



# 11<sup>o</sup>

16 de septiembre 2016. Talavera de la Reina

XI Premio Nacional de Investigación en Enfermería  
Raquel Recuero Díaz

Cuidados Enfermeros: Abriendo nuevos Caminos

Universidad de Castilla La Mancha. Talavera de la Reina. Salón de Actos Vicente Ferrer Av Real Fábrica de Sedas s/n

## TÍTULO:

¿Guarda relación el tipo de parto y la dispareunia?

**Autora:** Maeva Rivas Muñoz.

Maeva.Rivas@alu.uclm.es

Tutora: Isabel Trigueros Fernández.

### **Resumen:**

La dispareunia se define como el dolor recurrente o persistente asociado con la penetración vaginal o el intento de la misma. Constituye una de las disfunciones del suelo pélvico femenino y una de las principales complicaciones ocurridas en el período postparto.

**Palabras Clave:** cesárea, dispareunia, extracción obstétrica por aspiración, fórceps, parto natural.

### • **INTRODUCCIÓN**

La dispareunia se define como el dolor recurrente o persistente asociado con la penetración vaginal o el intento de la misma (1). También podemos encontrar otras patologías, como la incontinencia urinaria o fecal, pudiendo ocurrir una relación consecutiva o simultánea las mismas (2, 3). En un congreso de la SEGO en 2013, señalaron que la prevalencia de dispareunia después del parto es del 45%, siendo el trastorno de disfunción sexual más prevalente (4). Son factores de riesgo, la edad, etnia, antecedentes familiares, genética, aumento de peso durante el embarazo, índice de masa corporal (IMC) a término, IMC pregestacional o el peso del recién nacido (5). Los más influyentes son los relacionados con la duración del parto, analgesia epidural, traumatismos del parto (desgarros, episiotomía) y con la finalización de

éste (parto eutócico, instrumental o cesárea). Sobre la lactancia materna existe controversia (6, 7). La práctica de la episiotomía en los partos vaginales se hacía como medida profiláctica y sistemática, para prevenir desgarros y facilitar el expulsivo (8). Los estudios han demostrado que la episiotomía debe hacerse de manera selectiva puesto que la recuperación de la mujer es más rápida cuando no tiene episiotomía (7). Según la OMS, la episiotomía no estaría justificado un porcentaje superior al 20-30% (9). Entre los países europeos con menor tasa de episiotomía encontramos Dinamarca (9.7%), Reino Unido (14.2%), en cambio España (82.3%) ocupa el primer lugar en Europa (10). Por otro lado, el parto instrumental se realiza cuando la cabeza fetal se encuentra encajada en un III plano sin evolución, empleando fórceps para traccionar y rotar, o las ventosas siempre y cuando la cabeza haya

rotado, produciendo en este último caso menor morbilidad que el fórceps. Irlanda ocupa el primer lugar con un 16%, seguido de España con un 15%. El parto instrumental, supone un aumento de los riesgos de dispareunia en comparación con el parto vaginal espontáneo (10, 11).

Se realizará una cesárea cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño. Según la OMS, la tasa de cesáreas debería estar comprendida entre un 10-15% de los casos. En Europa varían desde 15-18% en países nórdicos, o 52% en Chipre (12). En España, solo podemos confirmar que la única comunidad autónoma que cumple con dichas cifras es el País Vasco, con una tasa de 12.64%; en el centro de las estadísticas encontramos a Castilla-La Mancha (23.62%) (13).

Según la Guía de Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva sobre la Atención al puerperio, se aconseja retomar las relaciones sexuales tras el parto a las seis semanas, de esta forma, se podrán exponer los problemas que puedan estar ocurriendo al profesional sanitario, aprovechando la consulta postparto (14). Se han empleado como medida principal el "Female Sexual Function Index" (FSFI) (15). También se ha empleado la "Visual Analogue Scale" (VAS) (16) y "Verbal Rating Score" (VRS) (17).

- **OBJETIVOS**

Valorar la relación entre la dispareunia y el tipo de parto (parto vaginal con o sin episiotomía y/o desgarros, cesárea e instrumental).

- **MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión sistemática. Se han seguido unos criterios de inclusión, mujeres primíparas y multíparas, artículos de texto completo en inglés y español, estudios de cohortes. Como criterios de exclusión, estudios de eficacia no

demostrada, con muestras escasas que ponen en duda su validez y estudios no comparativos, mujeres con dispareunia previa o debido a diversos motivos, violencia de género, abuso sexual, depresión, entre otros.

Los estudios seleccionados se han identificado a través de la búsqueda electrónica en *National Guideline Clearinghouse*, *Trip Database* y *The Cochrane Library*, *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science*, *ScienceDirect*, *Cuiden* y *CSIC*. Se han incluido artículos publicados desde 2006 hasta marzo 2016. Se incluyeron como descriptores (DeCS-Mesh) de la búsqueda las palabras clave "caesarean section", "dyspareunia", "natural childbirth", "obstetrical fórceps" y "vacuum extraction". La selección inicial de los estudios se ha llevado a cabo mediante el análisis *title/abstract/keywords*, en todas las fuentes consultadas. Se ha empleado como gestor de referencias bibliográficas la herramienta EndNote. Se incluyeron como válidos 29 estudios en inglés. Tras la lectura exhaustiva de todos y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se discriminaron 20 estudios por no cumplir con los objetivos marcados para la revisión. Finalmente, se incluyeron en la revisión un total de 9 estudios. Con el objetivo de evaluar la calidad metodológica de los estudios de cohortes incluidos en la revisión, se empleó la escala Newcastle-Ottawa. La clasificación SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), se utilizó para clasificar los estudios según el grado de evidencia dependiendo del tipo de estudio.

- **RESULTADOS:**

Tabla de resultados en el Anexo

- **DISCUSIÓN:**

El análisis de los estudios muestra que las mujeres con parto instrumental presentaron las mayores tasas de dispareunia a los 6 y 12

meses postparto (15, 19, 20), concretamente el fórceps mayor incidencia que las ventosas (19). El parto vaginal con episiotomía mostró mayor dispareunia frente a la cesárea a los 3 meses postparto (16). En cambio, Dabiri et al, no encontraron diferencias significativas ni a los 3 ni a los 6 meses postparto (16, 22). La episiotomía sigue siendo una intervención muy común, a pesar de las recomendaciones de la OMS, donde podemos observar que presenta mayor prevalencia de dispareunia frente al parto vaginal sin episiotomía, llegando a causar mayor dispareunia que los desgarros de 2º (17, 23). Sin embargo, Bertozzi et al, concluyeron en su estudio, que la episiotomía parecía ser un factor protector para la mujer, aportando una mejor calidad de vida a los 12 meses postparto (6).

Otro resultado de este estudio fue que la cesárea programada presentó menor dispareunia a los 3 meses frente al parto vaginal sin episiotomía ni desgarros, aunque a los 6 y 12 meses ya no fue estadísticamente significativa, por lo que el efecto protector de la cesárea desaparece a los 6 meses (15, 24). Resultado similar al obtenido por Barrett et al, donde demostraron que las mujeres con cesárea no se eximieron de experimentar dispareunia a los 6 meses postparto (25). Baksu et al, manifestaron en sus resultados que tras 6 meses, la cesárea tenía un efecto positivo en la salud sexual frente a la episiotomía mediolateral (26). Por el contrario, Kabakian-Khasholian et al, indicaron que las mujeres con cesárea y mujeres primíparas fueron más propensas a experimentar dispareunia postparto (27), como indicaron también McDonald et al, en su estudio, donde las mujeres que tuvieron cesárea fueron más propensas a presentar

dispareunia en comparación a mujeres con parto vaginal espontáneo a los 6 meses postparto (28).

La reanudación de las relaciones sexuales a las 8 semanas postparto, fue mayor en las mujeres con cesárea (64.3%), frente al parto instrumental (32.7%), (19). Sin embargo, en el estudio de Buhling et al, un 47% del total de mujeres reanudaron las relaciones sin diferencias (20). A los 2 meses, Dabiri et al, indicaron que un 68% de mujeres con parto vaginal reanudaron las relaciones sexuales frente al 59% con cesárea (22). En cambio Andrews et al, mostraron que un 40% de mujeres reanudaron sin influencia del tipo de parto (17). A los 3 meses, Lurie et al, en su estudio habían reanudado un 95.1% de mujeres, habiendo sido antes las mujeres sin episiotomía frente a las mujeres con episiotomía o cualquier intervención (21).

*Fortalezas y limitaciones:* punto fuerte del estudio ha sido la metodología, donde se comparan estudios de cohortes clasificados en función al tipo de parto y se excluyó la dispareunia previa. Otra contribución de esta revisión es la referencia de la posible relación entre dispareunia y lactancia materna. Las limitaciones del estudio han sido las complicaciones severas y cesáreas por fracaso del período expulsivo, que los estudios difieran en su metodología de diseño, primíparas, multiparas, tipo de cuestionario, la duración del seguimiento y las diferentes comparaciones de modalidades de parto. Otra limitación de esta revisión ha sido el lenguaje, ya que se ha limitado la búsqueda de artículos a los idiomas inglés y español.

- **CONCLUSIONES:**

Es importante limitar el trauma perineal durante el parto para mejorar la reanudación de las relaciones sexuales y la disminución de la

dispareunia. Se debería evitar la episiotomía de rutina. No se puede recomendar la cesárea con el objetivo de preservar la función sexual, puesto que todos los estudios han demostrado que también las mujeres con cesárea sufren dispareunia, a pesar de presentar una menor incidencia que en el resto de partos. El parto instrumental debería intentar limitarse al máximo, puesto que es el que produce mayores tasas de dispareunia. Es recomendable llevar a cabo un mayor número de revisiones postparto más allá de las 6 semanas. Este estudio pone en evidencia que la dispareunia es un problema de salud digno de ser tratado por diversos colectivos en la sanidad.

#### • **BIBLIOGRAFÍA:**

Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009;145(2):133-7.

2. Walker Chao C, Ramírez García I, Kauffmann S, Blanco Ratto L. *Neurofisiología y disfunciones de suelo pélvico*. 2ª ed: Elsevier; 2013.

3. Bozkurt M, Yumru AE, Şahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014;53(4):452-8.

4. XXXII Congreso Nacional SEGO. Sección de suelo pélvico. Tenerife 22-25 de Mayo de 2013. p. 141-15.

5. Ferri A, Amostegui J. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia*. 2004;26(5):249-65.

6. Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A, Driul L, Delneri C, Calcagno A, et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's

wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Womens Health*. 2011;11:12.

7. Fernández-Llebrez L, et a. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad.2010. p. 1-317.
8. Clearinghouse NQM. Guía de Práctica Clínica: Maternal and newborn care. Rate of episiotomy in women who had a spontaneous vaginal birth. Ottawa.2015.
9. OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
10. Europeristat. Informe European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Peristat.2010.
11. Aceituno-Velasco L. Tasa de partos instrumentales en España. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2009;52(10):609-15.
12. OMS. Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesárea. Ginebra: Human Reproduction Programme; 2015.

1.

## Anexo: Tabla de Resultados

| Autor /<br>Publicación   | Características de la muestra /<br>Diseño del estudio.  | Resultados.  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Barbara G, et al. (15)</b></li> <li>❖ <b>Journal of Sexual Medicine/ 2016.</b></li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 269 mujeres primíparas (132 parto vaginal espontáneo, 45 parto instrumental, 92 cesárea). Completaron el cuestionario FSFI a los 3 días y 6 meses después del parto.</li> <li>❖ Cohortes.</li> </ul>   | <p>El parto instrumental produjo mayor dispareunia en comparación a la cesárea o parto vaginal espontáneo. El tiempo de reanudación de las relaciones es similar en ambos grupos. La lactancia materna disminuye la lubricación, aumenta el tiempo de reanudación de las relaciones y produce mayor dispareunia.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Safarinejad MR, et al. (19)</b></li> <li>❖ <b>Journal of Sexual Medicine/ 2009.</b></li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 912 mujeres primíparas (184 parto vaginal sin episiotomía, 182 parto vaginal con episiotomía, 180 parto instrumental, 182 cesárea programada, 184 cesárea de emergencia). Mujeres reclutadas en el segundo trimestre postparto. Completaron el cuestionario FSFI y la VAS, a los 3, 6 y 12 meses postparto.</li> <li>❖ Cohortes.</li> </ul>  | <p>El parto instrumental estaba asociado a las tasas más altas de dispareunia, mientras que la cesárea programada la intensidad más baja. Las mujeres con parto instrumental con fórceps presentaron mayor dispareunia frente al uso de ventosas, tanto a los 3, 6 y 12 meses postparto. Se utilizó la lactancia materna como un factor de confusión, pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Klein K, et al. (24)</b></li> <li>❖ <b>Journal of Women's Health/ 2009.</b></li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 99 mujeres primíparas (55 parto vaginal sin complicaciones, 44 cesárea electiva). Completaron el cuestionario FSFI a los 3, 6 y 12 meses postparto.</li> <li>❖ Cohortes.</li> </ul>  | <p>A los 3 meses la prevalencia de dispareunia fue mayor en mujeres después de un parto vaginal que en mujeres con cesárea. A los 6 y 12 meses ya no es estadísticamente significativo. Se utilizó la lactancia materna como un factor de confusión, pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas.</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Islam A, et al. (23)</b></li> <li>❖ <b>Journal of Pakistan Medical Association/ 2013.</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 200 mujeres primíparas. Compararon 100 mujeres con episiotomía mediolateral y 100 mujeres sin episiotomía de las cuales (62%) sin desgarros, (23%) desgarro vaginal de 2º grado suturado, (6%) con desgarros periuretrales menores suturados y (9%) con desgarros vaginales de 1º grado sin sutura. Completaron la escala VAS a los 2 meses postparto.</li> <li>❖ Cohortes.</li> </ul> | <p>El 69% de las mujeres con episiotomía mediolateral presentaron dispareunia, frente al 12% de mujeres sin episiotomía.</p>   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Buhling KJ, et al. (20)</b></li> <li>❖ <b>Elsevier/ 2006.</b></li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 655 mujeres primíparas (119 mujeres con parto vaginal sin lesión, 62 mujeres con cesárea electiva y emergencia, 326 mujeres con episiotomía y/o desgarro y 148 mujeres parto instrumental). Respondieron un cuestionario validado de 16 preguntas sobre la dispareunia a los 1, 3, 6 y 18 meses postparto.</li> <li>❖ Cohortes.</li> </ul> | <p>Las mujeres con un perineo intacto presentaron menor persistencia de dispareunia en comparación con los otros grupos. Las mujeres con un parto instrumental presentaron mayor prevalencia de dolor severo en la primera relación y en la persistencia de dispareunia a los 6 meses. No hubo diferencias significativas en la reanudación sexual, y el (47%) de mujeres habían reanudado las relaciones dentro de las primeras 8 semanas.</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Andrews V, et al. (17)</b></li> <li>❖ <b>Science Direct/ 2008.</b></li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 241 mujeres primíparas. Perineo intacto (29 mujeres, 12%), desgarros de 1° (29 mujeres, 12%), 2° y episiotomía (17 mujeres, 7%), 3° (58 mujeres, 24%) y 4° (1 mujeres, 0,4%). Completaron las escalas VAS y VRS en el día 1, 5 y 2 meses después del parto.</li> <li>❖ Cohortes.</li> </ul>  | <p>Las mujeres con desgarros de 2°, 3° y 4° experimentaron mayor dispareunia a los 2 meses postparto, frente a los desgarros de 1° y perineo intacto. El grupo <i>episiotomía</i>, presentó mayor dispareunia, frente a los <i>desgarros de 2°</i>, aunque no fue significativo. El 40% reanudaron las relaciones en los 2 meses postparto sin influencia por el traumatismo perineal. La dispareunia era más común en las mujeres que daban lactancia materna, pero no fue significativo.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Boran SU, et al. (16)</b></li> <li>❖ <b>The Eurasian journal of Medicine/ 2013.</b></li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 200 mujeres primíparas (100 mujeres parto vaginal con episiotomía y hasta 2° desgarro y 100 mujeres con cesárea). Completaron la escala VAS a los 3 meses postparto.</li> <li>❖ Cohortes.</li> </ul>   | <p>El 21% de mujeres con parto vaginal con episiotomía presentó dispareunia, frente al 8% de mujeres con cesárea (<math>p &lt; 0.05</math>) a los 3 meses postparto.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Dabiri F, et al. (22)</b></li> <li>❖ <b>Oman Medical Journal/ 2014.</b></li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 150 mujeres primíparas (81 parto vaginal con episiotomía mediolateral y 69 mujeres con cesárea, de las cuales, 60 mujeres fue electiva). Completaron el FSFI, entre los 3 y 6 meses postparto.</li> <li>❖ Cohortes.</li> </ul>   | <p>No hubo diferencias significativas de dispareunia entre ambos grupos, ni a los 3 ni a los 6 meses (<math>p = 0.8</math>), lo que indicó que el tipo de parto no afecta a la gravedad de dispareunia, pero sí disminuyó el promedio de dispareunia con el tiempo. A los 2 meses postparto, el (68%) grupo <i>parto vaginal</i> y (59%) <i>grupo cesárea</i>, habían reanudado las relaciones sexuales.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Lurie S, et al. (21)</b></li> <li>❖ <b>Archives of Gynecology and Obstetrics / 2013.</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 82 mujeres primíparas y multíparas (16 mujeres parto vaginal sin episiotomía, 14 vaginal con episiotomía, 16 parto instrumental, 19 cesárea urgente y 17 cesárea electiva). Completaron el FSFI a las 6 semanas, 3 y 6 meses postparto.</li> <li>❖ Cohortes.</li> </ul>  | <p>Con el tiempo, la dispareunia postparto disminuyó significativamente (<math>p &lt; 0.001</math>). A los 3 meses, 78 mujeres (95.1%) habían reanudado las relaciones sexuales. El grupo <i>parto vaginal sin episiotomía</i> reanudaron las relaciones sexuales antes que el grupo <i>parto vaginal con episiotomía</i> o cualquier intervención (<math>p = 0.013</math>). La cesárea programada no se asoció con un efecto protector sobre la función sexual postparto.</p>                 |