre 10 y 20 días Entre 20 y 30 días
 Entre 30 y 40 días Entre 40 y 50 días Más de 50 días.

¿Mantiene usted una actividad sexual igual que antes del embarazo?

SI NO

↓

¿Qué piensa usted que puede estar dificultando que usted tenga sus relaciones sexuales iguales a las de antes de quedarse embarazada?