



Salud sexual de mujeres seis meses después de un evento de morbilidad materna extrema*

Lisiane Camargo Alves^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-9757-8313>

Jessica Ribeiro Costa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3688-0201>

Juliana Cristina dos Santos Monteiro¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1540-0659>

Objetivo: investigar la función sexual femenina en las mujeres seis meses después del parto y comparar la función sexual entre las mujeres que tenían y que no tenían morbilidad materna extrema (MME). **Método:** estudio transversal con 110 mujeres en el posparto, con y sin MME. Se utilizaron dos instrumentos, uno para la caracterización de variables sociodemográficas y obstétricas y el Índice de *Female Sexual Function Index* (FSFI) para la función sexual. Se realizaron análisis de modelos univariados, bivariados y modelo de regresión. **Resultados:** los puntajes del FSFI mostraron el 44.5% de la disfunción sexual femenina, de los cuales el 48.7% correspondió a mujeres que tenían MME y el 42% a las que no. Hubo diferencias significativas entre la edad ($P = 0.013$) y la duración del embarazo ($P < 0.001$) entre mujeres con o sin MME. Entre los casos de MME, los trastornos hipertensivos fueron los más frecuentes (83%). Se obtuvo una asociación entre algunos dominios del FSFI y las variables: orgasmo y color autoinformado, satisfacción y duración de la relación, y dolor y MME. **Conclusión:** las mujeres blancas tienen mayor dificultad para alcanzar el orgasmo si se las compara con las mujeres no blancas y las mujeres con más de 120 meses de relación se sienten más insatisfechas con la salud sexual que las mujeres con menos tiempo de relación. Las mujeres que han tenido algún tipo de MME tienen más dispareunia en comparación con las mujeres que no han tenido MME.




Descriptorios: Morbilidad; Sexualidad; Complicaciones del Embarazo; Embarazo; Periodo Posparto; Enfermería.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após a vivência de um episódio de morbidade materna grave", apresentada na Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Cómo citar este artículo

Alves LC, Costa JR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Women's sexual health six months after a severe maternal morbidity event. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3293. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3500.3293>. mes día año

URL

Introducción

La Morbilidad Materna Extrema (MME) se caracteriza como un evento de morbilidad severa en mujeres durante el embarazo, el parto o 42 días después del parto. Clasificada como una afección potencialmente mortal, se define por algunos criterios específicos, como los trastornos hemorrágicos; trastornos hipertensivos; otras enfermedades sistémicas, como por ejemplo endometritis, edema pulmonar; y algunos indicadores de gravedad como la transfusión de sangre y el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)⁽¹⁾.

La MME es actualmente un indicador de desarrollo, y debido a que es más frecuente que la mortalidad materna, su monitoreo es una estrategia para prevenir y combatir la mortalidad materna⁽²⁾. Con comportamiento similar al índice de mortalidad materna la MME es mayor en países de bajos y medianos ingresos en comparación con países de altos ingresos⁽³⁾. Sin embargo, se desconoce la magnitud de MME; se estima que su ocurrencia aumenta con los años y que hay de 20 a 30 eventos MME por cada muerte materna⁽⁴⁾. Estos eventos, ya sean agudos o crónicos, provocan secuelas que pueden comprometer las actividades de la vida previas a las complicaciones obstétricas. Datos recientes estiman 27 millones de episodios de MME por año en todo el mundo⁽⁵⁾.

Los resultados de la investigación que utiliza los criterios establecidos por la OMS apuntan a África como el continente con la mayor prevalencia global de MME⁽⁵⁾, cuya proporción varía de 8/1000 nacidos vivos (nv) en Ruanda⁽⁶⁾ a 88.6/1000nv en Somalia⁽⁷⁾. En Asia, la MME varía de 3.8/1000nv en Nepal⁽⁸⁾ a 120/1000nv en India⁽⁹⁾. América Latina y el Caribe tienen los datos más dispares en el escenario mundial, siendo que la tasa de MME más baja corresponde a Argentina siendo 2.62/1000nv y la más alta en Perú con 34.92/1000nv⁽¹⁰⁾. Brasil ocupa en posición intermedia, con una prevalencia de 10.21/1000nv⁽¹¹⁾.

En los países desarrollados, los estudios encontrados varían en el método y la definición utilizados; sin embargo, estos tienen los datos más bajos del mundo, que van desde 3/1000nv en Irlanda a 7.3/1000nv en los Estados Unidos⁽⁵⁾.

Aunque se han desarrollado varios estudios sobre cómo MME afecta la calidad de vida de las mujeres⁽¹⁰⁾, encontramos pocos estudios en nuestra búsqueda, sobre las consecuencias de MME en la salud sexual de las mujeres sobrevivientes⁽¹²⁻¹³⁾. Un estudio realizado en Asia con mujeres que tenían MME mostró que la mayoría de las mujeres tenían dificultades para tener orgasmos e informaban dolor durante las relaciones sexuales⁽¹⁴⁾. Otro estudio, realizado en África, encontró una prevalencia de dispareunia entre mujeres expuestas o no a MME pero

no hubo diferencias significativas⁽¹³⁾. Considerando las consecuencias a largo plazo de la MME en la salud de las mujeres, en este artículo se plantea el interrogante de si las mujeres que han tenido MME tienen más quejas somáticas relacionadas con la función sexual que las mujeres que no han tenido un episodio de MME.

Método

Este es un estudio epidemiológico observacional con un diseño transversal, realizado con 110 mujeres, reclutadas simultáneamente en dos servicios de salud: el Centro de Referencia de Salud de la Mujer de Ribeirão Preto (CRSMRP-MATER) y el Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto. Preto de la Universidad de São Paulo (HCFMRP / USP). Con posterioridad, se realizaron visitas a los hogares de los participantes para la recopilación de datos.

Ribeirão Preto es el hogar del 13º Departamento Regional de Salud (DRS XIII) del Estado de São Paulo, una referencia regional de salud para 26 municipios, que abarca una población estimada de 1.300.000 habitantes. En este contexto, CRSMRP-MATER opera como referencia regional para casos ginecológicos y obstétricos de mediana complejidad, en el cual tienen lugar aproximadamente un tercio de nacimientos de riesgo habitual y de riesgo medio del Sistema Único de Salud (SUS). En esta institución, se reclutaron participantes que no sufrieron lesiones durante el embarazo, el parto o el posparto inmediato. HCFMRP/USP es un hospital de atención terciaria, un centro regional de referencia para la salud, que presta servicios a los municipios de DRS XIII, otros departamentos de salud y otros estados de Brasil. En esta institución, se reclutó a los participantes que tuvieron un episodio de MME.

La población de referencia consistió en mujeres en el período posparto inmediato, admitidas en las salas de alojamiento conjunto de ambos centros de salud. Los participantes fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión: mujeres posparto, en proceso de alta hospitalaria, mayores de 18 años, residentes en Ribeirão Preto o en municipios situados a una distancia máxima de hasta 60 kilómetros. Este último criterio de inclusión fue establecido por la necesidad de establecer restricciones presupuestarias en la investigación respecto de viajes de más de 60 kilómetros. En el caso de las mujeres reclutadas en el HCFMRP/USP, se incluyeron aquellas que cumplieron con los criterios MME establecidos en este estudio, que siguieron la clasificación de la OMS. Los criterios de exclusión fueron: mujeres que consumían drogas u otras sustancias psicoactivas, con antecedentes de enfermedad psiquiátrica o enfermedades crónicas, como cáncer, diabetes y enfermedades neurológicas, dado que

estos factores interfieren negativamente en una o más fases de la respuesta sexual⁽¹⁵⁾.

Se calculó una muestra probabilística aleatoria simple basada en la prevalencia de MME en HCFMRP/USP en el año anterior a la recopilación de datos. Se consideró un error de muestra tolerable del 5%, un nivel de confianza del 95%, una pérdida esperada del 10% para las mujeres que tenían MME y las que no tenían MME. El cálculo de la muestra indicó la necesidad de 231 participantes, 77 de los cuales fueron reclutados de HCFMRP/USP y 154 de CRSM-MATER.

El reclutamiento de participantes se realizó desde viajes diarios, en días laborables, a las unidades de alojamiento conjunto de HCFMRP/USP a las 13:00 h y CRSM-MATER a partir de las 16:00 h. A través de consultas con el censo de enfermería del hospital, se identificó a las mujeres que fueron dadas de alta y, según los criterios establecidos, se las invitó a participar en la investigación. Todos fueron informados sobre la entrevista que se llevaría a cabo en su domicilio, 180 días después del alta hospitalaria, sobre la recopilación de datos de su historia clínica y sobre otros aspectos de la investigación. Después de conocer los aspectos éticos vinculados con la investigación, las mujeres que aceptaron participar firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (ICF). En este momento, se recopilaron datos de su historia clínica. La recopilación de datos tuvo lugar entre mayo de 2015 y agosto de 2017.

Para la recolección de datos, se utilizaron dos instrumentos estructurados. El primer instrumento incluyó la búsqueda de datos de identificación, características sociodemográficas, obstétricas, neonatales y MME en el caso de mujeres reclutadas en HCFMRP/USP. Este instrumento se utilizó tanto en la recopilación de datos de registros médicos (datos MME, variables obstétricas y neonatales) como en la entrevista (datos sociodemográficos y ginecológicos). El segundo instrumento de recolección de datos fue el Índice de *Female Sexual Function Index* (Función Sexual Femenina, FSFI), un cuestionario que evalúa la salud sexual femenina, aplicado en la entrevista domiciliaria, 180 días después del alta. Este instrumento se desarrolló en los Estados Unidos y fue validado y adaptado para Brasil⁽¹⁶⁾. El cuestionario contiene 19 preguntas, que evalúan la actividad sexual en las últimas cuatro semanas, dividida en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, donde cada uno tiene un puntaje y el puntaje total se refiere a la suma de los puntajes multiplicados por su factor respectivo. Si el valor total es menor o igual a 26.55, indica que el participante tiene algún tipo de disfunción sexual⁽¹⁶⁾.

Los datos se almacenaron en una hoja de cálculo estructurada en Microsoft Excel, con doble entrada para validar los datos ingresados y garantizar la confiabilidad en la compilación. Para verificar la asociación entre las variables, se utilizaron las pruebas exactas de *Mann-*

Whitney y *Fisher*. En todas las pruebas, se consideraron valores de $p < 0.05$ estadísticamente significativos. Para evaluar la idoneidad de la variable de respuesta seleccionada, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk a los residuos del ajuste. El análisis de datos se realizó utilizando el programa gratuito R versión 3.4.3, con un nivel de significación del 5% ($\alpha = 0.05$).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación vinculado al Comité Nacional de Ética de Investigación del Consejo Nacional de Salud con el protocolo CAAE: nº 37254814.7.0000.5393.

Los criterios para la caracterización de MME fueron: trastornos hemorrágicos (desprendimiento de la placenta, placenta acreta/increta/percreta, embarazo ectópico, hemorragia anteparto y/o posparto, ruptura uterina, aborto con hemorragia severa); trastornos hipertensivos (preeclampsia grave, eclampsia, hipertensión severa, encefalopatía hipertensiva, síndrome HELLP); otras enfermedades sistémicas (endometritis, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria, convulsiones, sepsis, trombocitopenia $< 100,000$, crisis tiroidea); indicadores de manejo de la gravedad (transfusión de sangre, acceso venoso central, histerectomía, ingreso a la UCI, estadía prolongada en el hospital [> 7 días después del parto], intubación no relacionada con el procedimiento anestésico, regreso al quirófano, intervenciones quirúrgicas mayores)⁽¹⁾.

Resultados

De las 110 mujeres que participaron en el estudio, 41 tenían MME y 69 no presentaron ningún problema durante el ciclo grávido puerperal. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y los antecedentes reproductivos de mujeres con y sin MME.

Entre las características sociodemográficas, hubo una diferencia estadística solo entre la edad de las mujeres (media 30.0 años SD 5.5) versus (media 27.1 años SD 5.2); $P = 0,013$. En cuanto a los aspectos obstétricos, el promedio de embarazos fue de 2.4 con una desviación estándar de 1.5 para las mujeres que tenían MME y 1.4 para las que no, y una mediana de 2.0 embarazos. Todos los participantes se sometieron a atención prenatal y cumplieron las recomendaciones del Ministerio de Salud para un mínimo de seis consultas. Con respecto al tipo de parto, el 58.6% de las mujeres con MME se sometieron a cesárea y el 60.4% de las mujeres que no tuvieron MME tuvieron un parto normal. Las mujeres que tenían MME tenían más probabilidades de tener nacimientos prematuros (63.4% vs 92.8%; $P < 0.001$).

Entre los casos de MME, los trastornos hipertensivos fueron los más frecuentes (83%), con hipertensión severa y preeclampsia severa, los diagnósticos más incidentes (Tabla 2).

Tabla 1 – Características sociodemográficas y antecedentes reproductivos de participantes con y sin MME*

Variables	MME* (n=41)		Sin MME* (n=69)		P valor*
	Media (SD) [†]	n (%)	Media (SD) [†]	n (%)	
Características sociodemográficas					
Edad (años)	30,0 (5,5)		27,1 (5,2)		0,013
Renta familiar (mes)					0,169
≤ 1 salario mínimo [§]		12 (29,3)		19 (27,5)	
2-3 salarios mínimos [§]		19 (46,4)		30 (43,5)	
≥ 4 salarios mínimos [§]		8 (19,5)		4 (5,8)	
No sabe		2 (4,8)		16 (23,2)	
Color autoinformado					0,175
Blanca		19 (46,3)		23 (33,3)	
No-blanca		22 (53,7)		46 (66,7)	
Escolaridad (años)	9,5 (2,8)			9,7 (2,3)	
1 - 8		12 (29,3)		19 (27,5)	
9 - 11		26 (63,4)		46 (66,6)	
≥12		3 (7,3)		4 (5,8)	
Ocupación					
Desempleada		12 (29,3)		15 (21,7)	
Ama de casa		12 (29,3)		37 (53,6)	
Trabajo remunerado		17 (41,5)		17 (24,6)	
Historia reproductiva					
Gestaciones	2,4 (1,5)		2,4 (1,4)		0,763
Primiparidad		13 (31,7)		20 (28,9)	
Multiparidad		28 (68,3)		49 (71,1)	
Tiempo de gestación					
Término (≥ 37 s)		26 (63,4)		64 (92,8)	<0,001
Pretérmino (< 37s)		15 (36,6)		5 (7,2)	
Tipo de parto					0,076
Vaginal		17 (41,4)		42 (60,9)	
Cesárea		24 (58,6)		27 (39,1)	
Uso MAC [‡] (último año)					
Sí		29 (97,6)		69 (100)	
No		12 (2,4)		-	

*MME = Morbilidad Materna Extrema; [†]Desviación Estándar; [‡]Prueba Exacta de Fisher; [§]salario mínimo 2016 = R\$ 880,00; [¶]Método contraceptivo

Tabla 2 - Distribución de MME* entre los participantes del estudio

Tipo de MME*	Frecuencia	Porcentaje
Disturbios hemorrágicos	3	7,3
Desplazamiento prematuro da placenta	2	66,7
Hemorragia anteparto	1	33,3
Disturbios hipertensivos	34	83,0
Preeclampsia grave	13	38,2
Eclampsia	2	5,9
Hipertensión grave	16	47,1
Síndrome HELLP [†]	3	8,8
Enfermedades sistémicas	4	9,7
Convulsiones	2	50,0
Complicaciones da triode	2	50,0

*MME = Morbilidad Materna Extrema; [†]HELLP = Hemolysis elevated liver enzymes low platelet count

La Tabla 3 muestra la comparación de cada dominio y el puntaje FSFI total entre mujeres con y sin MME.

Tabla 3 - Comparación de los dominios y puntuaciones de la función sexual según FSFI entre mujeres con y sin MME*

Función sexual	MME (n= 41)	Sin MME (n=69)	Valor p
	Media (DP) [†]	Media (DP) [†]	
Deseo	3,32 (1,48)	3,88 (1,18)	0,051
Excitación	3,65 (1,41)	3,99 (1,16)	0,273
Lubricación	4,47 (1,54)	4,95 (1,33)	0,100
Orgasmo	4,24 (1,65)	4,28 (1,44)	0,921
Satisfacción	4,48 (1,44)	4,99 (1,00)	0,131
Dolor	4,84 (1,63)	4,81 (1,35)	0,161
Total	25,03 (6,91)	26,93 (6,03)	0,243

*MME = Morbilidad Materna Extrema; [†]SD = Desviación estándar; [‡]Valor p = Prueba Mann-Whitney

La prevalencia de la disfunción sexual femenina fue del 44.5% (puntaje FSFI ≤ 26.55), con 48.7% entre las mujeres que tenían MME y 42.0% entre las que no tenían MME.

A partir del análisis de los datos de los participantes en este estudio, no se encontró asociación entre la aparición de disfunción sexual femenina y MME.

Al analizar los dominios que componen el FSFI, hubo una asociación entre la presencia de MME y el dolor durante las relaciones sexuales, independientemente de la edad, la duración de la relación, los ingresos, el color autoinformado, la paridad y el tipo de parto (Tabla 4).

Tabla 4 - Asociación entre los dominios orgasmo, satisfacción y dolor durante las relaciones sexuales y las variables color autoinformado, duración de la relación y MME, en un modelo de regresión Beta inflado

Variables	Orgasmo		
	Media	Valor p	IC* 95,0%
Color autoinformado			
Blanca	0,5942	0,01	0,5095-0,6737
No blanca	0,7020		0,5390-0,8259
Satisfacción			
Tiempo de relación			
≥ 120 meses	0,5934	0,03	0,6188-0,7768
< 60 meses	0,7039		0,3899-0,7692
Dolor en la relación sexual			
MME [†]	0,6665	0,002	0,4995-0,8000
Sin MME [†]	0,7973		0,5607-0,9238

*IC = Intervalo de Confianza; [†]MME = Morbilidad Materna Extrema

Las mujeres que informaron no ser blancas obtuvieron mejores resultados en la respuesta sexual en el dominio del orgasmo de FSFI que las mujeres que informaron ser blancas ($P = 0.01$). Las mujeres con más de 120 meses de relación estaban más insatisfechas con su sexualidad que las mujeres con una relación de hasta 60 meses ($P = 0.03$). Las mujeres que tenían MME informaron más dolor durante las relaciones sexuales que las mujeres que no tenían MME ($P = 0.002$).

Discusión

En este estudio, hubo diferencias estadísticamente significativas entre las variables edad ($P = 0.013$) y duración del embarazo ($P < 0.001$) entre mujeres con o sin MME. Sin embargo, además de estas dos variables, la caracterización de estas mujeres muestra similitudes con varios estudios, en nuestro país y en el extranjero. Estos datos están de acuerdo con un estudio realizado en el estado de Sergipe⁽¹⁷⁾, donde los autores encontraron la ocurrencia de MME entre mujeres mayores de 35 años ($p = 0.038$) en comparación con mujeres más jóvenes con MME. También corroboran este resultado, un estudio realizado en Asia⁽¹⁴⁾, cuyas mujeres que tenían MME eran significativamente mayores que las mujeres que no tenían MME (31.6 años $SD = 6.26$) *versus* (29.2 años $SD = 5.65$) $P < 0.001$. La morbilidad materna severa pone en riesgo no solo la vida de la mujer, sino también del feto/recién nacido, cuando ocurre la prematuridad y sus consecuencias⁽³⁾. En nuestro estudio, parto prematuro se asoció con MME, así como con estudios desarrollados en Finlandia⁽¹⁸⁾ y en el Brasil⁽¹⁹⁾.

Entre los casos de MME, los trastornos hipertensivos fueron los más frecuentes en el presente estudio, caracterizados por hipertensión severa y preeclampsia severa.

Un estudio de revisión en mujeres con crisis hipertensivas en el embarazo mostró que la hipertensión es una de las complicaciones que aparece más en la práctica clínica, ocupando el primer lugar entre las causas de muertes maternas. La hipertensión arterial complica del 7 al 10% de todos los embarazos, destacando la necesidad de estrategias e intervenciones para prevenir y calificar el sistema de salud, donde las mujeres embarazadas necesitan atención prenatal distinta, con una evaluación más cuidadosa, exámenes específicos y acciones dirigidas a reducir la mortalidad materna y morbilidad severa⁽²⁰⁾. En vista de los resultados del presente estudio, se demostró que entre los trastornos hipertensivos, el 39% de las mujeres tenían hipertensión severa y el 43.9% fueron diagnosticadas con preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP graves, enfermedades que pueden prevenirse al sensibilizar a

las mujeres embarazadas y a los profesionales sobre la importancia de los cuidados prenatales bien realizados.

Con respecto a la función sexual femenina, el presente estudio mostró que el 44.5% de las mujeres tenían disfunción sexual. Aunque este estudio no encontró una asociación significativa entre MME y la disfunción sexual, la puntuación media obtenida por FSFI caracterizó la disfunción sexual entre las mujeres con MME. Un estudio realizado en Campinas, SP, comparó estos dos grupos de mujeres, utilizando el FSFI, y no encontró asociación entre los grupos, sin embargo, la puntuación obtenida indicaba disfunción tanto en el grupo de mujeres con morbilidad como en el grupo control⁽¹³⁾.

A partir del análisis de regresión modelo Beta inflado, el presente estudio encontró una asociación significativa entre algunos dominios FSFI y algunas variables de las mujeres: orgasmo y color autoinformado, satisfacción y duración de la relación, y dolor y MME, corroborando datos de un estudio que encontró asociación entre disfunción sexual y color, demostrando que a las mujeres no blancas les resulta más fácil alcanzar el orgasmo en comparación con las mujeres blancas⁽¹²⁾.

Con respecto a la dispareunia, nuestro estudio encontró que las mujeres que sufrieron algún tipo de lesión durante el embarazo, el parto o el posparto tuvieron mayores tasas de dolor durante las relaciones sexuales en comparación con las mujeres que tuvieron un embarazo sin ningún tipo de lesión. Este resultado está de acuerdo con una investigación realizada en Campinas que reveló que la morbilidad materna está directamente asociada con una mayor frecuencia de dispareunia después del parto⁽¹⁵⁾.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se considera que debido a que es un estudio transversal, una limitación característica es el hecho de que los datos se recopilan en un solo momento en la vida de estas mujeres. Por lo tanto, no hay forma de afirmar que las mujeres que obtuvieron puntajes inferiores a 26.55 no tenían ningún tipo de disfunción sexual. En un estudio de cohorte prospectivo, se recopilarían datos en varios momentos y se realizaría un seguimiento de la vida sexual de estas mujeres. En este contexto, se enfatiza la importancia del enfoque de la enfermera sobre el tema en las consultas de rutina de las mujeres. Hay que tener en cuenta que la sexualidad sigue siendo un tema cuyo enfoque genera molestias. En este sentido, a pesar de preservar su privacidad, muchas mujeres pueden haberse sentido tímidas en el momento de la entrevista, lo que puede haber interferido con los resultados. Otra limitación radica en el hecho de que el instrumento utilizado fue diseñado para aplicarse a mujeres sin ningún tipo de problema de salud. Hasta donde sabemos, no existe un instrumento específico en la literatura para evaluar la salud sexual de las mujeres que han tenido un evento de morbilidad materna extrema.

Conclusión

Nuestro estudio mostró que las mujeres blancas tienen mayor dificultad para alcanzar el orgasmo si se las compara con las mujeres no blancas y que las mujeres con más de 120 meses de relación se sienten más insatisfechas con la salud sexual que las mujeres con menos tiempo en la relación.

Sin embargo, las mujeres que tuvieron algún tipo de MME tienen más dispareunia en comparación con las mujeres que no tuvieron ningún tipo de lesión durante el embarazo, el parto o el posparto.

Entendemos que estos hallazgos demuestran que la salud sexual de las mujeres debe evaluarse mejor en consultas de rutina y que MME puede influir en la respuesta sexual después del parto. Por lo tanto, esperamos que estos resultados estimulen más estudios con miras a establecer un mejor abordaje de salud sexual femenina y prevención de problemas durante el embarazo, el parto o el posparto.

Referencias

- World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. [Internet]. [cited Jul 16, 2019]. Geneva: WHO; 2011. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en>
- Silva TC, Varela PLR, Oliveira RR, Mathias TAF. Severe maternal morbidity identified in the Hospital Information System of the Brazilian National Health System in Paraná State, Brazil, 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(3):617-28. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300017>
- Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reprod Health*. 2018;15(Suppl 1):98. doi: [10.1186/s12978-018-0527-2](https://doi.org/10.1186/s12978-018-0527-2)
- Ray JG, Park AL, Dzakpasu S, Dayan N, Deb-Rinker P, Luo W, et al. Prevalence of severe maternal morbidity and factors associated with maternal mortality in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open*. 2018;1(7):e184571. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4571>
- Graham W, Woodd S, Byass P, Filippi V, Gon G, Virgo S, et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*. 2016;388:2164-75. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31533-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31533-1)
- Rulisa S, Umuziranenge I, Small M, van Roosmalen J. Maternal near miss and mortality in a tertiary care hospital in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:203. doi: [10.1186/s12884-015-0619-8](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0619-8)
- Kiruja J, Osman F, Egal JA, Essén B, Klingberg-Allvin M, Erlandsson K. Maternal near-miss and death incidences – frequencies, causes and the referral chain in Somaliland: a pilot study using the WHO near-miss approach. *Sex Reprod Healthc*. 2017;12:30-6. doi: [10.1016/j.srhc.2017.02.003](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.02.003)
- Rana A, Baral G, Dangal G. Maternal near miss: a multicenter surveillance in Kathmandu Valley. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2013;52:299-304. doi: <https://doi.org/10.31729/jnma.256>
- Pandey A, Das V, Agarwal A, Agrawal S, Misra D, Jaiswal N. Evaluation of obstetric near miss and maternal deaths in a tertiary care hospital in North India: shifting focus from mortality to morbidity. *J Obstet Gynecol India*. 2014;64:394-9. doi: [10.1007/s13224-014-0552-1](https://doi.org/10.1007/s13224-014-0552-1)
- De Mucio B, Abalos E, Cuesta C, Carroli G, Serruya S, Giordano D, et al. Maternal near miss and predictive ability of potentially life-threatening conditions at selected maternity hospitals in Latin America. *Reprod Health*. 2016;13:1-10. doi: [10.1186/s12978-016-0250-9](https://doi.org/10.1186/s12978-016-0250-9)
- Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CS, Brum IR, et al. Incidence of maternal near miss in hospital childbirth and postpartum: data from the birth in Brazil study. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S169-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00154213>
- Andreucci CB, Cecatti JG, Pacagnella RC, Silveira C, Parpinelli MA, Ferreira EC, et al. Does severe maternal morbidity affect female sexual activity and function? Evidence from a Brazilian cohort study. *PLoS One*. 2015;10(12):e0143581. doi: [10.1371/journal.pone.0143581](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143581)
- Ganaba R, Marshall T, Sombié I, Baggaley RF, Ouédraogo TW, Filippi V. Women's sexual health and contraceptive needs after a severe obstetric complication ('near-miss'): a cohort study in Burkina Faso. *Reprod Health*. 2010;7:22. doi: [10.1186/1742-4755-7-22](https://doi.org/10.1186/1742-4755-7-22)
- Norhayati MN, Yacob MA. Long-term postpartum effect of severe maternal morbidity on sexual function. *Int J Psychiatry Med*. 2017;52:328-44. doi: [10.1177/0091217417738933](https://doi.org/10.1177/0091217417738933)
- Lara LAS, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39:184-94. doi: [10.1055/s-0037-1601435](https://doi.org/10.1055/s-0037-1601435)
- Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues OM Jr, Souza C. Cross-cultural adaptation of the Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:416-26. doi: [10.1590/s0102-311x2008000200021](https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000200021)
- Silveira MS, Gurgel RQ, Barreto IDC, Galvão LPL, Vargas MM. Severe Maternal Morbidity: post-traumatic suffering and social support. *Rev Bras Enferm*.

[Internet]. 2018;71(Suppl 5):2139-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0271>

18. akobsson M, Tapper AM, Palomäki O, Ojala K, Pallasmaa N, Ordén MR, et al. Neonatal outcomes after the obstetric near-miss events uterine rupture, abnormally invasive placenta and emergency peripartum hysterectomy - prospective data from the 2009-2011 Finnish NOSS study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94:1387-94. doi: 10.1111/aogs.12780

19. Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Hospitalizations due to complications of pregnancy and maternal and perinatal outcomes in a cohort of pregnant women in the Brazilian Unified National Health System in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(1):e00188016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016>

20. Assarag B, Dujardin B, Essolbi A, Cherkaoui I, Brouwere V. Consequences of severe obstetrics complications on women's health in Morocco: please, listen to me! *Trop Med Int Health.* 2015;20(11):1406-14. doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.12586>

Recibido: 16.07.2019

Aceptado: 12.03.2020

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera


Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Lisiane Camargo Alves

E-mail: lisi.camalves@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9757-8313>