



**EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON MORBILIDAD
MATERNA EXTREMA QUE INGRESAN A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DESDE EL SENTIR DE LAS PARTICIPANTES**

LUIS MIGUEL CORRALES CALDERÓN

Trabajo de investigación para optar el título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

TUTORES

JOSE ANTONIO ROJAS SUAREZ
Md. Sc. Especialista En Medicina Interna
M. Sc. Salud pública

ROGELIO RAFAEL MÉNDEZ RODRÍGUEZ
MD. Esp. Ginecología y obstetricia

Asesor metodológico
ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASSON
M. Sc. Salud pública.

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2021**

**EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON MORBILIDAD
MATERNA EXTREMA QUE INGRESAN A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DESDE EL SENTIR DE LAS PARTICIPANTES**

LUIS MIGUEL CORRALES CALDERÓN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Tesis o trabajo de investigación para optar el título de
Especialista en ginecología y obstetricia

TUTORES

JOSE ANTONIO ROJAS SUAREZ
Md. Sc. Especialista En Medicina Interna
M. Sc. Salud pública

ROGELIO RAFAEL MÉNDEZ RODRÍGUEZ
MD. Esp. Ginecología y obstetricia

Asesor metodológico
ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASSON
M. Sc. Salud pública.

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2021**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, D. T y C., junio 2021



UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 30 mayo del 2021

Doctor

OSCAR JAVIER TORRES YARZAGARAY

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Ciudad

Respetado Doctor:

Por medio de la presente hago la entrega, a la Dirección de Investigaciones de la Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, los documentos y discos compactos (CD) correspondientes al proyecto de investigación titulado **“EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA QUE INGRESAN A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE EL SENTIR DE LAS PARTICIPANTES”**, realizado por el estudiante **“LUIS MIGUEL CORRALES CALDERON”**, para optar el título de **“Especialista en Ginecología y obstetricia”**. A continuación, se relaciona la documentación entregada:

- Dos (2) trabajos impresos empastados con pasta azul oscuro y letras Doradas del formato de informe final tipo manuscrito articulo original (Una copia para la universidad y la otra para el escenario de práctica donde se realizó el estudio).
- Dos (2) CD en el que se encuentran dos documentos: el primero es la versión digital del documento empastado y el segundo es el documento digital del proyecto de investigación.
- Dos (2) Cartas de Cesión de Derechos de Propiedad Intelectual firmadas por el estudiante autor del proyecto.

Atentamente,

LUIS MIGUEL CORRALES CALDERON

CC: 1065638496 De Valledupar

Programa de Ginecología y obstetricia

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co





UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 30 de mayo de 2021

Doctor
OSCAR JAVIER TORRES YARZAGARAY
Director de Investigaciones
UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM
SECCIONAL CARTAGENA

Ciudad

Respetado Doctor:

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual de la versión empastada del informe final artículo del proyecto de investigación titulado **“EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA QUE INGRESAN A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE EL SENTIR DE LAS PARTICIPANTES”**, realizado por el estudiante LUIS MIGUEL CORRALES CALDERON, para optar el título de **“Especialista en Ginecología y Obstetricia”**, bajo la asesoría del **Dr. José Antonio Rojas Suarez**, y asesoría metodológica del **Dr. Enrique Carlos Ramos Classon** a la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena, para su consulta y préstamo a la biblioteca con fines únicamente académicos o investigativos, descartando cualquier fin comercial y permitiendo de esta manera su acceso al público. Esto exonera a la Universidad del Sinú por cualquier reclamo de terceros que invoque autoría de la obra.

Hago énfasis en que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

LUIS MIGUEL CORRALES CALDERON

CC: 1 065.638.496 De Valledupar

Programa de Ginecología y Obstetricia

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co



DEDICATORIA

Dedico este proyecto a las personas que siempre han creído en mi crecimiento profesional, A Miguel Ángel, Rosangel, Juan David y Miguel Agustín, quienes con su apoyo incondicional fueron el timón que guio a un barco que hoy llega a uno de sus destinos, a Mi María helena y a mi pequeña hija Alicia María quienes se convierten en el motor que con su fuerza incalculable me mantendrá de camino al éxito.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a DIOS por darme la maravillosa oportunidad de poder avanzar en mi camino profesional, espero que mis servicios y los conocimientos adquiridos sean reflejo de su bondadosa presencia en cada embarazada que llegue a mis servicios

Gracias a mis padres; a quienes les reitero mi admiración y sentimiento de idolatría, que orgullo ser hijo de personas como ustedes que sin desinterés cumplen los sueños de personas que aman.

Gracias María helena por que fuiste el apoyo fundamental que toda persona quisiera tener, fuiste testigo de mi progreso día tras día y estuviste siempre en mis momentos de intranquilidad, Al final de este camino me premiaste con el regalo y triunfo más preciado, nuestra hija Alicia María, quien llego para darme el último impulso necesario para alcanzar esta meta

A mis familiares, amigos y maestros que me han transmitido toda clase de experiencias, virtudes y conocimientos que han logrado estimular mi vida hasta la consecución de este logro académico.

A los Doctores José Rojas Suarez y Enrique Ramos Classon por su colaboración en la realización de esta investigación .

**EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON MORBILIDAD
MATERNA EXTREMA QUE INGRESAN A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DESDE EL SENTIR DE LAS PARTICIPANTES**

EVALUATION OF SEXUAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH EXTREME MATERNAL
MORBIDITY WHO ENTER THE INTENSIVE CARE UNIT FROM THE FEELING OF THE
PARTICIPANTS

Corrales Calderón Luis Miguel (1)

Ramos Classon Enrique Carlos (2)

Rojas Suarez José Antonio (3)

Méndez Rodríguez Rogelio Rafael (4)

(1) Médico. Residente III año Ginecología y Obstetricia Escuela de Medicina. Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.

(2) Medico. M. Sc. Salud pública. Coordinador de investigaciones posgrados medico quirúrgicos Universidad del Sinú, seccional Cartagena. Líder grupo GIBACUS.

(3) Medico. Especialista en medicina interna. M. Sc epidemiología clínica. director de investigaciones de cuidado crítico, Docente de cuidado crítico obstétrico de la universidad del Sinú. Fundador del grupo investigador GRICIO.

(4) Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Docente de la Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

RESUMEN

Introducción: Durante el embarazo, el parto o el puerperio, existen escenarios desfavorables que condicionan el ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI), estos casos corresponden a una Morbilidad Materna Extrema (MME), el curso clínico de estas pacientes suele agravarse por el Síndrome post-cuidados intensivos, que implica un deterioro en diferentes aspectos, que puede implicar la función sexual.

Objetivos: Analizar el sentir de las mujeres con antecedente de morbilidad materna extrema con ingreso a una unidad de cuidados intensivos y aquellas sin estancia en esta unidad, partiendo de su dimensión sexual

Métodos: Estudio cualitativo interpretativo, basado en la teoría fundamentada desde el paradigma constructivista.

Resultados: se realizaron 20 entrevistas organizadas bajo tres grupos, Mujeres en estado de embarazo, parto y puerperio con MME que ingresaron a los servicios de UCI (6), mujeres con MME sin estancia en UCI (7) y pacientes embarazadas sin MME y sin ingreso UCI (6 pacientes), Se evidencio que el reinicio de la vida sexual se retrasó aún más de los tres meses de estudio en el grupo de que ingreso a UCI, este comportamiento no fue observado en los otros grupos , en cuanto a las razones de retraso se evidencia que estuvieron enmarcadas por signos sugestivos de disfunción sexual basados en las alteraciones en el deseo y la excitación sexual.

Conclusiones: En el grupo de las pacientes con ingreso a UCI existen elementos para establecer un mayor riesgo para el desarrollo de disfunción sexual.

Palabras clave: (Morbilidad materna extrema, Unidad de cuidados intensivos Disfunción sexual, Síndrome post-unidad de cuidados intensivos)

SUMMARY

Introduction: During pregnancy, childbirth or the puerperium, there are unfavorable scenarios that condition admission to an intensive care unit (ICU), these cases correspond to an Extreme Maternal Morbidity (MME), the clinical course of these patients is usually aggravated by the Syndrome post-intensive care, which implies a deterioration in different aspects, which may involve sexual function.

Objective: Analyze the feelings of women with a history of extreme maternal morbidity admitted to an intensive care unit and those without a stay in this unit, based on their sexual dimension.

Methods: Qualitative interpretive study, based on the theory grounded from the constructivist paradigm

Results: 20 interviews were conducted organized into three groups: Women in pregnancy, childbirth and the puerperium with MME who were admitted to ICU services (6), women with MME without an ICU stay (7) and pregnant patients without MME and without ICU

admission (6 patients), It was evidenced that the restart of sexual life was delayed even more than the three months of study in the group admitted to the ICU, this behavior was not observed in the other groups, regarding the reasons for delay it is evidenced that they were framed by signs suggestive of sexual dysfunction based on alterations in sexual desire and arousal.

Conclusions: In the group of patients admitted to the ICU, there are elements to establish a greater risk for the development of sexual dysfunction.

Key Words: (Extreme maternal morbidity, Intensive care unit Sexual dysfunction, Post-intensive care unit syndrome).

INTRODUCCIÓN

La salud sexual es definida como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad que no es simplemente la ausencia de enfermedad o disfunción” (1). El funcionamiento sexual y los trastornos de salud mental parecen tener una relación asociativa bidireccional; puesto que se ha demostrado que los trastornos de salud mental influyen en la actividad sexual y viceversa (1). La disfunción sexual es de origen multifactorial, dentro de los factores causales, se encuentran los relacionados con la historia ginecológica y en ella, el embarazo y el parto, los cuales puede repercutir de manera orgánica o como factor psicológico precipitante (2,3).

Durante el embarazo, el parto o el puerperio, ciertos escenarios desfavorables pueden condicionar el ingreso de una paciente a una unidad de cuidados intensivos, estos escenarios corresponden en su gran mayoría a casos de Morbilidad Materna Extrema (MME) (4), entendida está por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo generándose un estado de enfermedad grave. (5)

El curso clínico de una paciente con una morbilidad materna extrema que ingresa a una unidad de cuidados intensivos suele verse aún más agravado por ciertas condiciones inherentes a ambos contextos, un claro ejemplo es el Síndrome post-cuidados intensivos (PICS, por sus siglas en inglés). Esta condición implica un deterioro a nivel de la cognición, la salud psicológica y la función física que surge después de una enfermedad crítica y que persiste más allá del alta hospitalaria. (6)

La información sobre la incidencia de PICS, se cree que es subóptima, debido a que es una entidad que recientemente se ha venido estudiando (7). El Síndrome de post-cuidados intensivos tiene consecuencias generalizadas después del alta hospitalaria, que incluyen dificultad con el autocuidado, disminución de la calidad de vida y problemas con el buen desarrollo de actividades sociales o personales, todo lo anterior contribuye con resultados de salud mental perjudiciales a largo plazo (8).

Estos fundamentos teóricos mencionado, permiten comprender la situación de las pacientes de interés en esta investigación, quienes están expuestas a padecer de PICS, afectando su integralidad y el buen estado de sus condiciones físicas y mentales. Esta salud mental puede verse afectada por el deterioro de la capacidad para desarrollar una función sexual que incida de forma positiva en el logro de su calidad de vida.

En vista de la importancia de las condiciones descritas en los párrafos anteriores, la presente investigación tiene como propósito la evaluación de la dimensión sexual, desde el sentir de las pacientes con morbilidad materna extrema que ingresan a unidad de cuidados intensivos.

Para alcanzar esta objetivo, se desarrolló un estudio a partir de un paradigma constructivista sustentado en la investigación cualitativa, desde la propuesta de la teoría fundamentad.

Los capítulos que se exponen en esta propuesta investigativa se inician con planteamiento del problema, seguido con objetivos, metodología, resultados, discusión y por último conclusión y sus respectivas Recomendaciones.

Finalmente, es importante resaltar los elementos bioéticos tomados en cuenta para esta propuesta investigativa; Estas consideraciones fueron evaluadas por el comité de Ética o Bioética, hasta tanto no se obtenga su aval, el trabajo no podrá ser desarrollado Como lo dicta Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, en su artículo numero 5 insta a mantener el respeto a la dignidad y protección de derechos que garanticen el bienestar de las pacientes en estudio, en el artículo 8 se establece la protección de la privacidad, aclarando que solo se identificara la paciente si se requiere y ella lo autoriza. En el artículo 9 señala la posibilidad de riesgo inmediato o tardío que debe tomarse en cuenta ante los cuestionamientos en el área psicológica, ya que siendo detectados se aplicara el artículo 10 para determinar el tiempo de riesgo y detener la investigación.

Del mismo modo el artículo 11 establece esta investigación clasificada con riesgo mínimo, ya que consiste en un estudio prospectivo en el que se realiza un registro de datos obtenidos a través de un cuestionario sin manipulación de la conducta de las pacientes, las cuales según los artículos 14 y 15 darán el respectivo consentimiento informado y siendo menores de edad o discapacitadas se dará cumplimiento al artículo 25.

Las pacientes serán invitadas a participar de forma voluntaria a través un consentimiento informado (ver Anexo A) se les asegurará el carácter confidencial con el que serán manejados sus datos, se le aclarará cualquier duda que pueda surgir y se les dará la libertad de retirar su consentimiento voluntariamente en cualquier momento. El estudio, además, contará con aval por parte del comité de ética de la institución donde se llevará a cabo (ver Anexo C).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disfunción sexual es condición multifactorial, dentro de los factores causales, se encuentran la historia ginecológica y en ella, el embarazo y el parto, los cuales pueden afectar de manera orgánica o como factor psicológico precipitante (2, 3). En un estudio en mujeres nigerianas en el periodo post parto, se encontró alta prevalencia del 22-68% de morbilidad reproductiva en el período postparto, a los tres meses se evidencian síntomas de dispareunia (relaciones sexuales dolorosas) en un 34% y pérdida del deseo sexual en un 40%. a los 6 meses del postparto se encuentran cifras de estas condiciones entre 14-19% para la dispareunia y 8,5-26% para pérdida del deseo sexual, respectivamente, a los seis meses. (9)

Además de lo dicho, en un estudio longitudinal desarrollado en Alemania por Wallwiener et al (2017), buscó evaluar la prevalencia de inactividad sexual y disfunción sexual en mujeres durante el periodo perinatal, aplicando el Índice de función sexual femenina y la escala de depresión postnatal de Edimburgo, encontrándose que la frecuencia de inactividad fue del 24%, 40,5% y 19,9% en el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente, además entre el 26,5% al 34,8% de las mujeres estaban en riesgo de disfunción sexual.(10)

De estas investigaciones descritas se evidencian como la sexualidad femenina suele verse afectada por el embarazo y el postparto; como es en el caso en pacientes con MME, a quienes, usualmente, los médicos no identifican síntomas de disfunción sexual después de la enfermedad grave. Cuando la disfunción sexual no es reconocida y

permanece sin tratamiento, genera un efecto profundo y perjudicial en el bienestar tanto de la paciente como de la pareja.

Cabe resaltar que el funcionamiento sexual puede ser una medida sensible relacionada con la salud de una paciente; motivo por el cual las preguntas referidas a la disfunción sexual deberían formar parte de una evaluación completa de la calidad de vida de los sobrevivientes de cuidados intensivos.

La revisión de la literatura referida a Colombia, evidencian una amplia descripción del panorama de distribución y causas de MME, sin embargo, no existe mucha información sobre la temática de la MME y la aparición de disfunción sexual

Otra condición, que podría agravar o precipitar aún más la aparición de la disfunción sexual tiene que ver con la estancia en la unidad de cuidados intensivos, Sin embargo, en la actualidad no existe una claridad sobre la función sexual en las pacientes que sobreviven en UCI y evidenciándose así un nicho de investigación referida a este campo.

Estas lagunas en el conocimiento científico en las temáticas de interés, como son la morbilidad materna extrema, disfunción sexual y el Síndrome post-UCI motivan a explorar estas áreas y responder la pregunta de investigación que sustenta a este estudio: **¿Cómo describen la aparición de alguna disfunción sexual las mujeres con antecedente de morbilidad materna extrema con ingreso a unidad de cuidados intensivos y aquellas sin hospitalización en esta unidad?**

JUSTIFICACIÓN

Es importante la realización de esta investigación dado que aporta conocimientos científicos y brinda información que aclara las lagunas existentes sobre las temáticas de interés

Desde una postura metodológico la presente investigación se muestra como una aproximación innovadora para abordar las MME, La disfunción sexual y el síndrome post-UCI.

En cuanto a la relevancia social, la propuesta investigativa desarrollada coloca como centro de interés a una población como son las mujeres con morbilidad materna extrema que ingresan a UCI y padezcan una disfunción sexual.

Por otra parte, los resultados alcanzados contribuyen al crecimiento del grupo de investigación GRICIO.

Finalmente, desde la visión del desarrollo sostenible se destaca, como este ejercicio investigativo aporta al objetivo número tres denominado salud y bienestar , en sus metas

específicas **3.1** Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y **3.7** Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Se destaca la meta **3.7** como de mayor asociación a la problemática planteada en esta investigación

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo describen la aparición de alguna disfunción sexual las mujeres con antecedente de morbilidad materna extrema con ingreso a unidad de cuidados intensivos y aquellas sin estancia en esta unidad?

OBJETIVO GENERAL

Analizar el sentir de las mujeres con antecedente de morbilidad materna extrema con ingreso a unidad de cuidados intensivos y aquellas sin estancia en esta unidad en cuanto a su disfunción sexual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer como describen la disfunción sexual las pacientes con Síndrome Post Unidad de Cuidados Intensivos.
- Conocer como describen la disfunción sexual las pacientes con morbilidad materna extrema sin ingreso a unidad de cuidados intensivos.
- Conocer como describen la disfunción sexual las pacientes sin morbilidad materna extrema.
- Generar y comparar el modelo descriptivo del sentir sobre la disfunción sexual para cada uno de los grupos de interés

MARCO TEÓRICO

Según el DSM-5, la disfunción sexual se define por trastornos del deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor, acompañado del cumplimiento ineludible de 3 criterios, el primero establece que los síntomas hayan persistido durante al menos 6 meses, que estos síntomas ocurran en aproximadamente el 75% al 100% de las ocasiones sexuales (con la excepción de la disfunción sexual inducida por medicamentos y sustancias) y, por último, que estos síntomas generen angustia clínicamente significativa. (30). En una revisión de

la OMS aproximadamente 40% a 45% de las mujeres y el 20% a 30% de los hombres tenían al menos una disfunción sexual. (11) En el estudio Lewis et al, las mujeres presentaron una prevalencia de disminución del deseo sexual del 17% al 55%, el cual es más evidente con el aumento de la edad; en cuanto a los trastornos de excitación y de lubricación fue de 8 a 15% en personas sin actividad sexual, mientras que aumentó a 21% a 28% en personas sexualmente activas; la disfunción orgásmica varió según la ubicación: las sociedades occidentales refieren una tasa del 25% entre las mujeres de 18 a 74 años, mientras que los países nórdicos informaron una tasa de prevalencia del 80% en esta cohorte de edad. (12)

Para la valoración de la funcionalidad sexual existen instrumentos como escalas y cuestionarios, que tienen en cuenta diferentes aspectos para establecer una objetivación más clara de la disfunción sexual que pueda presentar un paciente, entre estos aspectos se encuentra el género, la edad, una enfermedad oncológica o neuronal activa, requerimiento de medicación antipsicótica y estado pre-menopáusico y pos-menopáusico. El índice más usado con nivel de evidencia 1A, es el índice de función sexual femenina (FSFI), desarrollado por Rosen et al 2000, el cual se encarga de medir los componentes del funcionamiento sexual femenino mediante la recopilación de puntajes para seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. (14,31) Cada ítem evalúa el comportamiento en los últimos 4 semanas de los dominios previamente mencionados; es así como por ejemplo en el deseo, se mide el grado o interés sexual y calificado en una escala de 1-5; la excitación se mide con niveles, con puntuación de 0-5; la lubricación se mide qué tan difícil fue lubricarse durante la actividad sexual calificado en una escala 0 (sin actividad sexual) hasta 5 (no difícil). Por otra parte, el orgasmo se mide con la dificultad para alcanzarlo y la satisfacción se mide con muy insatisfecho a muy satisfecho. Finalmente, el dolor se mide por la frecuencia de experimentar malestar o dolor después de la penetración vaginal. El índice FSFI con puntajes menores o iguales a 26 se categoriza disfunción sexual. (11,31)

En una revisión sistemática por Andreucci et al en el 2015 (16), buscaba identificar discapacidad sexual asociada con morbilidad materna, se analizaron 2,573 estudios de los cuales solo 2 incluyeron pacientes con morbilidad materna extrema, uno de estos fue un estudio cohorte realizado por Waterstone et al en el 2003, en el Reino Unido, el cual determinó que el 43.1% de los casos tenían problemas con las relaciones sexuales en comparación con el 18,7% de los controles (P <0,001; IC del 95% para la diferencia del

8,9% al 21,9%) y la reanudación del coito entre las mujeres expuestas y no expuestas a morbilidad grave fue después de 6 a casi 8 meses después del parto.(17)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo; para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se considera también sinónimo morbilidad materna grave y morbilidad materna extremadamente grave o "*maternal near miss*". La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) por su parte la define como "una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte".(4) La tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varía de 4,9 %, en América Latina, a 5,7 %, en Asia y 14,9 %, en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tienen tasas que van de 0,8 %, en Europa, y un máximo de 1,4 %, en América del norte.(19)

Los criterios de inclusión de morbilidad materna extrema están relacionados con 3 categorías, con la enfermedad específica, que incluye la eclampsia, Pre-eclampsia severa, sepsis o infección sistémica severa, hemorragia obstétrica severa y ruptura uterina; los relacionados con disfunción orgánica, en esta categoría están todas las fallas, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria y de coagulación; y los relacionados con manejo, es decir necesidad de transfusión, ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) o de procedimiento quirúrgico de emergencia.(4,20) El ingreso a UCI se ha considerado el segundo criterio más común en la admisión a unidad de cuidados intensivos (UCI) usado para todas las regiones, excepto en África. (4) En un estudio por Gerda et al 2003, durante un período de 2 años, de un total de 28,376 mujeres, 483 mujeres (1,7%) fueron admitidas a la unidad de Cuidados Intermedios y las complicaciones obstétricas constituyeron el 62% de estas admisiones. (22) Posteriormente en una revisión sistemática de mujeres embarazadas y después del parto que ingresaban a UCI, se seleccionaron 40 estudios retrospectivos donde se evidenció que la incidencia de ingreso en la UCI osciló entre 0,4-16,0% y los trastornos hipertensivos del embarazo fueron la indicación más frecuente. (23) Estar en una unidad de cuidados críticos es una experiencia imprevista y aterradora para las mujeres, generando un impacto físico, psicológico y emocional a largo plazo, como miedo, frustración, falta de poder y ansiedad posteriormente. (23) En un estudio en Brasil en

2009, basado en relatos de mujeres que sobrevivieron a complicaciones graves del embarazo y que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos, informaron presentar trastorno de estrés agudo, el cual puede estar asociado con la aparición de complicaciones maternas graves, que se conoce como síndrome de falta de maternidad. (24)

Se pueden presentar discapacidades posteriores a la supervivencia de una enfermedad crítica, las cuales hacen parte del síndrome de cuidados post-intensivos (post-UCI), un término relativamente nuevo, generado por la sociedad de medicina de cuidado crítico. El cual se define como un deterioro nuevo o que empeora el estado de salud mental, cognitivo (pensamiento y juicio) o físico y que persiste más allá del alta hospitalaria. (6, 25) En los Estados Unidos hay aproximadamente 5.7 millones de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) cada año, y 4.85 millones sobreviven a la enfermedad crítica al alta hospitalaria, la mitad de estos sobrevivientes de enfermedades críticas experimentaron al menos uno de los síntomas del síndrome de cuidados post intensivos. (26) Existe una falta de evidencia científica para comprender los mecanismos patológicos de la morbilidad post-UCI, a pesar de la importancia que tiene los eventos como hipoxia, shock, inflamación, desregulación de la glucosa, los tratamientos usados (uso de Benzodiazepinas y otros sedantes), y condiciones como inmovilización de la cama, restricción física, molestias como ruido, dolor, sed. (27). Hasta dos tercios de los sobrevivientes de enfermedades críticas enfrentan problemas a largo plazo como resultado de su enfermedad aguda.

La sintomatología del PICS puede durar desde unos pocos meses hasta muchos años después de la recuperación. Los síntomas comunes incluyen debilidad generalizada, fatiga, movilidad disminuida, estado de ánimo ansioso o deprimido, disfunción sexual, trastornos del sueño y problemas cognitivos (alteración / pérdida de la memoria, procesamiento mental lento, poca concentración, etc.). (6) En una revisión sistemática de estudios que evaluaron las morbilidades de pacientes con PICS, solo un estudio observacional prospectivo por

Griffiths et al en 2004 en Reino Unido, buscó determinar la incidencia y asociación de disfunción sexual en sobrevivientes a UCI que permanecieron por más de 3 días, por un periodo de 2 años, se encontró que cincuenta y dos pacientes (43.6%) reportaron síntomas de disfunción sexual y hubo una asociación significativa entre la disfunción sexual y la sintomatología del trastorno de estrés postraumático ($p = 0,019$). Si la

disfunción sexual no es reconocida y permanece sin tratamiento, puede tener un efecto profundo y perjudicial en el bienestar tanto del individuo como de la pareja. (15,28)

El síndrome de cuidados post-uci tiene consecuencias generalizadas después del alta hospitalaria, que incluyen dificultad con el autocuidado, disminución de la calidad de vida y dificultad para volver al trabajo o actividades sociales, todo lo cual contribuye a resultados de salud perjudiciales a largo plazo. (20)

Todos los pacientes que ingresan en las instalaciones de la UCI deben someterse a una evaluación psicológica que incluya: historial de admisión previa, capacidad de adaptarse al estrés en el pasado, historial de medicamentos, estado mental y clínico actual, factores ambientales y familiares. El tratamiento del síndrome Post-UCI incluye: la eliminación o corrección de factores causales, la administración apropiada de sedantes (agentes ansiolíticos y antipsicóticos), reducción o eliminación de fuentes de estrés ambiental, y comunicación frecuente con el paciente y la familia. (6)

MATERIALES Y METODOS

Tipo de investigación

Estudio cualitativo interpretativo, basado en la teoría fundamentada desde el paradigma constructivista.

En cuanto al paradigma constructivista el fenómeno de la disfunción sexual se construye a partir de la experiencia vivida, la interacción y la mirada subjetiva de las pacientes partiendo de la construcción individual, el intercambio, la comparación y la contrastación con la construcción del otro.

Con respecto a la teoría fundamentada es necesario señalar como este método permite generar teorías generadas de los datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de una herramienta específica. como su interés es el sentir del participante usualmente el investigador no viene con una teoría preconcebida.

Muestra:

La muestra fue organizada bajo tres grupos los cuales se describen a continuación:

- a. Mujeres en estado de embarazo, parto y puerperio mayores de 14 años con morbilidad materna extrema que ingresen a los servicios de hospitalización y unidad de alta dependencia obstétrica (unidad de cuidados intensivos – intermedio) - 6 pacientes.

- b. Mujeres en estado de embarazo, parto y puerperio mayores de 14 años con morbilidad materna extrema sin ingreso unidad de alta dependencia obstétrica (unidad de cuidados intensivos – intermedio) - 7 pacientes.
- c. Mujeres en estado de embarazo, parto y puerperio mayores de 14 años sin morbilidad materna extrema sin ingreso unidad de alta dependencia obstétrica (unidad de cuidados intensivos – intermedio) - 7 pacientes.

El número de entrevistas por grupo estuvo acorde al principio de *saturación de la información*, que de acuerdo a Morse (1995) que implica el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda debe detenerse. (13)

Las participantes fueron seleccionadas de tres centros clínicos de la ciudad de Cartagena desde junio del 2020 hasta marzo del 2021, estos centros de salud fueron la Clínica Gestión Salud, Clínica Santa Cruz de Bocagrande y la Clínica Maternidad Rafael Calvo, las cuales estuvieron a disposición para al desarrollo de esta investigación.

Crterios de inclusión

- Mujeres gestantes o en estado de puerperio no mayor a 42 días entre 14 y 49 años de edad
- Mujeres gestantes o puerperio identificadas como caso morbilidad materna extrema que no sean trasladadas a una unidad de cuidados intensivos
- Mujeres gestantes o puerperio identificadas como caso de Morbilidad materna extrema que sean trasladadas a una unidad de cuidados intensivos por una MME en un tiempo no menor de 24 horas.

Crterios de exclusión

- Pacientes que no den su aprobación a través de la firma del consentimiento informado.

Método y mecanismo de recolección de la información

Se realizaron entrevistas episódicas, que de acuerdo a Flick (2007), es una entrevista narrativa, que permite utilizar dichas narraciones como una forma de dato; de esta manera el investigador se aproxima al mundo experiencial del informante clave (18).

El supuesto que sustenta a este tipo de método de recolección de información es que las experiencias de las participantes acerca de la disfunción sexual, se almacena y recuerda en las formas de conocimiento narrativo-episódico y semántico. Este tipo de entrevista, facilita la presentación de las experiencias en una forma general, comparativa, y al mismo tiempo se asegura que esas situaciones y episodios se cuentan con su especificidad (18).

La guía de esta entrevista episódica utilizada por este estudio en particular fue avalada por el Departamento De Psicología De La Universidad Del Sinú. Esta guía está orientada en conocer y profundizar sobre la calidad de vida enfatizado en la dimensión sexual de cada una de las participantes; Específicamente se tomaron en cuenta cuatro dominios a saber, vivencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento, vivencia de la sexualidad y prospectiva (ver anexo B).

El procedimiento de recolección de la información inicia realizando en los centros de salud seleccionados la identificación de las posibles participantes según los criterios de inclusión y exclusión. Luego de esto, a los 30 Días Se realiza la primera entrevista en profundidad vía telefónica, respetando las medidas de bioseguridad establecidas por situación de pandemia por Sars Cov -2.

La segunda entrevista se desarrolló dos meses después a la entrevista inicial; se recalca que igualmente se mantuvo el mismo modelo de contacto vía telefónica. Finalmente, se destaca que el proceso de análisis se hizo de manera simultánea con al trabajo de campo.

En pro de la credibilidad del estudio se siguen las recomendaciones de Rodríguez-Gómez y Valldeoriola-Roquet (2009) quienes indican que, aunque la aproximación cualitativa en investigación no busca la predicción del comportamiento si es necesario garantizar su confiabilidad siguiendo algunas de las estrategias brindadas por la triangulación; es así que en esta investigación se siguió la triangulación de datos desde el tipo de participantes que fueron entrevistadas. Nótese que se tomaron en cuenta mujeres con morbilidad materna extrema que ingresaron a una unidad de cuidados intensivos, mujeres con morbilidad materna extrema que no ingresaron a esta unidad y mujeres sin morbilidad materna extrema (32).

Herramienta para análisis de la información

En este estudio, la herramienta de análisis fue el método comparativo continuo (MCC). De acuerdo a Glaser (1999), este método busca que, a partir de un conjunto de datos,

sistemáticamente tomados, se construya un modelo conceptual multivariado de un fenómeno (33). Valles (2000), expresa que mediante el MCC se elaboran las categorías conceptuales, sus propiedades o aspectos significativos de las categorías y las hipótesis o conjunto de relaciones entre estas (34).

Strauss y Corbin (2000) identifican tres niveles del MCC, estos son: 1 Codificación abierta: gracias a este proceso analítico se procede a identificar los conceptos, las categorías y las propiedades que definen a cada categoría relacionadas con el fenómeno de interés. Durante la codificación abierta, los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias. Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado se agrupan bajo conceptos más abstractos, denominados “categorías”. 2 Codificación axial: pretende establecer la relación entre las categorías desarrolladas a partir de la codificación abierta. En la codificación axial, las categorías se relacionan con sus subcategorías para formar unas explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos. 3 Codificación selectiva: hace referencia al proceso de integrar y refinar la teoría; el analista reduce datos de muchos casos a conceptos y los convierte en conjuntos de afirmaciones de relación que pueden usarse para explicar, en un sentido general, lo que ocurre (35).

RESULTADOS

El análisis de resultados se realizó a través del método de método comparativo continuo, desde sus tres niveles: codificación abierta, axial y selectiva. La aplicación de este método permitió la construcción de las siguientes categorías:

Tabla 1.

Codificación desde la teoría fundamentada.

CATEGORIAS	CODIFICACIÓN					
	ABIERTA	AXIAL				SELECTIVA
1	Estado de Salud	Durante La hospitalización		Posterior a la hospitalización		<i>VERBALIZACIONES “Me dio fiebre y escalofrío, pero lo descartaron hicieron todos los exámenes y todo salió súper bien”</i>
2	Síntomas o complicaciones derivados de su condición	Orgánicos	Emocionales	Discapacidad en el ejercicio de su rol materno	Sin complicaciones	<i>“Durante mi recuperación, pues realmente como el dolor del posquirúrgico fue difícil porque como yo tuve no solo la cesárea, sino que tuve una atonía uterina parcial y eso me genero mucho dolor”</i>
3	Cambios generados luego de la hospitalización	Afectivos /espiritual	Requerimiento de medicación	Actividades asociados al Rol materno	Sin cambios	<i>“Bueno ser mama lo cambia todo, el tiempo y las ocupaciones siempre lo cambian a uno”</i>
4	Inicio de la vida sexual luego de la hospitalización	Si inicio vida sexual		No inicio vida sexual		<i>“No he tenido aun, además me da miedo tener dado que está muy reciente todo”</i>
5	Orientación sexual recibida por el personal de salud	Si recibió orientación		No recibió orientación		<i>“En la consulta si me brindaron alguna información sobre todo del inicio de las relaciones sexuales con la planificación”</i>

6	Expectativas de mejora en la calidad de vida y salud	Sin expectativas	Mejoría en la salud física	Mejoría en la salud mental	Tiempo para el cuidado personal	<i>Bueno en mi salud, porque estoy con los medicamentos todavía y ya quiero que me digan que no necesito medicamentos y todo vuelva a la normalidad"</i>	
7	Preocupación en el inicio y el mantenimiento de la vida sexual	Temor inicial y fácil adaptación	Inicio de planificación familiar	Frecuencia de las relaciones sexuales	Miedo a una futura gestación	Tiempo para el inicio de la relaciones	<i>Solo inicié mis relaciones cuando empecé a planificar, esto fue como a los dos meses y medio, no quería volver a quedar embarazada</i>
8	Percepción emocional post hospitalización	Negativa		Positiva		<i>"Terrible es un momento de mi vida que no quiero recordar, y no me gustaría que se repitiera"</i>	
9	Descripción de vida sexual	Deseo (Sin alteración o con alteración)		Satisfacción (Satisfecha o insatisfecha)		<i>" Bueno, siendo sincera como que no me han dado ganas, siento que debo cuidarme más y reposar más el cuerpo"</i>	

Nota. Esta tabla muestra el proceso de codificación aplicando el método comparativo continuo.

Fuente: elaboración propia.

Grupo: Pacientes sin morbilidad materna al mes del parto

En general, se evidencia que en este grupo durante y luego de la hospitalización un estado de bienestar en cuanto a su salud; algunas verbalizaciones al respecto expresan lo siguiente “mi cuerpo ha respondido bien, no he sentido dolor ni nada de eso”. Aunque, una de las pacientes indica síntomas y complicaciones orgánicas derivados de su condición, como por ejemplo dolor postparto.

Aunado a lo expuesto, se reportan también cambios generados luego de la hospitalización asociado al rol materno; es así que se brindan expresiones como “Claro yo ahora vivo para mi hijo, casi que no hago otra cosa”.

Por otra parte, algunas pacientes refieren cambios generados luego de la hospitalización asociado al afecto y campo espiritual; es así que se brindan expresiones como “Bueno cuando uno es mama siempre se siente mejor y crece como persona, porque este es una bendición que Dios nos da”.

En cuanto a la orientación sobre el inicio de la vida sexual recibida por parte del personal de salud se refleja que en la mayoría de las pacientes no hubo una orientación básica sobre esta temática.

Por ultimo en el ámbito sexual, se evidencia que ninguna de las participantes manifiestan haber retomado su vida sexual dado que la mayoría de las pacientes condicionan el inicio de estas a la creencia del requerimiento “ obligatorio” de un periodo de abstinencia tras el postparto; esta comportamiento refleja el temor inicial o preocupación que albergan las entrevistadas acerca del inicio de la vida sexual, a pesar de esto, gran parte de las pacientes manifiestan que el deseo sexual no se ve alterado , esto se ve reflejado en verbalizaciones como “Si me dan las ganas, pero no quiero aun empezarlal” y “...Porque quiero cuidar mi cuerpo, quiero sanarme muy bien para así poder tener una vida normal”

Grupo: Pacientes sin morbilidad materna al tercer mes del parto

El análisis de las entrevistas realizadas al tercer mes, evidencian que gran parte de las participantes manifiestan percepciones positivas luego del parto, es así como en su discurso se muestra esta idea: “Bueno creo que a mí me fue bien me he sentido tranquila ya con más energía, He vuelto a organizar más mi vida y puedo hacer algo de las cosas que hacía antes de quedar embarazada “. Sin embargo, es importante señalar que una de las participantes expreso cierto grado de ansiedad por enfrentarse de nuevo a la crianza

En cuanto a los cambios posterior al parto, nuestras pacientes relatan que se enfrentan retos relacionados al rol de materno, como por ejemplo "...cada día es un reto atender bien a tu bebe, siempre debo de darle prioridad a esas cosas antes que todo "

Con respecto a retomar la actividad sexual con la pareja, se destaca que al tercer mes ya se mantiene una vida sexual activa caracterizada por un nivel de deseo adecuado y satisfacción alcanzada luego del coito, esto es ejemplificado en el siguiente apartado:

Entrevistador: ¿Has notado un cambio en el deseo?

Participante: No, normal ahora que lo que sí puedo decir es que si me han dado un poco más de ganas que la vez pasada y pues hasta el momento no ha pasado nada más;

Entrevistador: Te sientes satisfecha con tus relaciones sexuales

Participante: Creo que, si me siento bien con las relaciones sexuales, pensé que iba a ser como diferente pero realmente no lo fue.

Grupo: Pacientes con morbilidad materna extrema sin ingreso a UCI al primer mes de la hospitalización

El análisis de las entrevistas de las pacientes muestra que, la mayoría tiene una percepción emocional positiva gracias a las mejorías en salud luego de haber presentado una morbilidad, es así que se evidencian verbalizaciones como "estoy agradecida con Dios por haberme permitido salir con bien de mi enfermedad, pero en su momento tuve mucho miedo". Sin embargo, tres de las participantes del grupo manifiestan una percepción emocional negativa, esto se evidencia en verbalizaciones como "Me quedó un trauma, me da miedo ir a una cita de control porque pienso que me van a decir que me van a dejar hospitalizada"

Aludiendo a los síntomas y complicaciones derivadas de su condición, se puede establecer que casi todas las pacientes al primer mes presentaron complicaciones orgánicas, condicionadas por el seguimiento y control de sus cifras tensionales. por otra parte, dos de nuestras pacientes manifestaron complicaciones emocionales evidenciados por episodios de ansiedad.

Teniendo en cuenta que nuestras pacientes presentaron morbilidades maternas, todas las integrantes de este grupo de entrevistas manifestaron que los cambios tras su hospitalización estuvieron enmarcados a la necesidad de medicación ambulatoria, en este

caso antihipertensivos orales. Es así como se encuentran verbalizaciones como “Sulfato ferroso y cuando me siento con la presión medio alta, me tomo el Captopril”

Con respecto a retomar la actividad sexual con la pareja, durante este primer mes no se dio reinicio a la vida sexual, se evidencia que en casi el total de las integrantes de este grupo existe temor porque el inicio de las relaciones repercute negativamente en la consecución de su sanidad. Además, en algunas de las participantes se logra inferir que el inicio de sus relaciones sexuales estuvo condicionado por la garantía de un método de planificación familiar, además estas pacientes mostraron el desinterés por el inicio de nueva gestación.

A pesar del temor al reinicio de la vida sexual, las pacientes manifiestan que el deseo por la actividad coital se encuentra presente y sin alteraciones.

Grupo: Pacientes con morbilidad materna extrema sin ingreso a UCI al tercer mes de la hospitalización

Al tercer mes de la hospitalización, las pacientes pertenecientes a este grupo de entrevistas tenían una percepción emocional positiva, debido a la continua mejoría en su salud física y mental; cabe resaltar que, en el análisis realizado al primer mes, tres de estas mismas participantes tenían una visión emocional totalmente negativa. Dentro de los discursos encontrados se establecen ejemplos como “bueno me siento ya un poco recuperada, dándole gracias a Dios por todo este tiempo y pues viviendo la etapa de ser mamá y agradecida con Dios”

De acuerdo al análisis sobre los cambios posteriores a la hospitalización, se infiere que la mayoría de las pacientes se decantaron por las actividades vinculadas al rol materno, es así como se establecen verbalizaciones como “...aparte de lo que implica tener a mi bebe en casa, el cambio en la rutina atendiendo a mi bebe, no he sentido mayores cambios”. Llama la atención que, en ninguno de los discursos de las pacientes el requerimiento de medicación fue relevante y no se evidencia mención alguna; esto último se distingue de las entrevistas del primer mes donde casi todas mencionaron esta categoría de análisis, muy probablemente esto se correlaciona con la continua mejoría en la salud que ya fue mencionada anteriormente.

Dentro de los aspectos relacionados con la vida sexual en las pacientes con morbilidad materna extrema y sin ingreso a la UCI, se evidencia que, al tercer mes, el total de las pacientes entrevistadas ya habían retomado su vida sexual, en este caso , no se

evidencia alteración alguna en el deseo y la satisfacción sexual, es importante resaltar que aunado a las expresiones de algunas pacientes al primer mes de postparto en donde resaltaban el inicio de su actividad sexual como dependiente del comienzo de un método de planificación familiar por temor a un nuevo embarazo. Es así, que se aprecian afirmaciones como: “Solo inicié mis relaciones cuando empecé a planificar, esto fue como a los dos meses y medio, no quería volver a quedar embarazada”

Grupo: Pacientes con morbilidad materna extrema e ingreso a UCI al primer mes de la hospitalización

El análisis de las entrevistas muestra que, la mayoría de las participantes tienen una percepción emocional negativa debido a lo padecido durante su morbilidad y todo lo que implicó esa condición, es así como se evidencian verbalizaciones como “...No muy bien ya que mi estancia fue muy complicada con alto temor de morirme, o que le pasara algo grave a mi bebe”, “Ha sido un proceso muy angustiante, la verdad desde que me ingresaron he tenido mucha incertidumbre por saber que iba a pasar con mi bebe y conmigo, tuve mucho miedo”. Dos de las participantes mostraron una postura emocional mucho más resiliente que el resto del grupo, nótese que sus apreciaciones se inclinan por el agradecimiento por el hecho de haber superado el escenario clínico.

En cuanto a los cambios generados posterior a la salida de la unidad de cuidados intensivos, las participantes manifestaron malestares tanto a nivel general descritos como “La verdad no me sentía bien porque yo estuve en UCI”, como cambios más específicos relacionados a alteraciones del sueño, requerimiento de medicación y alteraciones en el campo afectivo/ espiritual, esta última se puede evidenciar en verbalizaciones como “Si ha cambiado mucho, siento que no soy la misma, mi estado emocional no ha estado bien, me siento muy triste”

Los síntomas derivados de su condición luego del primer mes, se enmarcan en el agotamiento físico y emocional, se evidencian verbalizaciones como “Mi recuperación ha sido muy lenta, aun me siento dolorida, un poco cansada, agotada, débil”

En cuanto a la temática de la sexualidad, casi la totalidad de participantes de este grupo no iniciaron la vida sexual al primer mes de su egreso de la UCI, Solo una de las entrevistadas manifestó el reinicio en este periodo, cabe destacar que esta paciente expresa de forma explícita el acompañamiento en su recuperación brindado por su pareja, el cual se desempeña como agente de salud.

En este primer mes, la mayoría de las pacientes manifiestan explícitamente no tener interés o deseos por la actividad sexual, dado que su conducta está enfocada en su recuperación y la atención de sus recién nacidos, en esta misma línea se relatan preocupaciones en el inicio y mantenimiento de la vida sexual asociadas a la planificación familiar y el temor a una futura gestación, es así como se evidencian verbalizaciones como “No volver a salir más embarazada, en estos momentos no quiero tener más hijos y no exponerme nuevamente”

Grupo: Pacientes con morbilidad materna extrema e ingreso a UCI al tercer mes de la hospitalización

En el tercer mes se evidencia una postura emocional con tendencia a lo positivo y resiliente, ejemplificada con verbalizaciones como” Durante mi embarazo sufrí mucho por las hospitalizaciones y las infecciones que me dio, la de la orina y la de infección por Covid, la verdad no pensé que me tocara vivir eso durante mi embarazo, fue muy duro, pero al final ya estoy acá con mi bebe y le doy gracias a Dios por eso”

En este mes se mantienen los cambios asociados al cumplimiento del rol materno y sus implicaciones en las actividades del día de la paciente, de igual forma se mencionan cambios afectivos y espirituales condiciones por la recuperación del estado físico, es así como se evidencian verbalizaciones como “Me siento agradecida con Dios por haberme recuperado como lo he hecho, no tomo medicamentos y mis menstruaciones están normales”

En cuanto síntomas y complicaciones derivados de su condición, al tercer mes se logra establecer que no existe unanimidad en los discursos analizados, dos de las participantes manifiestan complicaciones orgánicas con el control de sus cifras tensionales y otras establecen síntomas emocionales asociados a soledad.

En el ámbito relacionado al reinicio de la vida sexual se mantiene la inactividad descrita en las pacientes del primer mes, de igual forma se logra evaluar discursos que logran inferir persistencia en las alteraciones del deseo sexual, ejemplo de esto se obtienen la siguiente verbalización “El interés hacia mi pareja la verdad sigue siendo nulo, no me provoca estar con él, él intenta acercarse, pero la verdad no quiero”.

En cuanto a las preocupaciones en el inicio de la vida sexual se mantiene las relacionadas con el temor a un próximo embarazo y el requerimiento de un método de planificación familiar, ejemplo de lo anterior , se logra recalcar los siguientes discursos “

Bueno, siendo sincera como que no me han dado ganas, siento que debo cuidarme más y reposar más el cuerpo, además me da miedo volver a quedar embarazada como tan rápido, realmente siento que no”, “Lo que sí quiero es iniciar mi planificación porque uno nunca sabe cuándo vuelve a iniciarlas, y cuando eso pase ya quiero esta como segura con eso”

Sexualidad vivida: una comparación cualitativa entre las pacientes

En el análisis comparativo realizado entre los tres grupos a saber pacientes sanas, paciente con morbilidad materna extrema y pacientes con morbilidad materna extrema y requerimiento de ingreso a UCI, se establecen las siguientes diferencias relacionadas a la dimensión sexual desde las categorías que se describen a continuación:

- 1. Reinicio de la vida sexual:** en cuanto a este aspecto casi la totalidad de las pacientes no retomaron su actividad coital posterior al primer mes de la hospitalización o el parto, llama la atención que solo una de las participantes del grupo de morbilidad materna extrema e ingreso a la unidad de cuidados intensivos reinició su actividad sexual en este periodo, se resalta que en el discurso de esta paciente manifiesta la importancia de tener la orientación permanente por parte de su pareja el cual se identifica como personal de salud, Por otro lado, en la segunda entrevista, las participantes pertenecientes a pacientes sanas y pacientes con morbilidad materna que no ingresaron a unidad de cuidados intensivos asumieron en su totalidad su vida sexual al tercer mes, cabe resaltar que este tipo de comportamiento no se replica en la mayoría de las pacientes del grupo de morbilidad materna y estancia en UCI.
- 2. Caracterización de la vida sexual :** En el análisis del discurso de las pacientes se logra inferir que no hubo alteraciones en la recuperación del deseo y la satisfacción sexual en las pacientes sanas y en el grupo que de MME que no ingreso a la UCI; el único grupo en el que se demostró alteraciones en el ámbito del deseo sexual fue en el de las participantes con MME e ingreso a la UCI, estas entrevistadas manifestaban explícitamente no tener interés o deseos por la actividad sexual, dado que su propósito principal está enfocado en su recuperación en general.
- 3. Preocupación en el inicio y el mantenimiento de la vida sexual:** En este aspecto se logra evidenciar que en el grupo pacientes sanas ninguna retomó su vida sexual durante el primer mes debido a que la mayoría de estas pacientes condicionaron el comienzo de estas a la creencia del requerimiento “obligatorio” de un periodo de abstinencia tras el postparto; en los grupos de pacientes con morbilidad materna

extrema , estas ideas populares quedan sin mención al momento de interpretar sus discursos ya que sus verbalizaciones se encaminan hacia la existencia de una relación negativa entre el inicio de las relaciones y la consecución de la sanidad o bienestar en salud luego del padecimiento vivido. Además, gran parte de este último grupo de participantes logran inferir que el inicio de la actividad sexual estuvo condicionado por la garantía previa de un método de planificación familiar y el desinterés por la aparición de nueva gestación.

DISCUSIÓN

En el presente apartado se analizan los resultados construidos a la luz de la evidencia teórica, a continuación, en los próximos párrafos se muestran este análisis.

En lo relacionado con el inicio de la vida sexual posterior al parto nuestra investigación apoya lo expresado por Yeniel et al 2013, quien establece que en un alto porcentaje las pacientes inician su actividad sexual pasados las primeras 6 semanas luego del parto. (29)

En los grupos de pacientes sanas y pacientes con morbilidad MME que no ingresaron a la UCI, partiendo de la definición del DSM-V [30], se logra inferir que no se evidencian los síntomas o criterios para el diagnóstico de disfunción sexual; a saber: trastornos del deseo, excitación, orgasmo, dolor y el establecimiento de angustia clínicamente significativa.

Con respecto a la disfunción sexual en el grupo del paciente con MME e ingreso a la UCI, se evidencia la existencia del criterio asociado a trastornos del deseo y la excitación establecidos en manual DSM-V, esto podría sugerir un posible riesgo de desarrollar una disfunción sexual. Debido a que no se cuenta con la información relacionada con el tiempo de seguimiento de estos síntomas especificados por este manual (6 meses), se abre la posibilidad de nuevo seguimiento para corroborar este factor tiempo. Este seguimiento, además nos encaminaría a establecer si en el caso del reinicio de la vida sexual se presenten otros trastornos acordes con el orgasmo, dolor y la frecuencia dichas alteraciones en más del 75% de los encuentros sexuales. (30)

El hecho de que los resultados en las pacientes con morbilidad materna e ingreso a la unidad de cuidados intensivos se orienten a una tendencia al desarrollo de una disfunción

sexual, nos apunta a la necesidad de realizar el seguimiento este tipo de pacientes, hasta los 6 meses posterior a su egreso de la UCI; en este mismo sentido, también parece oportuno realizar valoraciones objetivas, a través de uso de instrumentos o escalas específicas para este trastorno, como por ejemplo el índice de función sexual femenina (FSFI), desarrollado por Rosen et al 2000 ([31]), de tal manera de brindar impresiones diagnósticas más precisas.

Nuestros resultados Apoyan parcialmente los expresados por Andreucci et al (2015), quien expresa que en un alto porcentaje de las pacientes con morbilidad materna extrema tienen más riesgo de desarrollar disfunción sexual en comparación de las pacientes que no presentaban estos eventos. (16)

De acuerdo a la relación disfunción sexual y el síndrome post unidad de cuidados intensivos, nuestros resultados apoyan lo indicado por Griffiths et al 2004, quien hace referencia a la relación de esta afectación con la estancia en la UCI. (15)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a la teoría fundamentada, nuestra investigación nos permite establecer 9 categorías abiertas de análisis

1. Estado de salud
2. Síntomas o complicaciones derivados de su condición
3. Cambios generados luego de la hospitalización
4. Inicio de la vida sexual luego de la hospitalización
5. Orientación sexual recibida por el personal de salud
6. Expectativas de mejora en la calidad de vida y salud
7. Preocupación en el inicio y el mantenimiento de la vida sexual
8. Percepción emocional post hospitalización
9. Descripción de vida sexual

En esta investigación las pacientes sanas y con morbilidad materna extrema tuvieron un comportamiento similar en lo relacionado con el reinicio de la vida sexual y la ausencia de alteraciones en el deseo, excitación y satisfacción sexual.

En el grupo de las pacientes con ingreso a unidad de cuidados intensivos existen elementos para establecer un mayor riesgo para el desarrollo de disfunción sexual condicionado por alteración en el deseo y la excitación sexual.

A partir de los resultados obtenidos se recomienda la inclusión en el seguimiento de al menos 6 meses de este grupo de pacientes y hacer uso de escalas que permitan objetivar las características de la disfunción sexual, entre estos instrumentos se destacan el índice de función sexual femenina (FSFI)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Esfahani SB, Pal S. (2018). Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review. *Heal Psychol Open*, 5(2). [https:// doi:10.1177/2055102918786867](https://doi.org/10.1177/2055102918786867)
2. Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, et al. (2019). The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clin Proc* ;94(5):842-856. [https:// doi:10.1016/j.mayocp.2019.01.009](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.009)
3. Avasthi A, Grover S, Sathyanarayana Rao T. (2017). Clinical Practice Guidelines for Management of Sexual Dysfunction. *Indian J Psychiatry*, 59(5):91. [https:// doi:10.4103/0019-5545.196977](https://doi.org/10.4103/0019-5545.196977)
4. Instituto Nacional de Salud (INS 2017). Morbilidad Materna Extrema. Ministerio Salud Y Prot Soc. Version 03. 29.12.. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/vigilancia-morbilidad-materna-extrema.aspx>.
5. Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. (2012). The Prevalence of Maternal Near Miss. *An Int J Obstet Gynaecol*; 119: 653–61.
6. Rawal G, Yadav S, Kumar R. (2017). Post-intensive care syndrome: An overview. *J Transl Intern Med*,5(2):90-92. [https:// doi:10.1515/jtim-2016-0016](https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016)
7. Teixeira C, Rosa RG. (2018). Post-intensive care outpatient clinic: Is it feasible and effective? A literature review. *Rev Bras Ter Intensiva*, 30(1):98-111. [https://doi:10.5935/0103-507X.20180016](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180016)
8. Gager M, Alder N, Fawcett D, Waldmann C, Quinlan J.(2006). A self-report-based study of the incidence and associations of sexual dysfunction in survivors of

- intensive care treatment. *Intensive Care Med*, 32(3):445-451. <https://doi:10.1007/s00134-005-0048-7>
9. Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, et al. (2006). The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clin Proc*, 94(5):842-856. <https://doi:10.1016/j.mayocp.2019.01.009>
 10. Wallwiener S, Müller M, Doster A, et al. (2006). Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period : a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;0(0) [https:// doi:10.1007/s00404-017-4305-0](https://doi:10.1007/s00404-017-4305-0)
 11. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006) Definición de salud sexual: Informe de una consulta técnica sobre salud sexual. Serie de documentos sobre salud sexual, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 28–31 de enero de 2002 Disponible en : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
 12. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, et al. (2016). Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine, *J Sex Med*,13(2):153-167. <https://doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.015>
 13. Morse J. The significance of saturation. *Qual Health Res*. 1995;5(2):147-9.
 14. Hatzichristou D, Kirana PS, Banner L, et al. (2016). Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women: Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires. *J Sex Med*,13(8):1166-1182. <https://doi:10.1016/j.jsxm.2016.05.017>
 15. Griffiths J, Gager M, Alder N, Fawcett D, Waldmann C, Quinlan J. (2006). A self-report-based study of the incidence and associations of sexual dysfunction in survivors of intensive care treatment. *Intensive Care Med*;32(3):445-451. <https://doi:10.1007/s00134-005-0048-7>
 16. Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, et al. (2015). Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*,15(1). <https://doi:10.1186/s12884-015-0742-6>
 17. Waterstone M, Wolfe C, Hooper R, Bewley S. (2003). Postnatal morbidity after childbirth and severe obstetric morbidity. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*;110(2):128-133. [https:// doi:10.1046/j.1471-0528.2003.02151.x](https://doi:10.1046/j.1471-0528.2003.02151.x)

18. Flick, U. (2007) *Introducción a la Investigación Cualitativa*. (2ª. Ed.) Madrid: Morata
19. Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. (2012). The Prevalence of Maternal Near Miss. *An Int J Obstet Gynaecol*; 119: 653–61.
20. Kilpatrick SK, Ecker JL. (2016). Severe maternal morbidity: screening and review. *Am J Obstet Gynecol* ;215(3):B17-B22. <https://doi:10.1016/j.ajog.2016.07.050>
21. Zeeman GG, Wendel GD, Cunningham FG. (2003). A blueprint for obstetric critical care. *Am J Obstet Gynecol* ;188(2):532-536. <https://doi:10.1067/mob.2003.95>
22. Pollock W, Rose L, Dennis CL. (2010) Pregnant and postpartum admissions to the intensive care unit: A systematic review. *Intensive Care Med* ;36(9):1465-1474. <https://doi:10.1007/s00134-010-1951-0>
23. Hinton L, Locock L, Knight M. (2009). Maternal critical care: what can we learn from patient experience? A qualitative study. *BMJ Open*.5(4):e006676. <https://doi:10.1136/bmjopen-2014-006676>
24. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA. (2009). An Emerging “ Maternal Near-Miss Syndrome ”: Narratives of Women Who Almost Died,149-158.
25. Fernandes A, Jaeger MS, Chudow M. (2019). Post-intensive care syndrome: A review of preventive strategies and follow-up care. *Am J Heal Pharm* ;76(2):119-122. doi:10.1093/ajhp/zxy009
26. Health S, Centre S, Services H, et al. (2019). The PRaCTICaL study of nurse led , intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness : a pragmatic randomised controlled trial,1-14. <https://doi:10.1136/bmj.b3723>
27. Garrouste-Orgeas M, Flahault C, Fasse L, et al. (2017). The ICU-Diary study: Prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*;18(1):1-11. <https://doi:10.1186/s13063-017-2283-y>
28. Held N, Moss M. (2018). Optimizing post-intensive care unit rehabilitation. *Turkish Thorac J*; 20(2):147-152. <https://doi:10.5152/turkthoracj.2018.18172>
29. Yeniel AO, Petri E. (2014) Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.*;25(1):5-14. <https://doi:10.1007/s00192-013-2118-7>

30. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.
31. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R.(200).The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy; 26: 191-208.
32. Rodríguez Gómez, D. y Valldeoriola Roquet, J. (2009). Metodología de la investigación. Barcelona, España Universitat Oberta de Catalunya
33. Glaser, B. (1999). The Future of Grounded Theory. Qualitative health research, 9, (6), 836-845.
34. Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: síntesis s.a.
35. Strauss, A. & Corbin, C. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. (1era ed.). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

ANEXOS

Anexo A Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El periodo de embarazo, parto y puerperio se traducen en una experiencia positiva y satisfactoria sin complicaciones para la mayoría de las mujeres gestantes; sin embargo, la muerte materna es una posible consecuencia de factores de riesgo que no se intervinieron de manera oportuna y eficaz, dentro de estos se encuentran las condiciones potencialmente peligrosas para la vida o morbilidad materna extrema (MME). Actualmente se cuenta con pocos estudios en población materna por lo que se ha propuesto el desarrollo de diferentes proyectos como lo son:

- "Desarrollo de una definición de Morbilidad Materna Extrema en pacientes obstétricas de América Latina y el Caribe: Un estudio prospectivo multicéntrico de CLAP Network for Adverse Maternal Outcomes (CLAP-NAMOs)", previamente avalado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia (Minciencias).
- Validación del modelo de estimación de severidad Sepsis in Obstetrics Score SOS, en pacientes obstétricas con infección en Cartagena Colombia para determinar desenlaces maternos y perinatales". Estudio Multicéntrico
- Evaluación de la dimensión sexual en pacientes con morbilidad materna extrema que ingresan a unidad de cuidados intensivos
- Evaluación del daño hepático residual en pacientes con preeclampsia

Es por ello que para fortalecer todas estas necesidades que se transformaran en proyectos se generó un equipo de trabajo liderado por expertos en la temática así como la vinculación de talento jóvenes de excelencia académica para el desarrollo de una estrategia de Apropiación Social del Conocimiento en Ctel que contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud en las pacientes con morbilidad materna extrema, así como fortalecer el impacto social de los resultados de la investigación en términos de reconocimiento del problema y toma de decisiones por parte de la población afectada.

Esta investigación no propone procedimientos físicos y/o de laboratorio, intervenciones o tratamientos adicionales a las que se plasman en los protocolos de atención en salud institucionales. No obstante, necesitamos realizarle una serie de preguntas relacionadas con su información personal y proceso de enfermedad, de forma NO presencial (llamadas telefónicas, videoconferencias, correo electrónico, etc) adicionalmente tomaremos información del registro de su historia clínica y la de su bebe y si está de acuerdo le realizaremos un seguimiento continuo luego que este fuera del centro de salud hasta la finalización de los proyectos. En definitiva, esta actividad no significa un riesgo adicional, a su estado actual, para usted o la salud de su hijo (a).

Por tanto, a través de este instrumento se deja constancia, que su participación en este estudio es completamente voluntaria, y no está condicionada a ningún tipo de beneficio por fuera de los aquí mencionados. Además, usted tiene derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar en su cuidado y/o tratamiento.

La información requerida para el estudio será recolectada por parte de un médico que hace parte del personal científico de la investigación o que, en su defecto, es contratado(a) para tal función. Se debe agregar que, los datos tomados serán almacenados en un archivo digital, manteniendo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad de acuerdo a las leyes Buenas Prácticas Clínicas en Investigación. Además serán usados con fines investigativos para posterior publicación anónima de los resultados en página web, revistas científicas y medios audiovisuales.

Ante la emergencia sanitaria por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19) el Grupo de Investigación en Cuidado Intensivo y Obstetricia (GRICIO), adopta las medidas y Lineamientos dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, del trabajo y del transporte, así como la Organización Panamericana de la Salud y la Red de América Latina y el Caribe de Comités Nacionales de Bioética, para reducir al máximo los obstáculos prácticos en la realización de las investigaciones y mitigar los efectos de la pandemia en la población a estudiar sin causar daños evitables.

Si usted tiene alguna duda o requiere alguna información o aclaración relacionada acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación puede comunicarse con los siguientes contactos: Dra Rianna Muñoz al celular 3014109768, Dra. Yasaira Pájaro Cantillo al celular 3014710794 y Dra. Jharitza Julio al celular 3017447985 quienes son los coordinadores de cada proyecto.

Al firmar este documento, YO _____ acepto que he leído el presente consentimiento informado (o alguien se lo ha leído), lo he comprendido completamente y no tengo dudas al respecto (o todas han sido resueltas), y acepto participar voluntariamente en el estudio.

Firma de la paciente

Nº identificación

Fecha de firma

Anexo B Guía de entrevistas



CATEGORÍA	PREGUNTAS
VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="857 642 1438 720">1. ¿Cómo se siente al pensar en el proceso vivido durante su enfermedad?<li data-bbox="857 741 1438 819">2. ¿Siente que algo en su vida cambió o es diferente posterior a su enfermedad?
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="857 844 1451 972">3. ¿Siente que siguió las indicaciones y tratamientos recomendados por el médico tratante?<li data-bbox="857 993 1414 1071">4. ¿Qué ha sido lo más difícil de enfrentar durante su recuperación?
VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="857 1100 1487 1178">5. ¿Cómo es en general tu sexualidad después de la hospitalización?<li data-bbox="857 1199 1471 1276">6. ¿Qué cambios has experimentado después de la enfermedad a nivel sexual?<li data-bbox="857 1297 1414 1375">7. ¿Has notado algún cambio en el deseo sexual?<li data-bbox="857 1396 1414 1524">8. ¿Te sientes cómoda al tener relaciones sexuales con tu pareja después de la enfermedad?<li data-bbox="857 1545 1373 1623">9. ¿Después de la enfermedad sientes satisfacción sexual?
PROSPECTIVA	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="857 1703 1507 1780">10. ¿Qué le gustaría que mejorara en su vida y en su salud?

Anexo C Aprobación comité de ética



Doctor
Carlos Alberto Canchila
Grupo de investigación en cuidados intensivos y obstetricia (GRICIO)
Cartagena

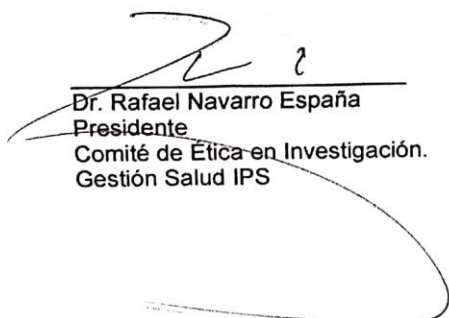
Ref.: Carta de aprobación del Comité de Ética Institucional para la realización del estudio: "EVALUACION DE LA DIMENSION SEXUAL EN PACIENTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA QUE INGRESAN A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS".

Cordial saludo,

En reunión del Comité de Ética en Investigación, se revisa el proyecto referenciado, determinando que cumple con los requisitos necesarios para realizar el estudio. Por lo que se decide dar el aval y aprobación para su ejecución en la institución propuestas en dicha investigación.

Sin embargo se aclara que las diferentes instituciones pueden requerir ante nosotros cualquier información adicional y pertinente para autorizar la realización del estudio.

Para su constancia se firma en la ciudad de Cartagena el día 27 de mayo de 2019.



Dr. Rafael Navarro España
Presidente
Comité de Ética en Investigación.
Gestión Salud IPS