



ORIGINAL

Percepción de las puérperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo y el parto como factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico. Estudio cualitativo



N. Encabo-Solanas^{a,*}, M. Torres-Lacomba^b, F. Vergara-Pérez^b,
B. Sánchez-Sánchez^b y B. Navarro-Brazález^b

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España

^b Grupo de Investigación Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer, Unidad docente de Fisioterapia, Universidad de Alcalá, Madrid, España

Recibido el 16 de junio de 2015; aceptado el 26 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 15 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Investigación cualitativa;
Embarazo;
Parto;
Diafragma pélvico;
Puerperio;
Personal sanitario

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de puérperas y profesionales sanitarios sobre el embarazo y el parto como factores de riesgo de disfunciones del suelo pélvico (DSP).

Sujetos y métodos: Estudio cualitativo con grupos focales, entrevistas semiestructuradas y análisis de documentos realizado entre marzo del 2014 y mayo del 2015 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) y en el centro de salud Juan de Austria, del distrito asistencial de Alcalá de Henares (Madrid). Participaron 19 puérperas ingresadas en el HUPA y 9 profesionales sanitarios relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

Se formaron 4 grupos focales, se realizaron 13 entrevistas semiestructuradas y se recogieron 4 cuestionarios. Mediante un proceso iterativo de análisis se identificaron las categorías emergentes. El rigor de la investigación se garantizó mediante diferentes procesos de triangulación. **Resultados:** Se identificaron 5 categorías: el embarazo, parto y puerperio; la información; el suelo pélvico (SP); la atención profesional y la intervención sanitaria. Las puérperas refirieron que precisaban más información de calidad y supervisada sobre el SP, sus funciones, sus problemas y los factores que pueden desencadenarlos, su prevención y su recuperación. Los profesionales refrendaron la opinión de las puérperas añadiendo la necesidad de protocolos y de equipos multidisciplinares que incluyan al fisioterapeuta.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nelsyta@yahoo.es (N. Encabo-Solanas).

Conclusiones: Las púerperas desconocen los factores que desencadenan DSP. Son necesarios equipos multidisciplinares en Atención Primaria y especializada que incluyan al fisioterapeuta y que actúen según protocolos clínicos durante el embarazo, parto y puerperio.

© 2015 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Qualitative research;
Pregnancy;
Parturition;
Pelvic floor;
Postpartum period;
Health personnel

Perception of postpartum women and health professionals on pregnancy and childbirth as risk factors for pelvic floor dysfunctions. A qualitative study

Abstract

Objective: To know the perception of postpartum women and health professionals on pregnancy and childbirth as risk factors for pelvic floor dysfunctions (PFD).

Subjects and methods: A qualitative study with focus groups, semi-structured interviews and document analysis conducted between March 2014 and May 2015 at the University Hospital Principe de Asturias (HUPA) and health centre Juan de Austria, from the healthcare district of Alcala de Henares (Madrid). The participants were 19 postpartum women admitted to HUPA and 9 healthcare professionals related to pregnancy, childbirth and postpartum. Four focus groups were formed, 13 semi-structured interviews were conducted, and 4 questionnaires were collected. Through an iterative process of analysis were identified emerging categories. Triangulation processes ensured the rigor of the research.

Results: Five categories identified: pregnancy, childbirth and postpartum; information; pelvic floor (SP); professional care and health intervention. Puerperal women reported that they needed more quality information and supervised on the SP, its functions, its problems and the factors causing, prevention PFD and recovery. Professionals endorsed the views of puerperal women adding the need protocols and multidisciplinary teams including physiotherapists.

Conclusions: Puerperal women are uniformed about factors causing PFD. Multidisciplinary teams are needed in primary and specialty care including physical therapist and they must act as clinical protocols for the monitoring and control of pregnancy, childbirth and postpartum.

© 2015 Asociación Española de Fisioterapeutas. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Durante el embarazo se producen modificaciones fisiológicas que afectan a la musculatura del suelo pélvico (SP). Los principales factores de los cambios que se producen se deben al cambio hormonal, el peso materno, el estreñimiento, el modo de vida y el tipo de deporte practicado¹. Además, en el momento del parto son frecuentes las lesiones musculares, conjuntivas y/o nerviosas que se producen en el SP². Estas lesiones suelen ocurrir durante el primer parto vaginal, por lo que se considera el más lesivo para el SP. Se estima que más del 80% de las mujeres presentan algún tipo de lesión perineal durante el parto^{1,3}. La principal misión del SP es el sostén y el mantenimiento de la posición correcta de los órganos pélvicos (vejiga, uretra, útero, vagina, recto y ano), y facilita la micción, el coito, el parto y la defecación, al mismo tiempo que garantiza la continencia urinaria y fecal¹. A este respecto, la fuerza de los músculos del SP parece comportarse como un factor predictor de la aparición de incontinencia urinaria (IU) tras el parto vaginal⁴.

El término disfunción del SP (DSP) describe una amplia variedad de condiciones clínicas que incluyen: la IU, la incontinencia anal (IA), el prolapsos de órganos pélvicos, las alteraciones en el vaciado del aparato urinario, la disfunción defecatoria, las disfunciones sexuales y los síndromes

de dolor crónico⁵. Entre los factores de riesgo de las DSP, el embarazo y sobre todo el parto vaginal⁶ constituyen en sí mismos factores etiopatogénicos principalmente de la IU, tanto de esfuerzo como de urgencia, seguidas de las disfunciones anorrectales y de los problemas de estabilidad pélvica^{7,8}.

Durante el embarazo aproximadamente un 40% de las mujeres presenta IU, en el posparto una de cada 3 mujeres presenta IU y una de cada 10, IA⁷. Estos problemas se agravan con el tiempo, mermando la calidad de vida de las mujeres⁹. A pesar de esto, muy pocas mujeres piden ayuda para sus problemas de DSP^{10,11}.

La fisioterapia pelviperineal aborda la prevención y el tratamiento de los trastornos funcionales de las regiones abdominal, pélvica y lumbar, y es generalmente considerada como tratamiento de primera elección en las DSP por su carácter no invasivo, por el alivio de los síntomas, el bajo riesgo de efectos secundarios y un coste económico entre moderado y bajo¹². En España, aunque desde 1973 el estatuto jurídico de la Seguridad Social reconoce como competencia de los fisioterapeutas la realización de ejercicios maternos pre y posparto, su actuación es minoritaria¹³.

Se han encontrado pocos estudios sobre el conocimiento de las mujeres sobre el SP y sus factores de riesgo durante la

gestación. Los estudios hallados sobre la percepción de las mujeres sobre las DSP se centran básicamente en la IU por tratarse de la DSP más prevalente¹⁴; además, no se exploran las percepciones durante el puerperio ni se indaga el embarazo y el parto como posibles factores de riesgo de DSP.

Asimismo, se ha expresado la necesidad de que la asistencia sanitaria incluya en sus criterios de calidad la opinión y la experiencia de los profesionales, así como la percepción de los usuarios. Los servicios de salud ya reconocen la importancia de la participación y la opinión de los usuarios en la mejora de la asistencia sanitaria¹⁵. La atención, el control y el seguimiento del embarazo y el parto conforme a la normativa y la estrategia del parto normal¹⁶, así como la estrategia de Salud Reproductiva¹⁷, establecida por el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud, incluye la participación de las usuarias en la toma de decisiones y en el abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento posible.

En este sentido, el presente estudio pretende explorar las percepciones de las púérperas y de los profesionales

sanitarios sobre el embarazo y el parto, y su relación con las DSP, contribuyendo a un mejor conocimiento sobre las necesidades de los programas de preparación a la maternidad relacionadas con la prevención de las DSP.

Participantes, material y métodos

Estudio cualitativo desde la perspectiva fenomenológica basada en grupos focales y entrevistas individuales semiestructuradas en el ámbito de atención a la mujer, embarazo y parto y su repercusión en la práctica sanitaria.

Entre marzo del 2014 y mayo del 2015 fueron incluidas en el estudio púérperas ingresadas en la unidad de Obstetricia del HUPA, cuyo embarazo fue seguido en centros de salud (CS) de Alcalá de Henares pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), sin ninguna alteración psiquiátrica grave o incapacidad para entender o contestar a cuestionarios, y que en el momento de la entrevista hubiesen transcurrido al menos 24 h desde el nacimiento de su hijo.

Tabla 1 Preguntas guía de las entrevistas y grupos focales a púérperas, y entrevistas a profesionales sanitarios

Púérperas

1. ¿Cómo ha ido tu embarazo?
2. ¿Qué cambios físicos y psíquicos has experimentado? ¿Cómo lo has vivido? ¿Te han influido en algo estos cambios a nivel personal, familiar, laboral...? ¿Has oído hablar de estos cambios?
3. ¿Quién te ha informado de estos cambios?
4. ¿Has hecho preparación al parto? ¿Me podrías hacer un breve resumen sobre las clases a las que has asistido?
5. ¿Qué has aprendido sobre el embarazo, el parto y el puerperio?
6. ¿Te han hablado sobre el suelo pélvico? ¿Qué crees que es el suelo pélvico y para qué sirve? ¿Qué cambios, alteraciones o disfunciones crees que pueden pasar si el suelo pélvico no funciona bien?
7. ¿Qué tipo de ejercicios te han enseñado? ¿Crees que están relacionados con el suelo pélvico? ¿Puedes describirme alguno de los que te han enseñado?
8. Y el parto, ¿cómo lo has vivido?
9. ¿Has tenido algún problema durante o después del parto?
10. ¿Crees que los cambios del embarazo y el parto podrían influir en posibles alteraciones del suelo pélvico?
11. Antes o durante el embarazo, ¿has tenido algún problema relacionado con el suelo pélvico? ¿Cómo lo has vivido?
12. En caso de que ocurriese alguna alteración del suelo pélvico, ¿sabrías qué hacer?; ¿a quién dirigirte?; ¿quién te ha informado de qué es lo que tienes que hacer?
13. ¿Crees que te informan sobre los efectos del embarazo y el parto, y su riesgo en las disfunciones del suelo pélvico? Si es así, ¿quién te ha informado?
14. ¿Te gustaría hacer alguna sugerencia en cuanto al seguimiento y control de tu embarazo y parto y puerperio?

Profesionales sanitarios

1. ¿Qué impacto tiene el embarazo y parto como factores etiopatogénicos de las disfunciones del suelo pélvico?
2. ¿Qué estrategias de prevención se están llevando a cabo?
3. ¿Crees que las estrategias de prevención de las disfunciones del suelo pélvico durante la gestación y de las lesiones del parto requieren de la participación de distintas disciplinas? ¿Cuáles? ¿Por qué?
4. En el control y seguimiento del embarazo, ¿crees que se hace hincapié en la prevención de las disfunciones del suelo pélvico? ¿De qué manera?
5. ¿Crees que son adecuadas las clases de preparación física para el parto que son llevadas a cabo en la actualidad?
6. ¿Cuál es tu opinión acerca del seguimiento y el control del embarazo que se realiza en esta área sanitaria en relación con la prevención de las disfunciones de suelo pélvico?
7. ¿En qué crees que se debe incidir sobre la prevención de las disfunciones del suelo pélvico durante la gestación y parto?
8. ¿En qué medida se informa sobre los efectos del embarazo y parto como factores etiopatogénicos de las disfunciones del suelo pélvico?
9. Si durante la gestación y parto existe disfunción del suelo pélvico, ¿cómo se actúa?
10. ¿Crees que es necesaria la actuación del fisioterapeuta como parte del equipo multidisciplinar de atención a la embarazada y al parto? ¿Por qué?
11. ¿Te gustaría hacer alguna sugerencia en cuanto al tema que estamos tratando?

Se excluyó a aquellas puérperas cuyo control del embarazo no hubiese sido realizado en centros pertenecientes al SERMAS y cuya comprensión del idioma castellano interfiriese en una adecuada comunicación.

Los profesionales sanitarios seleccionados fueron facultativos especialistas en Obstetricia y matronas de Atención Primaria y especializada. Los criterios de selección fueron pertenecer al hospital de referencia HUPA implicados en el seguimiento y el control de la gestación y el parto, con al menos 5 años de experiencia profesional.

Las técnicas cualitativas de recogida de la información fueron grupos focales, entrevistas individuales semiestructuradas, cuestionarios, notas de campo recogidas por la investigadora principal (IP) y el análisis de documentos: historia clínica de las puérperas y cuestionarios con datos personales y demográficos de todos los participantes.

La IP, enfermera del servicio de Obstetricia del HUPA y graduada en Fisioterapia, no tenía relación directa con las puérperas y formaba parte del equipo interdisciplinar de matronas y obstetras que participaron en el estudio. Asimismo, los grupos de profesionales tenían la misma jerarquía profesional, lo que permitió que pudieran expresarse libremente.

La selección de la muestra se realizó por los objetivos y las características del estudio hasta obtener la saturación de la información atendiendo las fases expuestas: en marzo del 2014 se realizó un grupo focal de 5 puérperas y 5 entrevistas individuales a puérperas; en Abril-mayo del 2014, 3 entrevistas individuales a puérperas, una entrevista a matrona de atención especializada, una entrevista a matrona de Atención Primaria, un grupo focal de 3 matronas y 4 cuestionarios escritos a obstetras (opción que se tomó ante la dificultad de formar grupos), y en julio-agosto del 2014, 2 grupos focales de puérperas (cada uno de ellos con 3 puérperas).

Cada sesión grupal y entrevista semiestructurada se inició con la exposición del objetivo del estudio, la garantía de la confidencialidad de las aportaciones y la solicitud del permiso de cada participante para que las entrevistas pudieran grabarse.

Las entrevistas con la IP transcurrieron en la sala de reuniones de la unidad de Obstetricia y paritorio del HUPA y en el CS Juan de Austria. Los horarios de las entrevistas se acordaron previamente con una duración aproximada de entre 45 y 60 min para las entrevistas individuales y de entre 60 y 90 min para los grupos focales. El guion de las preguntas fue elaborado por un grupo de expertos (tabla 1).

La IP realizó una transcripción literal de las grabaciones identificando cada participante mediante un código general. El anonimato de los participantes se salvaguardó asignándoles un código complementario al código general según el orden de intervención en las sesiones (tabla 2).

Los textos resultantes, así como las notas de campo y los cuestionarios, fueron revisados por un grupo de 3 miembros del equipo investigador.

Para el análisis de todos los datos disponibles se estableció un plan de trabajo que incluyó la revisión de las transcripciones, de las notas de campo y de los cuestionarios. Tres investigadores, primero de forma independiente y después en común, consensuaron un sistema de codificación de datos mediante la descripción y la definición de códigos, y su agrupación en categorías¹⁸, así como las citas textuales asignadas a las mismas.

Tabla 2 Código de identificación de los participantes

Participantes	Código de identificación
Puérperas (entrevistas individuales)	PEP3-PEP10
Puérperas (grupos focales)	PEG1-PEG11
Matronas de atención especializada (grupo focal)	MAE1, MAE2, MAE3
Matrona de atención especializada (entrevista individual)	MAE4
Matrona de Atención Primaria (entrevista individual)	MAP
Ginecólogos-obstetras	G1, G2, G3, G4

Para la codificación de las transcripciones se utilizó la aplicación informática ATLAS.ti versión 5.0 (2003, Scientific Software Development GMBH, Berlín) para el análisis cualitativo de datos textuales.

Para asegurar la validez de los resultados, se efectuaron procesos de triangulación¹⁹ de métodos de recogida de la información (entrevistas semiestructuradas, grupos focales, cuestionarios y notas de campo), de investigadores y de participantes.

El protocolo de investigación con referencia OE 06/2014 fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del HUPA de Alcalá de Henares. Todos los participantes del estudio dieron su consentimiento por escrito y todos los datos obtenidos fueron tratados de forma anónima y confidencial.

Resultados

En el caso de las puérperas, con 3 grupos focales y 8 entrevistas individuales, la participación total fue de 19 puérperas. En cuanto al grupo de profesionales sanitarios, participaron un total de 9: 4 obstetras y 5 matronas. Las características de los participantes pueden observarse en la tabla 3.

Se obtuvo un total de 594 citas. El grupo de investigación identificó y consensuó 19 códigos referidos a las expresiones de las puérperas y de los profesionales sanitarios mencionadas con más frecuencia sobre el embarazo y el parto como factores relacionados con las DSP. Estos códigos, cuya definición puede encontrarse en la tabla 4, fueron agrupados en 5 categorías (tabla 5).

Embarazo, parto y puerperio

El 47,3% de las puérperas presentaron pérdidas de orina durante su actual embarazo. Expusieron no comentar este hecho a los profesionales que les atienden, ya que lo consideran normal durante el embarazo y creen que desaparecerán por sí solas tras el parto.

PEP9: «Durante este último embarazo he tenido también alguna pérdida de orina...eso a veces como una urgencia porque tampoco se controla...».

No establecieron ninguna relación más entre el embarazo, el parto y las DSP. Mencionaron principalmente las

Tabla 3 Características de los participantes

Puérperas	n = 19
<i>Edad (años)</i>	
28-35	10
35-45	8
45-55	1
<i>Nacionalidad</i>	
Española	16
Británica	1
Colombiana	1
Brasileña	1
<i>Estudios</i>	
Primarios	5
Secundarios	9
Universitarios	5
<i>Preparación al parto</i>	
Sí	6
No	5
<i>Incontinencia urinaria en embarazo</i>	
Sí	9
No	10
<i>Factores de DSP</i>	
Multiparidad	11
Estreñimiento	6
Desgarro perineal	16
Tabaquismo	2
Episiotomía	6
Asma	1
Profesionales	n = 9
<i>Profesión</i>	
Ginecólogos-obstetras	4
Matronas	5
<i>Sexo</i>	
Varón	1
Mujer	8
<i>Edad (años)</i>	
28-35	3
35-45	3
45-55	3
<i>Experiencia profesional (años)</i>	
≥ 5	3
< 10	2
< 15	2
> 25	2
<i>Formación continuada en DSP</i>	
SÍ	6
NO	3

DSP: disfunciones del suelo pélvico.

sesiones de preparación al parto, destacando la realización de ejercicios de relajación, de respiración y, en menor medida, de SP, la lactancia materna y los cuidados del bebé.

Además, algunas puérperas consideraron el pilates como actividad fundamental en la preparación al parto y el

entrenamiento del SP, inducidas por la creencia de que son ejercicios específicos para embarazadas y son mejores que los que se enseñan en la preparación al parto.

PEG3: «...Entre los ejercicios de la clase de parto y pilates, para mí, los de pilates eran mejor».

Los factores de parto relacionados con las DSP que los profesionales expresaron fueron la analgesia, las posiciones maternas, el tiempo de las fases del parto y el tipo de parto. Asimismo, expusieron que en la preparación al parto se enseña a las futuras madres diferentes posturas y formas de pujar para el momento del parto como medidas de prevención de DSP, pero consideran que en la práctica no se aplica puesto que depende del profesional, de sus conocimientos y de factores que influyen en el parto como por ejemplo la analgesia.

MAE2. «Para mí, claro, el problema es ese y más con la analgesia epidural. Es decir, una mujer que tiene epidural es que es impensable que le puedas decir que tiene que empujar de una manera espontánea...».

Información

Las puérperas narraron la importancia de la calidad y la cantidad de la información que reciben principalmente en la preparación al parto, ya que no tienen conocimientos suficientes sobre lo que es el SP, sus funciones, sus alteraciones y sus síntomas, cómo realizar los ejercicios de SP y en qué momento hacerlos. Las puérperas reconocen como principal función del SP controlar la orina y como DSP la pérdida de la misma. Expresaron la necesidad de más información, sobre todo práctica, acerca de los ejercicios de fortalecimiento del SP, ya que dudan si los realizan de forma adecuada y recalcan la necesidad de practicarlos más. Reiteran que se imparten pocos contenidos sobre el SP y que son mayoritariamente teóricos.

A pesar de reconocer como fuentes de información las matronas, los obstetras y su entorno familiar, también expresan la necesidad de acudir a otras fuentes, como Internet. También recalcan que todo lo que se enseña no siempre es útil por poco aplicable y que, en ocasiones, reciben información poco homogénea. Muchas multiparas no creen necesario acudir a las clases de preparación al parto porque la percepción que tienen es que se enseña lo mismo aunque haya pasado mucho tiempo.

PEP10: «Me he buscado la vida a través de youtube, google y demás para encontrar profesionales que explicaban cómo había que hacerlo de forma correcta...».

Estas opiniones fueron refrendadas por las matronas, ya que la mayoría comenta que no hay tiempo para realizar la práctica de los ejercicios y que no se supervisa si el aprendizaje de las mujeres es adecuado. La percepción de las matronas es que la información que se da sobre el SP no se refleja en el aprendizaje de las mujeres. Esto lo atribuyen principalmente a la falta de tiempo, a la organización de las sesiones, así como a la formación y la predisposición de los profesionales para informar sobre el SP. Además las matronas destacan la necesidad de incluir más medidas de prevención de DSP como la protección del periné, ejercicios de Kegel, el masaje perineal, la postura materna en el parto, el pujo espontáneo que puedan aplicarse en la práctica, así como de informar y actuar con criterios de calidad basados

Tabla 4 Definición de los códigos

Familias	Códigos	Descripción del código
Embarazo parto y puerperio	Síntomas	Cambios físicos y psicológicos derivados del embarazo, parto y puerperio
	Repercusiones	Factores o circunstancias personales, familiares, laborales, sociales o del propio embarazo y/o parto que determinan o condicionan una actuación, decisión, etc.
	Preparación al parto	Todo aquello que se considera actividad, recomendación e información acerca de cómo se preparan para el parto o nacimiento por cesárea y para el postparto incluido el programa de educación maternal
	Factores de parto	Circunstancias, elementos que influyen en el proceso de parto: desarrollo del embarazo y curso del parto, parto instrumental posturas, tipo de pujo, tiempo en las fases del parto, analgesia, presentación y tamaño del feto, analgesia, medicación, lesiones perineales, estado psicológico, impresiones y sensaciones de la embarazada en cada una de las fases del parto (dilatación, expulsivo y alumbramiento)
Información	Fuentes	Objeto o sujeto origen de la información acerca del proceso del embarazo, parto y puerperio y disfunciones del suelo pélvico
	Transmisión	Forma de dar a entender la información dependiendo del público a quién se dirige, la información que se transmite, el tiempo, momento en que se transmite y el método que se utiliza
	Relación teoría/práctica	Relación de las acciones con los conocimientos teóricos basados en la congruencia, coherencia y homogeneidad entre ellos en cuanto a contenido y cantidad (volumen)
	Calidad	Referencia a que la información tenga un contenido adecuado, que esté actualizada, basada en la evidencia científica, que sea accesible y útil
Suelo pélvico	Conocimiento suelo pélvico	Referencia a la información adquirida en relación con el suelo pélvico
	Factores de disfunciones	Circunstancias, causas intrínsecas y extrínsecas que favorecen alteraciones del suelo pélvico
	Recuperación	Conjunto de medidas cuyo objetivo es devolver la integridad funcional y el estado muscular al suelo pélvico
Atención profesional	Atención de Fisioterapia	Conjunto de servicios que ofrece la fisioterapia como parte de la atención integral en la mujer embarazada
	Profesionales	Profesionales que han intervenido o que podrían intervenir en la atención integral de la mujer embarazada
	Derivación	Acto de remitir al a un profesional sanitario para ofrecerle una atención complementaria en relación a la prevención y tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico
	Competencias	Conocimientos, actitudes, aptitudes, perspectivas y habilidades adquiridos a través del nivel de formación en un área determinada y la experiencia profesional que permite al individuo resolver problemas específicos de forma independiente en relación al embarazo, parto, puerperio y disfunciones del suelo pélvico
Intervención sanitaria	Trato	Manera de actuar, de comportarse o de proceder de los profesionales en relación a las mujeres gestantes o puérperas
	Medidas de prevención	Cualquier actuación destinada a disminuir el riesgo de una disfunción del suelo pélvico durante el embarazo, parto y puerperio
	Medidas de tratamiento	Cualquier actuación destinada a disminuir las consecuencias de una alteración derivada del embarazo, parto o puerperio
	Seguimiento	Referencia al control en la evolución y desarrollo del embarazo, parto y puerperio y de cualquier alteración derivada de los mismos por parte de los profesionales sanitarios o de la propia mujer

Tabla 5 Distribución de categorías, códigos y frecuencia

Categorías	Códigos	N.º de veces que se cita	N.º total de citas
Embarazo, parto y puerperio	Síntomas	92	242 (40,7%)
	Preparación al parto	59	
	Factores de parto	53	
	Repercusiones	38	
	Calidad	47	
Información	Transmisión	31	124 (20,8%)
	Fuentes	29	
	Relación teoría-práctica	17	
Suelo pélvico	Conocimiento	35	82 (13,8%)
	Factores de disfunciones	31	
	Recuperación	16	
	Profesionales	29	
Atención profesional	Competencias	21	81 (13,6%)
	Trato	15	
	Atención de Fisioterapia	9	
	Derivación a otros profesionales	7	
	Medidas de prevención	35	
Intervención sanitaria	Seguimiento	19	65 (10,9%)
	Medidas de tratamiento	11	

en la evidencia científica. También resaltaron la necesidad de una mayor coordinación entre Atención Primaria y especializada, hecho que también se puso de manifiesto por el desconocimiento de los obstetras sobre lo que se hace en los programas de preparación a la maternidad de Atención Primaria.

MAE1: «Ejercicios de Kegel que muy de rabiosa actualidad no están. . . que no sé si hay evidencia científica para ellos en la que se pueda apoyar pero creo que es lo único que se hace».

Los obstetras expresan que en los programas de preparación a la maternidad en cuanto a la prevención de DSP sería necesario explicar a las mujeres la sintomatología de DSP para que pudieran demandar tratamiento cuanto antes, aunque indican que en realidad no saben lo que realmente se explica, y que en la consulta médica de obstetricia no se aborda el embarazo y el parto como factores de riesgo de DSP.

G2: «Creo que no se informa lo suficiente sobre las DSP en el control y seguimiento del embarazo. Creo que se debería hacer en Atención Primaria apoyado por especializada».

Suelo pélvico

Las púérperas manifestaron que se da por hecho que saben qué es el SP y las pocas que lo definen lo hacen de forma imprecisa. Desconocen todas sus funciones, así como la influencia del SP en las pérdidas de orina.

PEG6: «...La zona que sujeta toda la musculatura vaginal».

Alguna púérpera mencionó vagamente las pérdidas de heces y de gases, y no consideran el prolapso como DSP. Tampoco lo relacionan con el embarazo y el parto, ya que expresan la creencia de que les pasa a las mujeres mayores.

PEG8: «... No sé si llegó a tener prolapso, lo típico que se habla entre las mujeres de cierta edad que se han operado de prolapso».

Sí consideran el embarazo y el parto como factores que influyen en las DSP, relacionándolos con las pérdidas de orina, aunque desconocen el porqué.

PEP3: «Porque ya solo embarazada tienes pérdidas. . .».

Las expresiones de los obstetras sobre los factores de riesgo se centran principalmente en el tipo de parto según sea instrumental o no, el tiempo del expulsivo, la forma de pujar, el traumatismo perineal que se genera en el proceso del parto y la edad materna.

Sin embargo, las matronas dan más importancia al embarazo como factor de riesgo.

G1: «Un gran impacto dependiendo del tipo de parto. Sobre todo si es un parto con un expulsivo prolongado o es un parto instrumental. Afecta a la musculatura del periné y músculos pélvicos».

MAE1: «... Yo es que creo que el embarazo sí que influye y mucho en las DSP, y no tanto el parto, que también eh. . . pero no creo que tenga tanta importancia. . .».

La percepción de las púérperas y profesionales sobre la recuperación del SP se circunscribe a los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del SP, y de forma exclusiva a los ejercicios de Kegel.

PEP9: «Eso, Kegel, los ejercicios para. . . bueno, para eso, recuperar suelo pélvico y no. . . bueno, no tener tantas pérdidas de orina».

Atención profesional

Ante una DSP las púérperas acudirían mayoritariamente a su médico de Atención Primaria, algunas a la matrona y otras al ginecólogo. Los ejercicios del SP que conocen han sido impartidos por matronas. No mencionan al fisioterapeuta.

La mayoría de los profesionales expresan la necesidad de trabajar con protocolos ante las DSP y formar equipos multidisciplinarios que incluyan médicos obstetras, enfermeras, matronas y fisioterapeutas.

MAE4: «... Sería importante que se crearan unidades con más profesionales... , pues toco-gine, matronas, fisios...».

Los profesionales expresan que en el puerperio el fisioterapeuta es clave en la prevención y la recuperación del SP y las posibles DSP.

MAE 3: «Otro tratamiento se deriven, se deberían derivar a una consulta de SP en los que estén fisioterapeutas que son las personas de referencia...».

Intervención sanitaria

Las púérperas destacaron los ejercicios de Kegel, el pilates y el masaje perineal como medidas para prevenir las DSP. Insisten en la importancia de conocer y hacer los ejercicios correctamente, así como más sesiones prácticas supervisadas por los profesionales. Como medidas de tratamiento citan los absorbentes para las pérdidas de orina.

PEG8: «Yo me ponía una compresa, la solución que hacía era eso».

Los profesionales refieren como medidas de prevención de DSP la realización de ejercicios para el SP, Kegel principalmente, y otros, como el masaje perineal durante el embarazo, el tipo de pujo, evitar los expulsivos prolongados, y el uso restringido de episiotomías. En cuanto a las medidas de tratamiento durante el posparto relacionadas con el cuidado del periné, recomiendan ejercicios de SP aunque no especifican cuáles pero citan en ocasiones los ejercicios de Kegel y la advertencia sobre los factores de riesgo de DSP.

G4. «Se le recomienda las medidas oportunas: disminución de peso, disminución de estreñimiento, ejercicios de Kegel...».

Discusión

La mayoría de las mujeres consideran la IU y la IA como consecuencia de un proceso natural y que provoca sentimientos de vergüenza o pudor que impiden consultar a un profesional, y solo el 14% de las mujeres buscan ayuda profesional^{20,21}.

Aproximadamente, un 30% de las mujeres no sabe contraer se SP²², por lo que enseñar los ejercicios individualmente facilitando feedback sobre su correcta realización es importante. Se debe destacar que la falta de conocimiento por la escasa información recibida sobre SP y sus disfunciones se relaciona con la falta de adherencia al tratamiento puesta de manifiesto por otros autores²³, por lo que la experiencia y la colaboración de los profesionales implicados influyen de manera importante en el abordaje de los factores de riesgo modificables de DSP y su tratamiento.

De hecho, el entrenamiento de la musculatura del SP guiado por un fisioterapeuta es más efectivo que hacer los ejercicios en el domicilio sin guía²².

Destaca que, en relación con la atención profesional, las púérperas no mencionen al fisioterapeuta, quizá porque desconocen cuál es su papel en la prevención y recuperación de las DSP.

Asimismo, el hecho de que la información sobre el SP no se refleje en el aprendizaje de las mujeres puede deberse a la constatación de que la enseñanza de ejercicios de SP no es eficaz aplicando tratamientos estándar, ya que estos no garantizan la correcta realización de los ejercicios. Se sugiere que no se utilice información exclusivamente escrita y/o verbal, que se debe garantizar que todas las mujeres realicen ejercicios de SP antes y después del parto, y que todas efectúen al menos 2 sesiones de ejercicios individuales en las que se pueda verificar que los ejercicios se realizan correctamente, así como diseñar programas de ejercicios supervisados que puedan ser fácilmente incorporados a la rutina diaria²⁴.

La importancia de la postura durante el parto y el tipo de pujo seleccionado se han descrito como factores importantes para evitar lesiones del SP en distintos estudios. Con respecto a las posturas facilitadoras, la literatura respalda que la posición de decúbito lateral, o cualquier variante de la vertical comparada con la posición de litotomía o supino, está asociada a menor duración del expulsivo, menor instrumentalización, menor uso de episiotomía y menor dolor en el expulsivo²⁵.

El tipo de parto, el tiempo del expulsivo, la forma de pujar, el traumatismo perineal y la edad materna son factores de riesgo, ampliamente descritos en la literatura; parecen no gozar de demasiado consenso en relación con el tipo parto menos lesivo y, por lo tanto, más preventivo de DSP. Aunque el número de publicaciones sobre este tema no cesa de crecer, el papel que desempeña cada tipo de parto, así como el embarazo, como factores de riesgo de DSP todavía no se entiende plenamente²⁶.

La mayoría de las púérperas y los profesionales sanitarios consideran la recuperación del SP basada en los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del SP y de forma exclusiva en los ejercicios de Kegel. Estos resultados coinciden con el estudio de Guerrero et al., en el que además se constató que un porcentaje de matronas y un número aún mayor de obstetras no fueron capaces de describir los ejercicios de Kegel, principalmente porque no se sentían lo suficientemente entrenados para hacerlo²⁷.

Como medidas de tratamiento citan los absorbentes para las pérdidas de orina, hecho que se relaciona probablemente con la creencia de que no tiene tratamiento.

En cuanto a la atención profesional, las púérperas no mencionan al fisioterapeuta quizá porque desconocen cuál es su papel en la prevención y la recuperación de las DSP¹². Este aspecto contrasta con otros estudios en los que tanto las mujeres como los obstetras resaltan la necesidad de un fisioterapeuta que enseñe los ejercicios de SP, considerándolo el más capacitado para hacerlo²⁷.

De este estudio se desprende el conocimiento deficiente de las púérperas sobre el impacto del parto vaginal sobre el SP y su relación como factor de riesgo con las DSP. Sí que consideran el embarazo un factor de riesgo de DSP, aunque desconocen por qué. Demandan mayor información, de más calidad, de mayor utilidad, más práctica y supervisada sobre el SP, sus funciones, sus problemas y los factores que pueden desencadenarlos, su prevención y recuperación.

Los profesionales consideran el parto y el embarazo factores de riesgo de DSP. A pesar de considerar fundamental

informar al respecto, reconocen hacerlo de forma insuficiente.

Tanto las púerperas como los profesionales consideran los ejercicios de SP fundamentales en la prevención y la recuperación de la funcionalidad del mismo, aunque ambos consideran que no se realizan correctamente.

Los profesionales consideran al fisioterapeuta un referente en el fortalecimiento y en la recuperación de la funcionalidad del SP durante el puerperio. Deberían desarrollarse protocolos clínicos de seguimiento y control del embarazo y del puerperio que incluyesen más información sobre el SP y sobre los factores de riesgo, incluidos el embarazo y el parto, que pueden influir en su correcto funcionamiento, las diferentes DSP, así como ejercicios de SP de forma individualizada y supervisada. Estos protocolos debería llevarlos a cabo un equipo multidisciplinar que incluyera al fisioterapeuta.

Limitaciones y fortalezas del estudio

La metodología siguió las recomendaciones sobre investigación cualitativa de calidad, garantizado la validez de los resultados. El hecho de que 3 investigadores independientes analizaran y codificaran las transcripciones, y en el caso de hallarse diferencias en los códigos, deliberaran hasta alcanzar el consenso, asegura la fiabilidad interna de los datos. Además, todas las entrevistas y los grupos fueron realizados por la IP, siguiendo un guion previamente elaborado y consensuado por un grupo interdisciplinar. La triangulación de los participantes también ha permitido recabar la percepción de distintos actores que participan en el proceso.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Jerónimo Hinojosa y Nieves Rojo su colaboración en la elaboración de las preguntas guía. Agradecemos especialmente a las mujeres púerperas, a los obstetras y a las matronas que participaron en los grupos focales y en las entrevistas.

Bibliografía

- Naser M, Manríquez V, Gómez M. Efectos del embarazo y el parto sobre el piso pélvico. *Medwave*. 2012;12:e5336. <http://dx.doi.org/10.5867/2012.03.5336>.
- Lien KC, Mooney B, deLancey JO, Ashton-Miller JA. Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. *Obstet Gynecol*. 2004;103:31–40.
- Viñas P, Hernández R, Aznar C. Incontinencia urinaria en gestación: prevalencia y factores asociados. *Metas Enferm*. 2010;13:66–72.
- Baracho SM, Barbosa da Silva L, Baracho E, Lopes da Silva A, Sampaio RF, Mello de Figueiredo E. Pelvic floor muscle strength predicts stress urinary incontinence in primiparae women after vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. 2012;23:899–906.
- Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12:178–86.
- Rizk DE. Minimizing the risk of childbirth-induced pelvic floor dysfunctions in the developing world: Preventive urogynecology. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20:615–7.
- Aukee P, Tihtonen K. Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders. *Doudecim*. 2010;126:2381–6.
- Quigley EM. Impact of pregnancy and parturition on the anal sphincters and pelvic floor. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2007;21:879–91.
- Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194:339–45.
- Hatchett L, Hebert-Beirne J, Tenfelde S, Lavender MD, Brubaker L. Knowledge and perceptions of pelvic floor disorders among african and latina women. *Female pelvic Med Reconstr Surg*. 2011;17:190–4.
- Morrill M, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Contreras R, Lubner KM. Seeking healthcare for pelvic floor disorders: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:861–6.
- Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp*. 2006;30:110–22.
- Boletín Oficial del Estado. Estatuto del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social. Orden del 26 de abril de 1973.
- Hagglund D, Ahlstrom G. The meaning of women's experience living with long-term urinary incontinence is powerless. *J Clin Nurs*. 2007;16:1946–54.
- Delgado A, López-Fernández LA, Luna J, Saletti L, Gil N, Puga A. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gac Sanit*. 2010;24:66–71.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones. 2010. [consultado 26 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Centro de Publicaciones. 2011. [consultado 20 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.
- Gibbs G. El análisis de los datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Morata S.L; 2012.
- Aldo Vera C, Marcelo Villalón C. La triangulación entre los métodos cuantitativos y cualitativos. *C&T*. 2005;16:85–7.
- Hagglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci*. 2007;21:305–312.
- Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract*. 2001;18:48–52.

22. Bo K, Morkved S. Motor learning. En: Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M, editores. Evidence based physical therapy for pelvic floor: Bridging science and clinical practice. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2007. p. 113-119.
23. Dunbar A, Ernst A, Matthews C, Ramakrishnan V. Understanding vaginal childbirth: What do women know about the consequences of vaginal childbirth on pelvic floor health? *Journal of Women's Health Physical Therapy*. 2011;35:51-6.
24. Fine P, Burgio K, Borello-France D, Richter H, Whitehead W, Weber A, et al. Teaching and practicing of pelvic floor muscle exercises in primiparous women during pregnancy and the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:107e1-5.
25. Gupta JK, Hofmeyr G.J., Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anesthesia. *Cochrane Database Sys Rev*. 2012;5:CD002006.
26. Chaliha C, Cardoso FL, Vanderlinde C. Pelvic floor muscle strength and body self-perception among Brazilian pregnant women. *Physiotherapy*. 2010;96:337-43.
27. Guerrero K, Owen L, Hirst G, Emery S. Antenatal pelvic floor exercises: A survey of both patients and health professionals beliefs and practice. *J Obstet Gynecol*. 2007;27:684-7.