

DISFUNCIONES SEXUALES EN EL PERÍODO POSPARTO. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Grda. Nerea Prado Fontan,

Dra. Iria Da Cuña Carrea,

Grda. Alejandra Alonso Calvete,

Dra. Yoana González González.

Facultad de Fisioterapia, Universidad de Vigo. Campus A Xunqueira s/n 36005 Pontevedra, España.

Autora para correspondencia: Alejandra Alonso Calvete.

Facultad de Fisioterapia, Universidad de Vigo. Campus a Xunqueira s/n,
36005, Pontevedra. (+34) 986 801 750 alejalonso@uvigo.es

Recibido: 3/10/2020

Aceptado: 9/2/2021

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es revisar la literatura científica actual y analizar la incidencia de disfunciones sexuales en el posparto, así como sus factores de riesgo. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica que mostró un total de 35 resultados, de los cuales 13 se incluyeron finalmente en el estudio. Todos ellos investigaron las disfunciones sexuales en el posparto en relación a factores de riesgo como el estado del suelo pélvico, la depresión o la alimentación del bebé. En conclusión, las disfunciones sexuales están claramente presentes en el periodo posparto y parecen estar asociadas a diversos factores de riesgo.

Palabras clave: disfunción sexual y período posparto.

SEXUAL DYSFUNCTIONS IN POSTPARTUM PERIOD. A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

The objective of this paper is to review the current scientific literature to analyse sexual dysfunction in the postpartum period and its risk factors. A systematic review of the scientific literature was carried out in Medline and Cinhal. The search yielded a total of 35 results, of which 13 were selected. The articles analysed mainly investigate postpartum sexual dysfunction associated with factors such as type of delivery, breastfeeding, perineal state or depression. Sexual dysfunction is clearly present in the postpartum period and seems to have as main risk factors, the type of delivery, breastfeeding and especially perineal injuries.

Keywords: sexual dysfunction and postpartum period.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad representa un aspecto importante de la identidad humana y contribuye sustancialmente a la calidad de vida tanto de mujeres como de hombres. El concepto de salud sexual se remonta a la década de 1970 y la organización mundial de la salud lo define como 'un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad'. La función sexual femenina incluye libido, excitación, satisfacción, orgasmo y la presencia o no de dolor. Los trastornos persistentes en cualquiera de estas áreas, o más bien los trastornos relacionados con el deseo sexual y la satisfacción sexual, se denominan disfunción sexual femenina (DSF) (1).

La prevalencia de la DSF varía entre 20-73% en mujeres (2).

El parto tiene un impacto significativo en la salud materna y la DSF es uno de los principales problemas de salud posparto. El funcionamiento sexual durante el período posparto es un problema tanto para las mujeres como para sus parejas (3). La frecuencia de la actividad sexual disminuye drásticamente en el tercer trimestre de embarazo en casi todas las mujeres y sigue disminuyendo hasta 1 año después del parto, a pesar de que la mayoría de las mujeres la reanudan dentro de los 3 a 6 meses posparto (1).

La necesidad de adaptarse a las demandas del recién nacido y el papel de los padres puede afectar negativamente la intimidad de la pareja, así como los cambios en la imagen

corporal y la figura desexualizada de la mujer, cultivada por la sociedad. Estas características, más el miedo al dolor en las relaciones sexuales y/o quedar embarazada nuevamente pueden causar dificultades, angustia y limitaciones en la sexualidad femenina. La dispareunia aparece en la mayoría de los estudios como disfunciones sexuales importantes en el posparto, pero no es la única disfunción sexual que afecta a las mujeres en este período de sus vidas (2).

La lactancia materna se considera también uno de los factores que afectan la función sexual (3). Sin embargo, con respecto a esto, la literatura existente es en parte conflictiva. Mientras que algunos estudios sugirieron un efecto positivo de la lactancia materna en la sexualidad posparto debido al aumento de la sensibilidad mamaria y los niveles de oxitocina (1), en otros, los niveles altos de oxitocina debido a la lactancia materna pueden estar asociados con una libido baja. Además, la disminución del nivel de estrógenos y el alto nivel de prolactina durante el período posparto después de la lactancia materna pueden reducir la lubricación vaginal y provocar dispareunia (3).

El tipo de parto también influye en la función sexual, ya que por ejemplo, la sensibilidad y el dolor en el caso de una cicatriz (episiotomía o cesárea) contribuyen al disgusto y la evitación de las relaciones sexuales (4). Más del 85% de las mujeres que tienen un parto vaginal sufren algún tipo de trauma perineal, y el 60-70% recibe puntos. Se produce un desgarro perineal de tercer o cuarto grado en el 3% de las mujeres primíparas y 0.8% de las mujeres multiparas. Sin embargo, los datos de una revisión sistemática informaron que la verdadera incidencia puede llegar al 11% (5).

La morbilidad sexual posparto es común en el 83% de las mujeres a los 3 meses posparto, en el 64% a los 6 meses y en el 64,3% en el primer año. Sin embargo, este problema recibe poca atención a pesar de su prevalencia y a menudo no se discute durante la atención prenatal o postnatal (5). Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es revisar la bibliografía científica actual para analizar la disfunción sexual en el período de posparto y sus factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Una vez establecido el objetivo, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica en enero de 2020 en las bases de datos Medline y Cinhal; empleando los des-

criptores según los términos del Medical Subject Headings (MeSH), 'Sexual Dysfunction, Physiological' y 'Postpartum Period', combinado con el operador booleano AND.

Debido a la diferencia de tesauros, en Cinhal se cambiaron los descriptores 'Sexual Dysfunction, Physiological' por 'Sexual Dysfunction Female' y 'Postpartum Period' por 'Postnatal Period'.

Se marcaron como criterios de inclusión que las publicaciones fuesen de los últimos cinco años y que tuviesen como objeto de estudio a humanos, concretamente a mujeres. Por otro lado, se rechazaron artículos que no se ajustasen al objetivo de este trabajo, que fuesen revisiones o protocolos, que no permitiesen el acceso al texto completo y los que estuviesen ya seleccionados en otra de las bases de datos empleada. El proceso de búsqueda se describe en la tabla 1.

La búsqueda arrojó un total de 35 resultados, de los cuales 13 fueron seleccionados por cumplir todos los criterios expuestos para la realización de este trabajo.

RESULTADOS

Matthies et al. (1) llevaron a cabo un estudio de cohorte longitudinal con el objetivo de investigar prospectivamente la función sexual en una muestra diversa de mujeres periparto con un enfoque en la calidad prenatal de la relación de pareja y la lactancia materna.

Determinaron una muestra de 315 mujeres con una media de edad de 32,8 años. No especifican pérdidas. Durante el tercer trimestre de embarazo y después del parto, se completó el cuestionario de Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF). Además, se analizaron las características de la lactancia materna, como la intención de amamantar y amamantar después del alta y después de 4 meses y se completó el cuestionario sobre relación de pareja (PFB) que evalúa la calidad general de la relación, consta de 30 ítems de cuatro puntos que se clasifican en tres escalas: comportamiento de conflicto, ternura y comunicación. Todas las puntuaciones medias de IFSF estuvieron por debajo de la puntuación crítica de 26,55 en todos los puntos de tiempo, lo que se considera disfunción sexual.

La calidad de la lactancia materna y la relación de pareja demostraron ser predictores poderosos para la DSF a los 4 meses posparto. Además, las mujeres que amamantaban

Tabla 1. Proceso de búsqueda en las bases de datos.

Bases de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados	Excluidos	Válidos
Medline	'Sexual Dysfunction, Physiological AND Postpartum Period'	27	15 (4 revisiones, 2 protocolos, 1 sin acceso y 8 que no se ajustaba al tema)	12
Cinhal	'Sexual Dysfunction, Female AND Postnatal Period'	8	7 (4 artículos repetidos, 1 revisión y 2 que no se ajustaba al tema)	1

exclusivamente tenían más probabilidades de lograr puntuaciones IFSF bajas en comparación con aquellas que lo combinaban con otro tipo de alimentación, o no amamantaban.

Prado et al. (6) tuvieron como objetivo de su estudio de cohorte, evaluar las repercusiones del tipo de parto en los resultados neonatales y maternos de las mujeres puerperales que asistieron a 11 maternidades de un estado del noreste de Brasil.

Se quedaron con una muestra de 768 mujeres, con una media de edad de 25 años. Tuvieron una pérdida de 450 mujeres. Los tipos de parto a estudio fueron el parto vaginal (PV), la cesárea (CS) intraparto y la CS programada. A los 6-8 meses posparto se completaron los cuestionarios IFSF, Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE) y el Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-SF). Una puntuación $<26,5$ en el IFSF se consideró disfunción sexual y con una puntuación ≤ 10 en el EDPE se consideró como riesgo de depresión.

La frecuencia de disfunción sexual, incontinencia urinaria (IU) y depresión posparto fue de 36,4%, 11,8% y 19,1% respectivamente. Las mujeres con embarazos de alto riesgo sometidas a CS intraparto tuvieron un mayor riesgo de complicaciones ($p=0,042$), así como una mayor frecuencia de disfunción sexual a los 6-8 meses posparto en comparación al PV ($p=0,029$). Por otro lado, la IU y la depresión posparto según el tipo de parto, fue similar.

Kahramanoglu et al. (4) realizaron un estudio prospectivo comparativo cuyo objetivo fue evaluar la función sexual posparto y comparar los efectos del PV con episiotomía medio lateral (EML) y CS electiva en la función sexual femenina a corto y largo plazo utilizando un cuestionario validado.

Obtuvieron una muestra de 403 mujeres que dividieron en dos grupos, en uno de ellos, que contó con 265 mujeres, se colocaron a las mujeres que habían tenido un PV con EML (grupo 1) y en el otro grupo, de 138 mujeres, se colocaron a las que se sometieron a una CS electiva bajo anestesia espinal (grupo 2). La edad media de las participantes fue de 23,65 años. El estudio tuvo una pérdida de 185 mujeres. Se les pidió a las participantes que completasen la versión turca del cuestionario IFSF a las 8 semanas de embarazo, a los 3 y 6 meses posparto de forma presencial y a los 12 y 24 meses después telefónicamente. En cada uno de estos puntos de tiempo se realizaba una revisión de la función sexual en las 4 semanas anteriores. Las puntuaciones más altas indicaron una mejor función sexual, sabiendo que las puntuaciones $\leq 26,55$ se consideran disfunción sexual al utilizar este cuestionario.

A los 3 meses posparto, 7,9% y 2,1% en los grupos 1 y 2 respectivamente, todavía no había reiniciado las relaciones sexuales. A los 6 meses posparto, 1,2% en el grupo 1 no había reiniciado la actividad sexual, mientras que en grupo

2 todas las mujeres lo habían hecho. Cuatro semanas antes de los 12 y 24 meses postparto, todas las mujeres informaron haber reiniciado la actividad sexual.

Las mujeres con PV tuvieron una puntuación media inicial en el IFSF de 27,36, mientras que a los 3 meses esta fue de 23,1, lo que podríamos considerar como disfunción sexual. Sin embargo, a los 6, 12 y 24 meses esto no ocurriría ya que sus puntuaciones medias fueron de 26,6, 27,4 y 27,5 respectivamente. Por otro lado, las mujeres que dieron a luz por CS tuvieron una puntuación media inicial de 27,5, mientras que a los 3 y 6 meses tuvieron puntuaciones de 25,06 y 26,08 respectivamente, lo que se consideraría disfunción sexual, volviendo a estabilizarse estos valores a los 12 y 24 meses posparto con puntuaciones de 27,89 y 27,79.

Con respecto a las puntuaciones iniciales, las puntuaciones totales del IFSF disminuyeron significativamente ($p<0,05$) a los 3 y 6 meses después del parto en ambos grupos. A los 3 meses, en ambos grupos disminuyeron significativamente las puntuaciones de deseo, lubricación, satisfacción y dolor ($p<0,05$). Además, en el grupo 1 también lo hizo la puntuación de excitación ($p<0,05$). En comparación a las puntuaciones iniciales, a los 6 meses permanecieron disminuidas, de forma significativa, en el grupo 1 las puntuaciones de deseo, excitación y dolor, mientras que en el grupo 2 lo hicieron el deseo y la lubricación ($p<0,05$).

En referencia a la comparación de puntuaciones en cada punto de tiempo entre los diferentes grupos, observamos que la puntuación total de IFSF y cada una de las puntuaciones de dominio fueron similares entre los dos grupos al comienzo del estudio, aunque la puntuación total del IFSF fue significativamente mayor en el grupo 2 a los 3 meses después del parto ($p<0,05$). Del mismo modo, las puntuaciones de satisfacción y dolor fueron significativamente mayores en el grupo 2 a los 3 meses después del parto ($p<0,05$).

Souza et al. (7) en un estudio de cohorte prospectivo tuvieron como objetivo evaluar la función sexual durante el embarazo, a los 6 y 12 meses posparto, y comparar la función sexual según el modo de parto y el traumatismo perineal.

Obtuvieron una muestra de 437 mujeres con una media de edad de 30,18 años y una pérdida de 46 participantes. Durante la intervención analizaron por separado el IFSF total y las puntuaciones de dominio, lo que resultó en un total de 14 modelos diferentes (siete para cada tipo de parto y trauma perineal). A las 28 semanas de gestación, a los 6 y 12 meses después del parto, se les pidió a las participantes que completaran el IFSF, donde las puntuaciones más altas están asociadas con una mejor función sexual. Además, se recopiló información sobre el modo de parto (CS, PV normal, PV por vacío y PV por fórceps) y tipo de traumatismo perineal (episiotomía y laceraciones de primer, segundo, tercer o cuarto grado).

El 94% de las mujeres reanudaron la actividad sexual a los 6 meses posparto y el 95% a los 12 meses. Sin embargo,

cuando se analizó la función sexual con respecto al modo de parto, la media en el IFSF fue de 25,24 (28 semanas de gestación), 24,5 (6 meses posparto) y 25,89 (12 meses posparto). Y analizándola según el trauma perineal, la media de IFSF fue de 24,22 (28 semanas de gestación), 22,79 (6 meses posparto) y 25,06 (12 meses posparto). Sabiendo que lo que se considera normalmente en este índice como disfunción sexual es una puntuación $\leq 26,55$, se diría que las medias indican una disfunción sexual de la muestra en todos los puntos de tiempo.

Al analizar independientemente cada dominio se pudo ver que, según el tipo de parto, los únicos que mostraron diferencias significativas con el tiempo fueron el dolor y el orgasmo. Las puntuaciones de dolor en los tres puntos de tiempo indicaron que hubo un aumento significativo ($p=0,012$) de este desde la evaluación inicial hasta los 6 meses posparto, para luego volver a los valores iniciales a los 12 meses. Además, en el grupo de CS, el dolor disminuyó de forma significativa ($p=0,025$) entre el momento inicial y los 6 meses posparto, mientras que en el resto de grupos aumentó, para finalmente volver a las puntuaciones iniciales en todos los grupos, incluido el grupo de CS. Las puntuaciones del orgasmo a lo largo de los distintos puntos de tiempo mostraron que este tuvo una mejora significativa de los 6 a los 12 meses posparto ($p=0,029$), llegando a alcanzar mejor puntuación que en la evaluación inicial.

Analizando los dominios según el estado perineal se encontraron diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones de excitación, deseo, orgasmo y dolor. Los tres últimos empeoran sus puntuaciones de forma significativa ($p=0,07$; $p=0,026$; $p=0,012$ respectivamente) desde el momento inicial hasta los 6 meses, para luego mejorar desde este punto hasta los 12 meses, no encontrándose entonces diferencias significativas con la puntuación inicial. En cuanto a la excitación, destacar que esta obtuvo una puntuación significativamente mayor a los 12 meses posparto que en la evaluación inicial ($p=0,007$). Mencionar que la episiotomía tuvo puntuaciones de orgasmo más bajas que las laceraciones de primer ($p=0,028$) y de tercer grado ($p=0,014$). El perineo intacto y las laceraciones de segundo grado aumentaron entre el momento inicial y los 6 meses, mientras que en otro tipo de lesiones disminuyó, para volver a mejorar entre los 6 y los 12 meses posparto.

Leeman et al. (8) en este estudio de cohorte prospectivo quisieron determinar el efecto de las laceraciones perineales en el suelo pélvico (SP) posparto (IU, incontinencia anal, función sexual, dolor perineal) en nulíparas de bajo riesgo con PV. Además, como objetivo secundario se plantearon determinar si la profundidad de la laceración de 2º grado estaba asociada a cambios funcionales del SP. Obtuvieron una muestra de 448 participantes, que dividieron en dos grupos, uno con 118 participantes que sufrían algún trauma perineal de 2º, 3º o 4º grado y otro grupo con

217 que tenían el perineo intacto o una lesión mínima de 1º grado. La media de edad de las participantes fue de 24,35 años y hubo una pérdida de 113 mujeres.

Las pacientes se sometieron a un examen físico temprano (1º-2º trimestre), a uno tardío (3º trimestre) y a uno posparto (6 meses), en los que proporcionaron datos funcionales. En estos exámenes se recopilaban datos a través del IFSF, la Cuantificación de Prolapsos de Órganos del Suelo Pélvico (POP-Q), la evaluación de la fuerza muscular del SP (Escala Brinks), una prueba de toalla y la inspección visual del perineo. Además, también completaron el Índice de Gravedad de la Incontinencia (IGI), un Cuestionario para el diagnóstico de IU, un Cuestionario de Impacto del Suelo Pélvico y sus subescalas (el Cuestionario de Impacto de Incontinencia, el Cuestionario de Impacto de POP y el Cuestionario de Impacto Anal-Colorrectal), la Escala de Incontinencia Fecal de Wexner y una Escala de Intensidad del Dolor Actual.

El grupo que dio a luz con perineo intacto o trauma menor tuvo una función sexual prenatal más alta según las puntuaciones de IFSF (26,9 vs 25,3; $p=0,03$) y fue más probable que hayan sido sexualmente activas en el tercer trimestre (82,4% vs 65,1%; $p<0,001$).

En el análisis de subgrupos de mujeres con trauma perineal profundo, una mayor proporción informó de dolor perineal a los 6 meses en comparación con las mujeres con menos trauma (15,5% vs 6,2%; $p=0,01$); sin embargo, la severidad del dolor no fue diferente entre los grupos (0,38 vs 0,12; $p=0,19$).

El trauma perineal no se asoció con una diferencia en la actividad sexual a los 6 meses posparto; sin embargo, las mujeres con trauma perineal tuvieron puntuaciones más bajas en el IFSF, lo que indica una función sexual más pobre, sin llegar a sufrir disfunción sexual (27,3 frente a 29,1; $p=0,01$). Las diferencias fueron atribuibles a puntuaciones más bajas en los dominios IFSF de excitación, dolor y satisfacción. Los resultados de puntuaciones IFSF más bajas también estuvieron presentes en el análisis de subgrupos de laceraciones más profundas basadas en dominios de excitación y dolor.

Además, las participantes con trauma profundo tenían más probabilidades de menor fuerza muscular en el SP y de sufrir más dolor perineal.

Chang et al. (9) llevaron a cabo un estudio de cohorte prospectivo, con el objetivo de averiguar si la disfunción sexual, los dominios de la función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) y los factores obstétricos predijeron la depresión durante los 24 meses posparto.

Obtuvieron 685 participantes con una media de edad de 33,56 años, con una pérdida de 489 mujeres. Los datos sobre la función sexual de los participantes, los síntomas depresivos y las actualizaciones de su información personal

relevante se recopilaron por correo a las 4-6 semanas y a los 3, 6, 12 y 24 meses después del parto.

La función sexual se evaluó utilizando la versión taiwanesa del IFSF, donde las puntuaciones bajas fueron vistas como posibles disfunciones sexuales (puntuaciones $\leq 26,55$), mientras que los síntomas depresivos se midieron utilizando la versión taiwanesa del cuestionario Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), siendo identificadas como posibles víctimas de depresión las mujeres con puntuaciones altas (puntuaciones ≥ 16).

Las prevalencias de disfunción sexual fueron 96,9%, 87,8%, 77,0%, 65,8% y 70,9% en los cinco puntos de tiempo posparto, respectivamente, mientras que las prevalencias de síntomas depresivos importantes fueron 54,1%, 43,9%, 42,4%, 45,4% y 46,4% en los cinco puntos de tiempo posparto, respectivamente. La puntuación IFSF total fue más bajo a las 4-6 semanas después del parto y luego aumentó con el tiempo y la puntuación total de CES-D fue más alto a las 4-6 semanas después del parto y luego disminuyó con el tiempo.

La disfunción sexual fue 1,62 veces más prevalente que la función sexual normal en sujetos con síntomas depresivos durante todo el período posparto de 24 meses ($p=0,029$). Además, una puntuación de dolor más alta ($p<0,001$), una afección médica actual ($p=0,0498$) y laceraciones perineales severas ($p<0,001$) fueron factores de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos. Al analizar los diferentes dominios del IFSF se pudo ver que la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor fueron predictores de síntomas depresivos de forma significativa al analizarse por separado, mientras que la satisfacción lo fue ($p<0,008$) al analizarse en el modelo que incluía todos los dominios. Durante los 24 meses posteriores al parto, la satisfacción fue un factor protector; cuanto mayor es el puntaje, menor es el riesgo de síntomas depresivos.

Yilmaz et al. (10) desarrollaron un estudio transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de la disfunción sexual en mujeres posparto, y la relación entre la disfunción sexual, la depresión y algunos factores de riesgo.

Obtuvieron una muestra de 530 mujeres con una edad media de 29,3 años. Durante la intervención se recogió información personal de las participantes y estas cubrieron el cuestionario IFSF (considerándose disfunción sexual aquella puntuación ≤ 30) y EDPE (considerándose riesgo de depresión una puntuación ≥ 13).

La vida sexual del 80,6% de las participantes se vio afectada negativamente en el período posparto. Como causas se encontramos la fatiga (65,5%), la sequedad vaginal (58,5%), el insomnio y la falta de tiempo (54,5%), no poder estar a solas con la pareja (49,4%), problemas en los senos (44,2%) y dolor perineal (30,6%). La puntuación media de IFSF fue de $23,89 \pm 9,16$, sufriendo disfunción sexual el 74,3% de las participantes. Mientras que la puntuación me-

dia de EDPE fue de $11,23 \pm 2,3$, encontrándose en riesgo de depresión el 24,7%.

Hubo una prevalencia de disfunción sexual estadísticamente significativa en mujeres que se graduaron en la escuela secundaria, de clase media, con antecedentes de embarazo de alto riesgo, cuya menstruación no regresó, con dispareunia, sin método de planificación familiar o que usaba la abstinencia como método de planificación y que estaban en riesgo de depresión posnatal ($p<0,05$). Se reveló una correlación negativa entre el IFSF y la EDPE ($p<0,01$).

Holanda et al. (2) tuvieron como objetivo en su estudio observacional transversal estimar la prevalencia y los factores asociados con la disfunción sexual en el período posparto. Obtuvieron una muestra de 200 mujeres con una media de 24 años de edad, no especificándose pérdidas. A través de entrevistas en un lugar privado, se recopilaban datos que se registraron en un formulario específico desarrollado para el estudio. Las variables estudiadas se relacionaron con datos sobre identificación, antecedentes obstétricos y vida sexual, incluida la disfunción sexual, antes y durante el embarazo y después del parto.

La reanudación de las actividades sexuales se produjo generalmente entre 6 y 7 semanas después del parto y, en la mayoría de los casos, el 70%, iniciada por la pareja. La prevalencia de la disfunción sexual identificada antes del embarazo fue del 33,5%, aumentó al 76,0% durante el embarazo y disminuyó al 43,5% en el período posparto. Las disfunciones sexuales más frecuentes fueron: dispareunia, vaginismo, disfunción del deseo y orgásmica, y finalmente, disfunción de la etapa de excitación.

Los factores asociados con estas disfunciones fueron: mujeres pertenecientes a la religión católica ($p=0,010$) o protestante ($p=0,036$); trabajando más de 8 horas/día ($p=0,024$), parto vaginal con sutura ($p=0,004$), presencia de dispareunia durante el embarazo ($p=0,004$) y presencia de vaginismo antes del embarazo ($p=0,000$).

Anbaran et al. (11) realizaron su investigación en forma de estudio transversal comparativo con la intención de informar a los médicos, parteras y futuras embarazadas sobre la función sexual posparto en madres que utilizan diferentes métodos de alimentación infantil para que las mujeres reciban capacitación y consultas basadas en evidencia.

Obtuvieron una muestra de 366 mujeres, con una edad media de 26,7 años. No se especifican pérdidas. La intervención consistió en dividir a las participantes en cuatro grupos. En un grupo se encontraban mujeres que alimentaban a su bebé con lactancia materna exclusiva, en otro con lactancia materna más leche de fórmula, otro con lactancia materna más alimentación complementaria y el último con leche de fórmula. Estas debían cubrir el cuestionario IFSF sobre función sexual a los 4 meses posparto.

Hubo una diferencia significativa entre los cuatro grupos para la puntuación total promedio de la función sexual cuatro meses después del parto ($p=0,04$). La puntuación más alta de la función sexual fue $23,6\pm 5,3$ y pertenecía al grupo exclusivo de lactancia materna. También hubo una diferencia significativa entre los grupos para la puntuación media de la función sexual en las áreas de lubricación y satisfacción durante el período de lactancia ($p=0,01$ cada uno). Sin embargo, no fue así para las puntuaciones medias en términos de deseo, excitación, orgasmo y dolor ($p > 0,05$).

Sayed et al. (5) realizaron un estudio de cohorte prospectivo con el objetivo de evaluar la función sexual posparto en mujeres con laceraciones perineales de tercer y cuarto grado.

Se obtuvo una muestra de 156 mujeres con una media de edad de 30,25 años, sin pérdidas. Las participantes se dividieron en dos grupos, un grupo control (GC) con 100 mujeres que tenían episiotomías o laceraciones menores y un grupo experimental (GE) con 56 que sufrieron desgarros de 3° y 4° grado. Para la intervención las mujeres cubrieron la versión árabe del IFSF a los 6 y 12 meses posparto, considerándose una puntuación $\leq 26,55$ como disfunción sexual. Como resultado se vio una menor puntuación en el GE que en el GC tanto a los 6 meses ($18\pm 2,4$ vs $28,1\pm 4,1$ [$p < 0,002$]) y a los 12 meses ($21,8\pm 2,9$ vs $29,2\pm 4,1$ [$p < 0,05$]). Las puntuaciones totales de IFSF entre las mujeres primíparas y multiparas disminuyeron significativamente en comparación con el grupo control a los 6 y 12 meses. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en los puntajes del IFSF entre las mujeres en los subgrupos de laceraciones de tercer y cuarto grado.

Doce meses después del parto, todos los dominios del IFSF (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) disminuyeron significativamente en el grupo de estudio en comparación con el grupo de control. Sin embargo, al dividir el grupo de estudio en subgrupos de desgarros de tercer y cuarto grado, no se observaron diferencias significativas.

Tennfjord et al. (12) en este análisis secundario de un ensayo clínico tuvieron como objetivos evaluar el efecto del entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) sobre los síntomas vaginales, la sexualidad, la dispareunia y la incontinencia coital en mujeres primíparas estratificadas por defectos mayores o nulos del músculo elevador del ano e investigar si un posible efecto del EMSP se asoció con un cambio en la presión de reposo vaginal, la fuerza y la resistencia en el EMSP.

Se obtuvo una muestra de 175 mujeres con una media de edad de 29,8 años y con una pérdida de 15 participantes. Estas fueron divididas en dos grupos, un GC con 88 mujeres y un GE con 87. Ambos grupos, a las 6 semanas y a los 6 meses posparto, cubrieron electrónicamente la

versión noruega del módulo validado de asuntos sexuales ICIQ-FLUTSsex que evaluó la dispareunia y la incontinencia coital, el Cuestionario sobre Incontinencia Urinaria y Síntomas Vaginales (ICIQ-VS) y se evaluó también el suelo pélvico a través de ultrasonoterapia y manómetro. Por otro lado, el GE recibió una clase semanal de EMSP impartida por fisioterapeutas (durante 4 meses) y realizó tres series de 8-12 contracciones de la musculatura del suelo pélvico, cercanas al máximo, diariamente en el hogar. Mientras que el GC no recibió ninguna intervención más allá de la información escrita recibida al alta del hospital que contiene información sobre EMSP posparto.

No hubo diferencias entre los grupos al inicio del estudio con respecto a las variables de resultado para los síntomas vaginales, los asuntos sexuales, la dispareunia y la incontinencia coital, a excepción de 'dolor vaginal': 14 (23,3%) versus 25 (41,7%) para el grupo de entrenamiento y grupo control, respectivamente ($p=0,04$). Las comparaciones entre grupos después de la intervención para estos resultados muestran que no hubo diferencias significativas entre los grupos.

Chang et al. (13) tuvieron como objetivo de su estudio prospectivo longitudinal comparar la salud materna (síntomas depresivos, niveles de dolor y función sexual) a los 3-5 días, 4-6 semanas y 3, 6 y 12 meses después del parto entre mujeres con PV y con CS. Además de comparar las tendencias en los cambios en la salud materna entre los dos grupos durante el primer año posparto.

Obtuvieron una muestra de 736 mujeres con una edad media de 32,55 años y una pérdida de 385 participantes. La intervención consistió en la recogida de información sobre función sexual, dolor, y síntomas depresivos mediante encuestas por correo, a las 4-6 semanas y a los 3, 6 y 12 meses postparto, utilizando los cuestionarios IFSF, Cuestionario de dolor de McGill de forma corta (SF-MPQ) y CES-D respectivamente. También se recopiló información a través de las versiones taiwanesas de los cuestionarios CES-D y SF-MPQ para evaluar síntomas depresivos y dolor los 3-5 días después del parto.

Las puntuaciones por debajo de 26,55 fueron vistas como disfunción sexual. La evaluación de la función sexual en el presente estudio incluyó la frecuencia de valores altos de FSFI (puntuación $FSFI > 26,55$), y puntuaciones FSFI totales y puntuaciones en los seis dominios del FSFI (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor).

No se encontraron diferencias en la puntuación total de la función sexual (todas $p > 0,05$) a las 4-6 semanas y a los 3 y 6 meses entre estos grupos. Analizando los valores del IFSF en el tiempo, podemos ver que tanto las mujeres que habían tenido un PV, como las que habían sido sometidas a una CS tuvieron disfunción sexual en todos los puntos de tiempo. En las 4-6 semanas posparto las puntuaciones medias fueron de 8,13 (PV) y 8,06 (CS), a los 3 meses 16,40

(PV) y 16,95 (CS), a los 6 meses 17,97 (PV) y 17,57 (CS) y a los 12 meses posparto estas fueron de 17,42 (PV) y 17,37 (CS).

De los seis dominios de IFSF, la puntuación de satisfacción fue mayor en el grupo de PV a las 4-6 semanas posparto ($p=0,02$), sin embargo, la puntuación de deseo fue menor ($p=0,04$), además este aumentó a los 3 meses posparto en mayor medida en el grupo CS ($p=0,049$). No obstante, no se observaron diferencias entre los grupos de 3 a 6 meses posparto ni de 6 a 12 meses posparto ($p>0,05$).

Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de valores altos de IFSF, o las puntuaciones para IFSF total, excitación, lubricación, orgasmo o dolor entre ambos grupos en ninguno de los puntos de tiempo ($p\geq 0,05$). Cabe mencionar que el parto por CS se asoció con una mayor prevalencia de síntomas depresivos a los 3 meses posparto ($p=0,03$).

McDonald et al. (14) realizaron un estudio de cohorte que tenía como objetivos: investigar la prevalencia de problemas comunes de salud sexual durante el embarazo y los primeros 12 meses después del parto, investigar la relación de estos con el tipo de parto y el tipo de trauma perineal e investigar el tratamiento de la salud sexual por parte de los profesionales de la salud y como esto repercute en las mujeres.

Se obtuvo una muestra de 1507 mujeres con una edad media de 28,75 años y se perdieron 120 participantes. La intervención consistió en la recogida de información a través de cuestionarios sobre la prevalencia de problemas de salud sexual durante el embarazo, a los 3 meses desde el parto, a los 6 y a los 12 meses posparto durante el último mes. También a través de cuestionarios se recopiló información sobre la relación entre el número de problemas sexuales y el modo de nacimiento y trauma perineal, a los 3, 6 y 12 meses posparto. A los 3 meses se recolectaron datos sobre si los profesionales de AP preguntan sobre problemática sexual posnatal y a los 12 meses sobre si las mujeres que los experimentan consultan a estos profesionales y si esto se relaciona con la rutina de investigación de estos.

Los resultados indicaron que el 78% reanudó el sexo vaginal a los 3 meses, el 95% a los 6 meses y el 97% a los 12 meses. En cuanto a la salud sexual, el 53% a los 3 meses y el 47% a los 6 meses, informaron de tres o más problemas sexuales. Los problemas más comunes a los 3 meses eran la pérdida de interés, el dolor, la opresión vaginal y la falta de lubricación. A los 12 meses el 51% sigue con pérdida de interés y el 30% con dolor persistente.

Por otro lado, a los 6 y 12 meses las mujeres con rotura suturada o trauma perineal tenían más posibilidades de informar de problemas, algo que ocurría también con las mujeres que se habían sometido a una cesárea a los 12 meses posparto.

DISCUSIÓN

En este apartado se procede al análisis y comparación de los artículos expuestos anteriormente.

El tipo de estudio encontrado es muy variable, aunque todos ellos (1,2,4-11,13,14) son de tipo descriptivo, algo lógico teniendo en cuenta el objetivo del trabajo. Cabe destacar a Tennjord et al. (12) que realizan un análisis secundario de un ensayo clínico.

En cuanto a la finalidad de estas investigaciones podemos observar que todos tienen entre sus objetivos el estudio de diferentes problemáticas sexuales posparto y sus posibles causas, siendo, tanto unas como otras, muy diversas. Las más comunes son la evaluación de la función sexual en relación a la alimentación infantil (1,11), el tipo de parto (4,6,7,14) o las lesiones perineales durante el parto (5,7,8,12,14). El hecho de que estas causas sean las más estudiadas podría tener relación con que una de las disfunciones sexuales más comunes en el periodo postparto sea la dispareunia, y la misma guarda relación con el tipo de parto, presencia de episiotomía y/o laceraciones o la lactancia materna, es por ello que esta se evalúa en los 13 artículos de este trabajo (1,2,4-14).

El tamaño muestral oscila entre 156 (5) y 1507 (14). La mayoría oscilan entre 156 y 366 (1,2,5,11,12) o entre 437 y 768 (4,6-10,13). Las grandes variaciones con respecto a la muestra podrían conllevar desventajas en cuanto a la comparación de resultados.

La edad media de las mujeres es bastante similar en todos los estudios, yendo desde 23,65 hasta 33,56, predominando aquellos cuya media de edad se sitúa en los 30 años, posiblemente porque en varios de estos artículos (4,7,8,12,14) las mujeres seleccionadas son primíparas y esta edad sea la más frecuente para un primer embarazo; como podemos ver en la investigación de Martín y Poyuelo donde se expone que, para las mujeres españolas, la edad media para tener un primer hijo es de 30,30 años (15).

Son varios los artículos en los que no se habla de las pérdidas del estudio en caso de que las hubiese (1,2,10,11). Los demás artículos sí que especifican el número de pérdidas, siendo en algunos muy numerosas con respecto a la muestra (4,6,8,9,13), pudiendo dar lugar a un sesgo de selección. Destaca el hecho de que solamente uno de los estudios Sayed et al. no presentaba ninguna pérdida (5).

En cuanto a la evaluación de la disfunción sexual posparto (DSP), destacar que todas son muy diferentes en cuanto a inicio, tiempo y desarrollo, lo que dificulta su comparación. La mayoría la dividen en varios puntos de tiempo, siendo lo más común que estos sean antes del parto y/o de 3 a 12 meses posparto (1,4,5,7-9,12-14). Mencionar a Kahramanoglu et al. (4) y Chang et al. (9) que evalúan a las participantes hasta 24 meses posparto y a Yilmaz et al. (10) y Holanda et al. (2) que no especifican el momento de la medición. Es importante señalar que todas las evaluacio-

nes se llevaban a cabo a través de cuestionarios (1,2,4-14), y que 10 (1,4-11,13) de 13 artículos analizados, utilizaron como instrumento de medición de la función sexual diferentes versiones validadas del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

En todos los estudios (1,2,4-14) se establecen disfunciones sexuales en el posparto. Las medias en el cuestionario IFSF están por debajo del corte establecido lo que nos indica que un alto porcentaje de mujeres presentan disfunciones sexuales en este periodo, aunque no siempre se especifica el porcentaje. Esto nos muestra la importancia de cuidar la integralidad de la atención en las mujeres ya que la mayoría de las orientaciones del equipo de atención médica sobre la sexualidad posparto se limita a recomendar la reanudación sexual, sin abordar los aspectos de la calidad y las estrategias para lidiar con los cambios resultantes (2).

La DSP suele estudiarse asociada a diversos factores, como el tipo de parto, el tipo de alimentación infantil o el estado perineal. En cuanto a los estudios que investigan la relación de la DSP con el tipo de parto (4,6,7,13,14), cabe destacar que esta estuvo presente en todos los tipos de parto. Además, solo dos de estos artículos encuentran diferencias significativas entre los diferentes tipos de parto (6,14), asegurando que las mujeres que se sometieron a una cesárea (CS) tienen más posibilidades de sufrir DSP en comparación con el parto vaginal (PV). Sin embargo, ninguno de ellos especifica las puntuaciones medias de DSP de cada tipo de parto, así como tampoco el número de mujeres que se somete a cada tipo de parto, lo que hace difícil saber si estos datos son verdaderamente significativos.

Cabe señalar también que los tipos de parto analizados por estos estudios son muy diversos. Comparan desde el PV con el parto por CS (4,13), el PV con la CS intraparto y la CS programada (6) hasta el PV con la CS, el PV al vacío y el PV con fórceps (7). Por otro lado, 4 (4,6,7,13) de los 5 artículos utilizan el IFSF mientras que McDonald et al. (14) utilizan un cuestionario sin especificar para evaluar la prevalencia de DSP. Además, todos realizan la evaluación de la DSP durante el embarazo y entre los 3 y 12 meses posparto, excepto Prado et al. (6) que no lleva a cabo ninguna evaluación antes del parto, lo que hará difícil una comparación de los resultados en este artículo.

En cuanto a los artículos que analizan la influencia de la lactancia materna en la DSP (1,11), encontramos resultados dispares puesto que en uno de ellos se relaciona de forma negativa la lactancia materna exclusiva (1) mientras que en el otro se relaciona positivamente (11), aunque en relación a esto hay que decir que ninguno de los artículos aporta datos significativos. Además, destaca el estudio de Anbaran et al. (11) que divide a las participan en grupos según el tipo de lactancia, siendo uno de ellos de mujeres que alimentan mediante lactancia materna combinada con alimentación complementaria, algo que sorprende, ya que este tipo de alimentación suele incorporarse a partir de los

6 meses y como se ha dicho anteriormente el artículo indica una única evaluación de la DSP a los 4 meses posparto.

En relación a los estudios que asocian la DSP con las lesiones perineales, decir que estas se relacionan negativamente con la DSP en todos ellos (5,7,8,14). Sin embargo, cabe destacar que dos de ellos (7,14) no aportan datos significativos que demuestren esta relación. Además, hay que mencionar el tamaño de los grupos, puesto que, en los únicos artículos donde se especifica el tamaño de cada grupo, podemos ver que los grupos en los que las mujeres tienen el perineo intacto son mucho más numerosos que los grupos que cuentan con mujeres con lesiones importantes, lo que podría influir de manera clara en los resultados (5,8).

Debemos destacar que en varios de los artículos también se realiza una medición de la función sexual durante el embarazo (1,4,7,14), encontrándose resultados de disfunción sexual en uno de ellos (7). En el caso de las gestantes es común observar cambios en la conducta sexual y además se ha evidenciado que aproximadamente un 40% de gestantes manifiestan durante las consultas dificultades en la vida sexual; desde la falta de deseo hasta problemas de excitación. En los últimos tres meses de embarazo, la actividad sexual disminuye en un 50% de las gestantes, estando asociado este cambio con el dolor generado por el embarazo, la incomodidad, etc. (16). Sería interesante saber si esto tiene repercusión en la sexualidad posparto con más estudios que evidencien la relación de la DS durante el embarazo y la DSP.

Por otro lado, otro factor importante con el que suele relacionarse la DSP es la depresión y son numerosos los estudios que lo hacen en este trabajo (1,6,9,10,13). Como exponen Chang et al. (9) en su estudio, la prevalencia de la depresión posparto oscilaba entre 0 y 60% en muchos países orientales y occidentales y se han identificado varios factores demográficos y obstétricos asociados con la depresión en este periodo, como son el tipo de parto, las lesiones perineales o la lactancia materna. Además, estudios anteriores han documentado una asociación entre los síntomas depresivos y la función sexual a las 6 semanas, 6 meses, y 12 meses posparto. Es por esto que muchos de los estudios (1,6,9,10,13) tenían entre sus objetivos investigar esta relación. Las escalas más utilizadas para medir la depresión relacionada con la DSP fueron la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE) y la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), en las que las personas con puntuaciones altas son consideradas en riesgo de depresión.

Algunos de los estudios no encontraron relación entre la depresión y la DSP (1,6), pero otros sí lo hicieron, relacionándolas con factores como las laceraciones severas (9) o la cesárea (13). Este es un enfoque importante ya que los cambios hormonales posparto, así como la recuperación de la salud y la mejora potencialmente prolongada de las com-

plicaciones de parto, pueden influir en el estado de salud física, pero también emocional de la mujer (3).

CONCLUSIÓN

La disfunción sexual está presente de forma clara en el período de posparto y a pesar de no existir un acuerdo uniforme por parte de los autores, parece tener como principales factores de riesgo el tipo de parto, la lactancia materna y sobre todo las lesiones perineales. Además, sabemos que la depresión también puede jugar un papel importante.

Son necesarias investigaciones de calidad que analicen la relación entre las diferentes variables estudiadas con la DSP siguiendo unas pautas comunes en cuanto a instrumentos de medición, tiempos de medición, número de participantes, etc., ya que conocer la epidemiología de la DSP aportará herramientas a los profesionales de salud para que puedan ofrecer un diagnóstico precoz de la DSP y contribuirá a dirigir las acciones en el proceso de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matthies LM, Wallwiener M, Sohn C, Reck C, Müller M, Wallwiener S. The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;299(1):69-77.
2. Holanda JB de L, Abuchaim E de SV, Coca KP, Abrão ACF de V, Holanda JB de L, Abuchaim E de SV, et al. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(6):573-8.
3. Zamani M, Latifnejad Roudsari R, Moradi M, Esmaili H. The Relationship between Frequency of Breastfeeding and Sexual Distress in Postpartum Women. *J Midwifery Reprod Health.* 2018;6(4):1447-53.
4. Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Hamzaoglu K, Kahramanoglu O, Verit FF, Yucel O. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(4):907-16.
5. Sayed-Ahmed WA, Kishk EA, Farhan RI, Khamees RE. Female sexual function following different degrees of perineal tears. *Int Urogynecology J.* 2017;28(6):917-21.
6. Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto ID de C, Cipolotti R, Gurgel RQ. The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and long-term outcomes. *Rev Saúde Pública.* 2018;52:95.
7. Souza AD, Dwyer PL, Charity M, Thomas E, Ferreira CHJ, Schierlitz L. The effects of mode of delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2015;122(10):1410-8.

8. Leeman L, Rogers R, Borders N, Teaf D, Qualls C. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. *Birth.* 2016;43(4):293-302.
9. Chang SR, Lin WA, Lin HH, Shyu MK, Lin MI. Sexual dysfunction predicts depressive symptoms during the first 2 years postpartum. *Women Birth.* 2018;31(6):e403-11.
10. Yilmaz FA, Avci D, Aba YA, Ozdilek R, Dutucu N. Sexual Dysfunction in Postpartum Turkish Women: It's Relationship with Depression and Some Risk Factors. *Afr J Reprod Health.* 2018;22(4):54-63.
11. Anbaran ZK, Baghdari N, Pourshirazi M, Karimi FZ, Rezvanifard M, Mazlom SR. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *J Pak Med Assoc.* 2015;65(3):5.
12. Tennfjord MK, Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Engh ME, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction—secondary analysis of a randomised trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2016;123(4):634-42.
13. Chang SR, Chen KH, Ho HN, Lai YH, Lin MI, Lee CN, et al. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(9):1433-44.
14. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth.* 2015;42(4):354-61.
15. Martín TC, Puyuelo MS. La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica:36.
16. Ysla G, Alicia L. Factores asociados a la disfunción sexual en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en los meses de julio-setiembre 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [citado 29 de junio de 2020]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4731>
17. Thiel R, Thiel M, Dambros M, Riccetto C, López V, Rincón ME, et al. Evaluación de la función sexual femenina antes y después de un procedimiento para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp*:6.
18. Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(1):39-46.
19. Baser RE, Li Y, Carter J. Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer.* 2012;118(18):4606-18.