

11217

129

2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Unidad Tocoquirúrgica del Hospital
"Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO
DEL TERCER TRIMESTRE

T E S I S

para obtener el grado de Especialidad en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

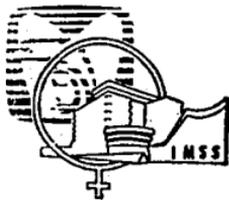


presenta

HGO, "LUIS CASTELAZO AYALA"
I.M.S.S.

Dr. Guillermo Sáenz Aburto

Asesor: Dr. Antonio Loera García



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



1993
FACULTAD DE ENSEÑANZA
HGO, "LUIS CASTELAZO AYALA"
I.M.S.S.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	5
HIPOTESIS	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	10
DISCUSION	12
GRAFICAS Y FIGURAS	13
BIBLIOGRAFIA	21

I N T R O D U C C I O N

El embarazo representa un proceso de cambios, desarrollo y estrés. El embarazo en una pareja bien integrada, que se ama, puede simbolizar una de las mayores y más apropiadas formas de expresión sexual, con todas las alegrías y riesgos que pueda representar; las posibilidades de excitación y aventura a través del amor de su pareja y la familia se balancean contra los riesgos inherentes de dolor, rechazo y fracaso que acompañan a todas las relaciones profundamente comprometidas. Un área poco estudiada es la expresión sexual y la influencia que la gestación tiene sobre ella; a menudo se alteran los patrones sexuales y el sistema de comunicación de la pareja es afectado y estresado intensamente.

Los deseos sexuales son instintivos pero las actitudes y el comportamiento sexual son aprendidos. En consecuencia, la misma actividad sexual tiene distintos significados para gente diferente o incluso en la misma persona el significado puede variar según el momento. Según nuestra propia historia personal dicta la manera por la cual expresamos nuestra sexualidad. El comportamiento sexual puede expresar amor, cuidado, afecto, lujuria, agresión y poder o soledad o una necesidad física temporaria o la batalla de un dominio. El embarazo es el momento en que las parejas cambian de amantes a padres, de una pareja a una familia, donde la pareja se encuentra bajo estrés físico, emocional y a menudo económico. Toda la estructura social se viene abajo y si bien algunas parejas responden uniéndose más, otras no lo hacen. Algunas parejas se separan; otras establecen patrones de arreglo perjudiciales que pueden tener consecuencias graves posteriormente.

El embarazo tiene un efecto potente sobre los patrones sexuales existentes y su alteración puede, a su vez, influir sobre las actitudes de la pareja con respecto al embarazo, a cada uno y al niño (1). Masters y Johnson observaron que "la sexualidad, en la medida en que puede ser aumentada o reprimida por el estado del embarazo ha sido tema de conjeturas por generaciones" (2); por el numero de tabúes y sanciones culturales sociales y psicológicas.

El desempeño sexual puede estar inhibido por el enojo, el miedo, la incapacidad o el malestar físico, las actitudes negativas o la falta de conocimiento, todo lo cual provoca ansiedad, inhibidor habitual de la respuesta como del rendimiento.

El embarazo estresa toda la pareja, la conducta sexual y el propio acto sexual. Williams (3) puntualiza 4 factores que influyen sobre los ajustes psicológicos de la mujer durante el embarazo:

1. Cambios físicos en la forma y el tamaño del cuerpo.
2. Nivel psicológico anterior de la mujer.
3. Estado marital y otras relaciones.
4. Psicodinamia en las necesidades de dependencia.

La mayor parte de los estudios indican una declinación en el interés de la actividad sexual a medida que se acerca el final del embarazo. Sin embargo el interés varía en cada miembro de la pareja (4,5). Si sus intereses no coinciden, es fácil que cada uno sienta que el otro lo está exigiendo o rechazando. Hacia el final de la gestación, la mujer puede requerir más afecto, más confianza y cuidados, pero puede perder el interés en el coito. Como la mayoría de los hombres han sido enseñados a considerar que tocar a una mujer es un preludio al sexo, el potencial para los conflictos aumenta. Incluso la tendencia de algunos hombres a embarcarse en relaciones extramatrimoniales cuando sus esposas se encuentran embarazadas puede ser otro factor de complicación en un momento en que la mujer necesita más confianza y la autoestima como amante y pareja es desafiada.

La mayor parte de los autores consideran que el coito y el orgasmo no son perjudiciales para el embarazo normal y su feto (5,9,14). Mills y cols. (15) estudiaron 10091 embarazos con feto único y no encontraron efectos deletéreos; sin embargo Naeye (16) en su estudio original indica que el coito causa un incremento de la mortalidad perinatal.

Los cambios físicos del embarazo pueden alterar el comportamiento sexual. La náusea del comienzo de la gestación puede limitar la expresión sexual en un momento en el cual la pareja por lo general está muy feliz y, lógicamente, deseará tener más sexo. La fatiga es un factor progresivo que afecta el deseo y el rendimiento sexual, el cual disminuye a la mitad del embarazo y retorna en el tercer trimestre acompañado de mayor torpeza e incomodidad así como en el número y variedades cómodas para el coito. La vasocongestión de la excitación sexual provoca mayor sensibilidad en las mamas y pelvis, sin embargo muchas mujeres refieren un aumento en la intensidad de la respuesta sexual o pueden experimentar incluso por primera vez un orgasmo u orgasmos repetidos.

Las mamas, hipertrofiadas en respuesta a cambios hormonales y vasculares, son especialmente sensibles en el comienzo del embarazo. Las secreciones vaginales aumentan en cantidad durante todo el embarazo y es mayor de lo acostumbrado durante la excitación, así como persistencia de sensación de pesantez en la vagina. Durante el embarazo el cérvix tiene más probabilidades de sangrar por el trauma del coito y ésto es causa de alarma.

Durante el orgasmo, el útero puede sufrir contracciones tónicas con disminución de los movimientos fetales seguido por un período breve de hiperactividad fetal compensatoria. Durante éstos episodios se ha registrado una bradicardia fetal, sin efectos nocivos aparentes (6). Esta alteración en la actividad fetal puede dar nuevamente origen a un tema de preocupación universal: "LA ACTIVIDAD SEXUAL ¿DAÑA AL PRODUCTO?".

Puede iniciarse o activarse la contractilidad uterina después de una relación sexual gracias a la actividad de prostaglandinas útero activas, las cuales están presentes en el semen humano; así como mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas, infecciones y parto pretérmino.

Davis interrogó 1000 embarazadas y observó que el 11.6% señaló que nunca habían tenido relaciones sexuales durante todo el embarazo; 62% afirmaron que habían tenido relaciones sexuales, al menos, durante parte de la gestación y el 26.4% mencionó que durante toda la gestación, tuvo relaciones sexuales. (7)

Sarrel (1984) descubrió que en el tercer trimestre el 93% de las mujeres informaban una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales, y el 20% de éstos casos se debía a una disminución de interés sexual en el hombre.

JUSTIFICACION

En nuestra comunidad se reciben pacientes embarazadas con todo tipo de complicaciones menores y mayores a quienes se vigilan periódicamente hasta su resolución final; de las anteriores la amenaza de parto pretérmino representa el 33% como demanda de consulta de primera vez y 21% como causa de acción operativa.

Las causas del parto pretérmino varían desde la infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, malformaciones uterinas, cervicovaginitis, pero la causa más frecuente de ellas en el 42% de los casos es de causa desconocida donde se han incluido posibilidades como la persistencia de la relación sexual durante el embarazo con la participación del orgasmo y el contacto con el semen como causas desencadenantes.

La persistencia de la relación sexual durante finales del embarazo y la aparición de orgasmo en nuestro medio no se conoce, aunque es obvia su baja frecuencia pero sin embargo existe la posibilidad y existe el riesgo.

De lo anterior se traduce la necesidad de resolver el siguiente problema:

¿ COMO LA RELACION SEXUAL INFLUYE EN LA APARICION DE CONTRACCIONES UTERINAS, Y MORBILIDAD MATERNO-FETAL ?

Por lo que se diseña un trabajo observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo de una población representativa.

O B J E T I V O S

1. Observar la diferencia en la aparición, intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas entre las mujeres embarazadas del tercer trimestre que no tienen relaciones sexuales con las que si las tienen.

2. Observar la diferencia en la aparición de complicaciones fetales o maternas entre las mujeres embarazadas del tercer trimestre que tienen relaciones sexuales con las que no las tienen.

3. Observar la diferencia en el comportamiento de las contracciones uterinas entre las mujeres embarazadas del tercer trimestre que tienen orgasmo con las que no lo tienen.

4. Observar la diferencia del comportamiento de las contracciones entre las mujeres embarazadas del tercer trimestre que usan preservativo con las que no lo usan.

H I P O T E S I S

Hipótesis alterna:

1. Las relaciones sexuales modifican desfavorablemente la evolución natural de la gestación.
2. La presencia de orgasmos aumenta la actividad uterina.
3. La presencia del semen estimula la actividad uterina.

Hipótesis de nulidad:

1. Las relaciones sexuales no modifican la evolución natural de la gestación.
2. La presencia de orgasmo no altera la actividad uterina.
3. La presencia de semen no estimula la actividad uterina.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El estudio se realizó en la Unidad Tocoquirúrgica, Consulta Externa y Hospitalización, del Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala". Instituto Mexicano del Seguro Social. Del 1° de Mayo al 30 de Octubre de 1992.

Se estudiaron 5 grupos de por lo menos 7 pacientes cada uno:

Criterios de Inclusión:

Grupo I

1. Pacientes de 20 a 35 años.
2. Clínicamente sanas, PRIMIGESTAS.
3. Embarazo desde 34 semanas hasta 39 semanas.
4. Con trabajo de parto espontáneo.
5. Presentación cefálica.
6. Pelvis útil para trabajo de parto.
7. Mujeres que nunca tuvieron relación sexual durante la gestación.

Grupo II

- Puntos 1, 2, 3, 4, 5, y 6 iguales.
7. Mujeres que tuvieron relación sexual durante el tercer trimestre y cuando menos dos semanas antes del parto; sin preservativo y sin orgasmo.

Grupo III

- Puntos 1, 2, 3, 4, 5 y 6 iguales.
7. Mujeres que tuvieron relación sexual durante el tercer trimestre y cuando menos dos semanas antes del parto; sin preservativo y con orgasmo.

Grupo IV

Puntos 1, 2, 3, 4, 5, y 6 iguales.

7. Mujeres que tuvieron relación sexual durante el tercer trimestre y cuando menos dos semanas antes del parto; con preservativo y con orgasmo.

Grupo V

Puntos 1, 2, 3, 4, 5, y 6 iguales.

7. Mujeres que tuvieron relación sexual durante el tercer trimestre y cuando menos dos semanas antes del parto; con preservativo y sin orgasmo.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con antecedentes de aborto, aborto habitual, partos pretérmino, cervicovaginitis, infecciones de vías urinarias, malformaciones uterinas, embarazos gemelares, incompetencia ístmico-cervical y principalmente inserción baja de placenta.

Pacientes con circunstancias que contraindicasen el parto o favorecieran la presentación de hipoxia fetal como desproporción cefalopélvica, hipertensión arterial sistémica, diabetes, retardo en el crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo.

Pacientes que refieran perforación, secuestro intravaginal u omisión del uso del preservativo.

Pacientes cuyos cónyuges cursaran con hipospermia o contraindicación del ejercicio del coito en caso del grupo II, III, IV y V.

Se reclutó desde la Consulta Externa o Urgencias a pacientes con las características anteriores, y seguidas desde Hospitalización o Consulta Externa a quienes se permitió iniciar el trabajo de parto el cual se vigila en la Unidad Tocoquirúrgica con evolución espontánea por lo menos 6 horas antes de iniciar oxitócicos y amniorexis.

Se registraron todas las complicaciones médicas, obstétricas o quirúrgicas en todos los grupos antes de iniciado el trabajo de parto y se compararon.

Se compararon los tiempos de trabajo de parto, forma de nacimiento, Apgar y presencia de complicaciones fetales en todos los grupos.

Los resultados de cada uno de los grupos se comparan por medio de una prueba no paramétrica para análisis de varianza de una clasificación de rangos de Kruskal-Wallis, así como por medio de la prueba U de Mann y Whitney. (18).

Todas las pacientes fueron atendidas en la unidad por el mismo médico obstetra y residente.

RESULTADOS

Se interrogaron 77 pacientes, 32 del grupo de mujeres embarazadas primigestas que aseguraban no continuar con relaciones sexuales durante toda la gestación y 45 del grupo de mujeres que si lo admitieron. Se excluyeron 8 y 13 pacientes respectivamente por no haber continuado con la vigilancia o no haber acudido para la atención del parto. Solo 2 del grupo IV se excluyeron por defectos en el uso del D.I.U. (un secuestro y una perforación). Quedando conformados los grupos de la siguiente manera:

Grupo I : 24 pacientes
Grupo II : 8 pacientes
Grupo III : 7 pacientes
Grupo IV : 7 pacientes
Grupo V : 8 pacientes

En ningún grupo se observó mortalidad materna pero solo en el grupo III (sin preservativo y con orgasmo) se observó una muerte perinatal por prematuros y hemorragia cerebral correspondiendo a las 34.2 semanas.

Durante su vigilancia se observaron complicaciones obstétricas en el 46% del grupo sin relación sexual y 57% en el grupo con relación sexual (figura 1, figura 2); predominando la amenaza de parto pretérmino y la ruptura de membranas en el grupo que admitió continuar con las relaciones sexuales, pero no hubo diferencia significativa entre todos los grupos ($p < 0.002$).

No se observó diferencia significativa entre los grupos con respecto a la edad gestacional promedio en que se presentó el trabajo de parto verdadero y efectivo; pero fue más temprano en el grupo donde se asociaba semen y orgasmo con un promedio de 36.6 semanas de gestación (grupo III), siendo el mayor con 38.2 semanas el grupo control (grupo I), (figura 4). Pero cuando se compararon los grupos que ameritaron el uso de occitocina para la conducción del trabajo de parto, hubo diferencia significativa ($p < 0.05$) siendo menor en los grupos con orgasmo y depósito de semen (grupo II y III) y mayor en los grupos sin actividad sexual, sin orgasmo y sin contacto al semen (grupo I y V), (figura 5).

El tiempo de trabajo de parto fue menor en el grupo III y comparativamente menor en los grupos con relación sexual y con orgasmos (grupo III y IV) siendo significativamente menor $p < 0.05$ (figura 6).

La forma de nacimiento predominó hacia el parto y no hubo ninguna diferencia significativa entre los grupos cuando se indicó la operación cesárea (figura 7), las cuales se debieron solo a dos causas: Falta de progresión del trabajo (53% del total de las cesáreas) principalmente en los grupos I y V (figura 8) y el Sufrimiento fetal agudo (47%) que apareció en los grupos con orgasmo (grupo III y IV), (figura 8).

El resultado perinatal, tomando en cuenta la calificación de APGAR, no tubo diferencia significativa entre los grupos, pero si puede verse una mayor aparición de APGAR 7-5 en los grupos con influencia de orgasmo. (figura 9, 10 y 11)

El peso en gramos de los productos coincidió con los pesos de acuerdo a su edad gestacional según la escala de Lubshenco, y no hubo diferencia significativa entre los grupos.

D I S C U S I O N

No hubo diferencia significativa ente todos los grupos con respecto a la aparición de Amenaza de parto pretermino, Ruptura de membranas, infecciones maternas y fetales u otras complicaciones; ni en la forma de nacimiento o frecuencia de cesáreas. Sin embargo entre las mujeres que habían seguido con la relación sexual durante su primera gestación, el tiempo de trabajo de parto duró significativamente menos.

La sola influencia del semen no modifico los resultados anteriores, y la influencia del orgasmo solo durante las relaciones sexuales si se asociaron a calificaciones de APGAR bajos. Sin embargo la combinación de semen y orgasmo durante las relaciones sexuales si se asociaron significativamente a una disminución en el tiempo de trabajo de parto y menor necesidad de apoyo occitócico, pero no cuando se compararon las calificaciones de APGAR.

Por lo anterior se traduce que la relación sexual de la mujer embarazada a finales de su gestación corre aparentemente el mismo riesgo de complicaciones para el feto y la madre, que la embarazada que no lo acostumbra, y que la influencia de el semen y el orgasmo pueden favorecer la dinámica uterina, pero con relativo riesgo al feto por la disminución de perfusión sanguínea al útero durante el orgasmo, que teóricamente es transitorio.

COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES del grupo I

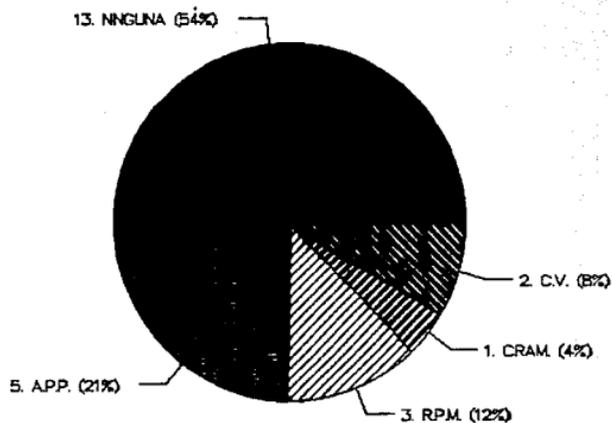


Figura 1.

COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES del grupo II a V

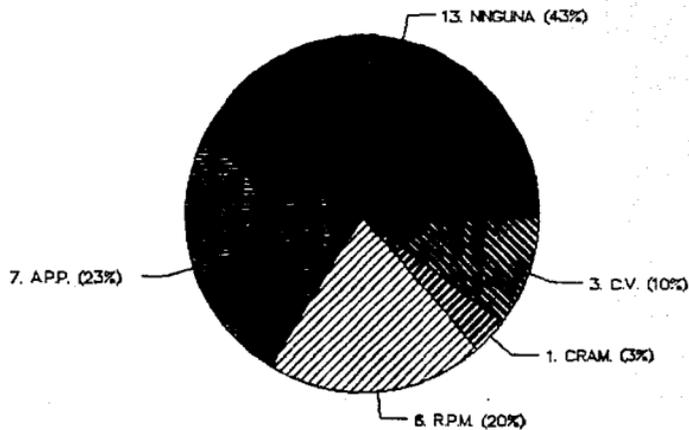


Figura 2.

COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES CON RELACION SEXUAL

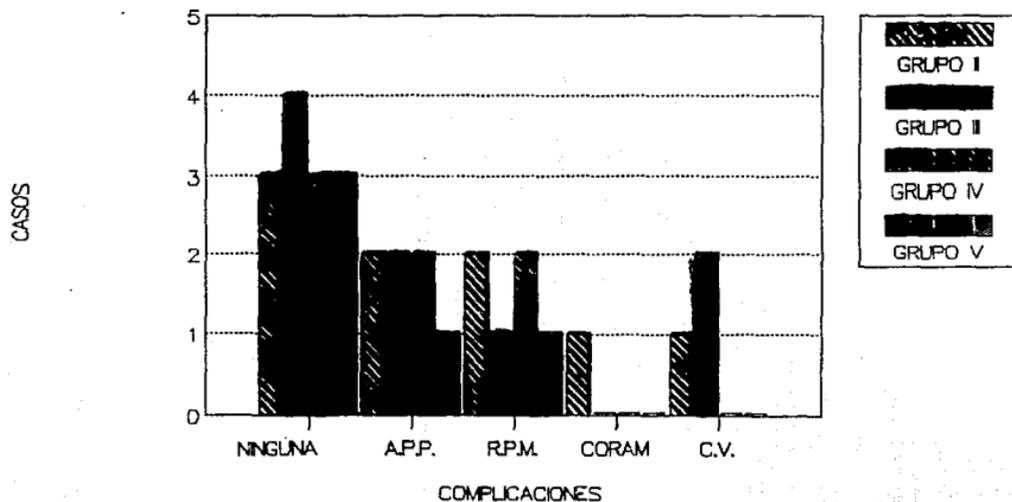


Figura 3.

INICIO DE TRABAJO DE PARTO EFECTIVO

EDAD GESTACIONAL

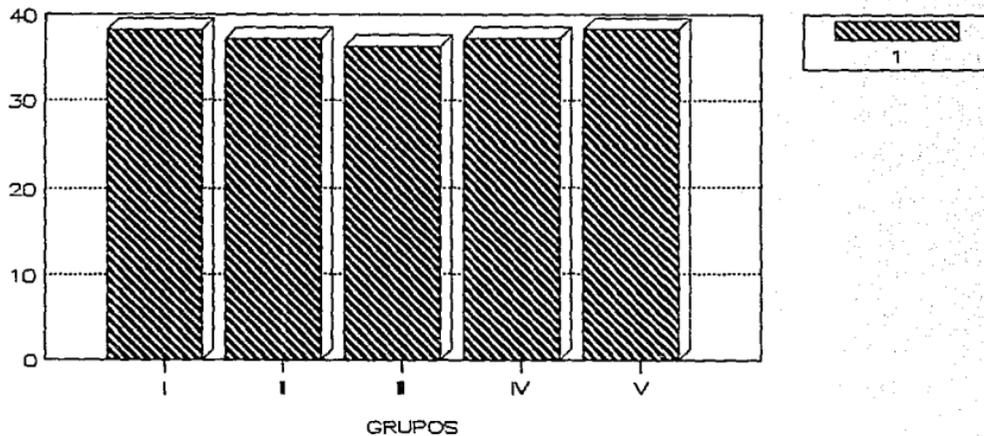


Figura 4.

PACIENTES QUE AMERITARON OCCITOCINA

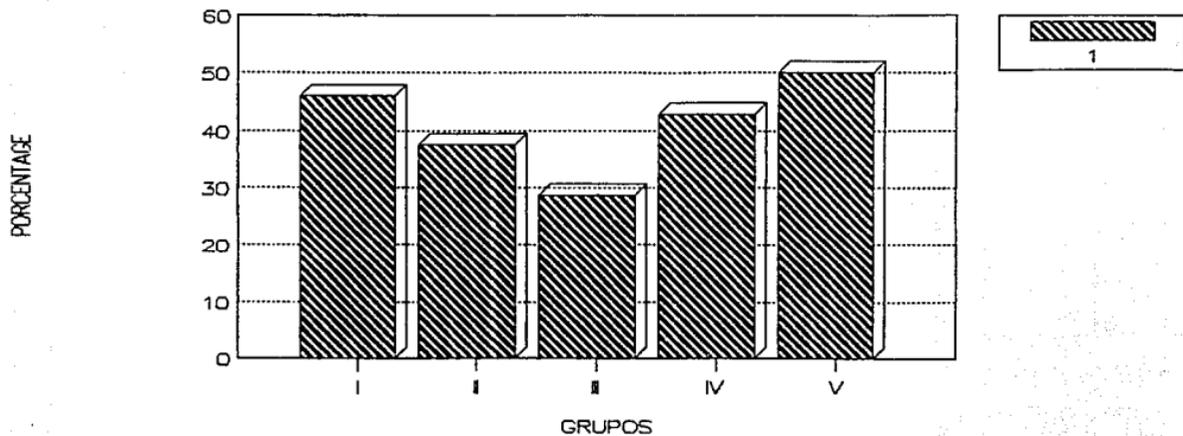


Figura 5.

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO EFECTIVO

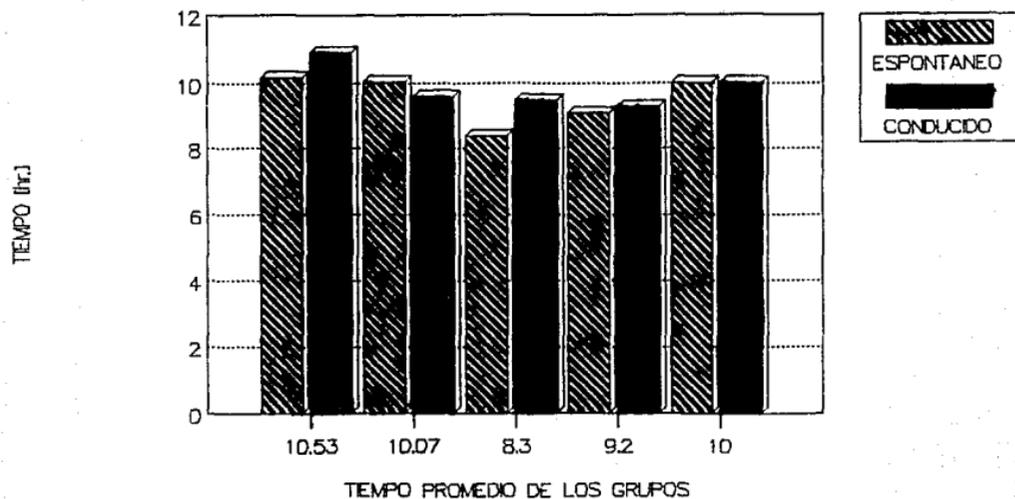
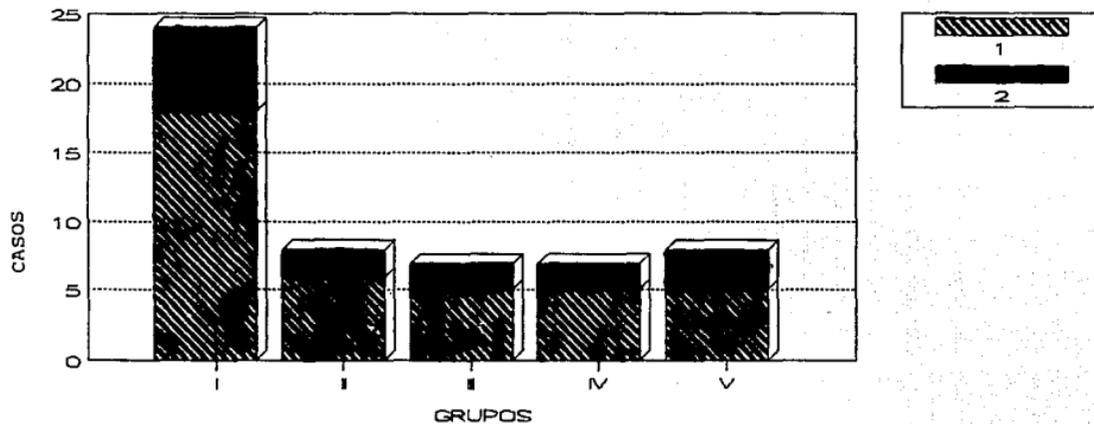


Figura 6.

FORMAS DE NACIMIENTO



1. PARTO VAGINAL ESPONTANEO
2. CESAREA KERR.

Figura 7.

CAUSAS DE CESAREA



Figura 8.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

1. FALTA DE PROGRESION
DEL TRABAJO DE PARTO

2. SUPRIMIENTO FETAL AGUDO
DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

CALIFICACION DE APGAR grupo II a V

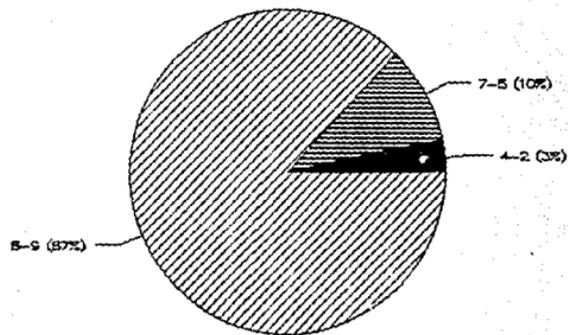


Figura 9.

CALIFICACION DE APGAR grupo I

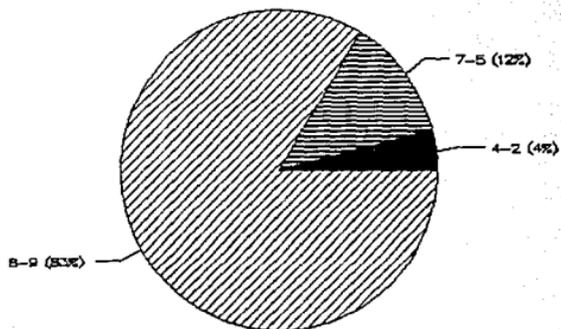


Figura 10.

CALIFICACION DE APGAR

grupo II a V

CASOS

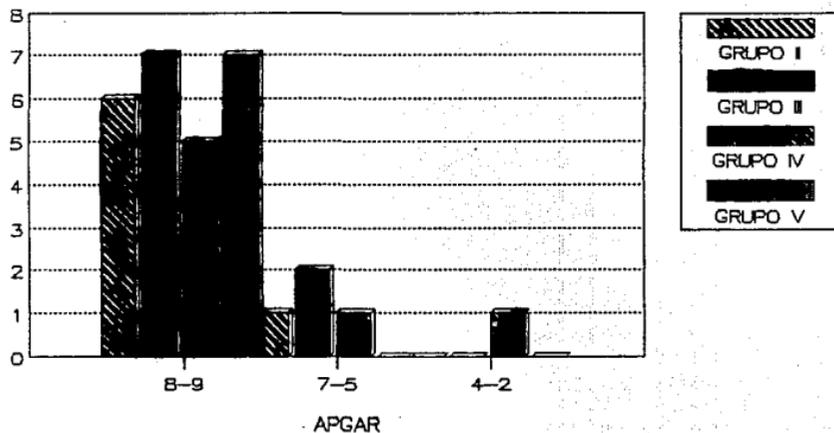


Figura 11.

B I B L I O G R A F I A

. . .

1. Leonard G: The End of Sex. Boston, Houghton Mifflin, 1983 pp 12-13,181.
2. Masters W, Johnson V: Respuesta Sexual Humana. Ed. Bantam Books, 1986; pp 141-167.
3. Williams J: Psychology of Women's Behavior in a Biosocial Context. New York, WW Norton, 1987, pp 275-281.
4. Perkins R: Sexual Behavior and response in relation to complications of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 134:498-505, 1979.
5. Morris N: The frequency of sexual intercourse during -- pregnancy. Arch Sex Behav 4:501-505, 1988.
6. Masters W, Johnson V: Human Sexual Inadequacy. Ed. Bantam Books, 1986, pp 11-14.
7. Kolodny R, Masters W, Johnson V: Text Book of Sexual -- Medicine. Little Brown, and Comp. 1979.
8. Gleicher N: Medicina Clínica en obstetricia. Ed. Médica Panamericana 1991. pp 1012-1022.
9. Bing E, Colman L: Making Love during Pregnancy. New York, Bantam Books, 1988, pp 16-59.
10. Castelazo A L: El sexo durante el embarazo. A.M.G.O. 1980
11. Davis M.: Responsabilidad sexual en el matrimonio. Ed. Grijalbo, 1963.
12. Barbero A.C. Bosquejo de la psicología del embarazo y del parto. Gin Obstet Mex 42: 250, 1987.

13. Kolodny W: Tratado de Medicina Sexual. Ed. Salvat 1982.
14. Hotchner T: Pregnancy and Childbirth. The complete guide for a New Life. New York Avon Books, 1989.
15. Mills L, Harley E, Harlap S: Should coitus laate in pregnancy be discouraged?. Lancet 2:136-138, 1981.
16. Naeye RL: Common environmental influences in the fetus. Engl J Med Monogr Pathol 22:52-66, 1988.
17. Perkins RP: Sexuality during pregnancy. Clin Obstet Gynecol 27:3,1990.
18. Siegel S: Estadística no paramétrica. Editorial Trillas, México, 1983. pp 143-215.
19. Reamy K: Sexuality and pregnancy. J Reprod Med 27:6 1989.
20. Reamy K: Sexuality and pregnancy and the puerperium. Areview. Obstet Gyenecol Surv. 40:1, 1989.
21. Reyburn W: Coital activity and premature delivery. Am J Obst Gynecol 137:972, 1982.
22. Ryding EL: Sexuality during and after pregnancy. Act Obstet Gynecol Scand 63:8,1989.
23. Solberg DA: Sexual behavior in pregnancy. N Engl J Med 288:221, 1991.
24. López Ibor JJ: Vida sexual durante el embarazo. Ed. Universo. 1983.