



Universidad de Alcalá

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Trabajo de Fin de Grado
Grado en Fisioterapia

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

M^a Nelsy Encabo Solanas
Alcalá de Henares, Madrid

2013-14

Tutora: Dra. María Torres Lacomba. Profesora Titular de Universidad. Unidad Docente de Fisioterapia. Grupo de Investigación “Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer”. Universidad de Alcalá.



Universidad de Alcalá

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Trabajo de Fin de Grado
Grado en Fisioterapia

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

M^a Nelsy Encabo Solanas
Alcalá de Henares, Madrid

2013-14

Tutora: Dra. María Torres Lacomba. Profesora Titular de Universidad. Unidad Docente de Fisioterapia. Grupo de Investigación “Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer”. Universidad de Alcalá.

Firma alumna

V^oB^o de la tutora

Agradecimientos

Quisiera agradecer a todas las personas que han hecho posible que hoy pueda hacer realidad mi sueño de ser Fisioterapeuta.

En especial a mi tutora, María Torres Lacomba, por su gran profesionalidad y trabajo; por su empeño, dedicación y disponibilidad; por su apoyo y motivación a lo largo de todo el proceso de elaboración del presente trabajo.

A mi grupo de expertos en la investigación, en especial a Fernando Vergara y Beatriz Sánchez por sus aportaciones y por todo el tiempo y trabajo que han dedicado al estudio.

Agradecer a la Universidad de Alcalá y a todos los profesores que han contribuido en mi formación y a todos mis compañeros por la ayuda que me han prestado y por todo lo que hemos vivido.

A mi familia, a mis amigos y a mi querido Antonio por ser las personas que más me han apoyado durante estos años y que gracias a ellos esta etapa universitaria en mi vida llega a su fin.

A todos ellos mi más sincero y especial agradecimiento.

Resumen

Antecedentes: El embarazo y parto constituyen factores etiopatogénicos de las disfunciones del suelo pélvico. Éstas hacen referencia a la incontinencia urinaria, la incontinencia anal, el prolapso de órganos pélvicos, las alteraciones en el vaciado del aparato urinario, la disfunción defecatoria, las disfunciones sexuales, y los síndromes de dolor crónico

La fisioterapia pelviperineal se encarga de 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 el tratamiento de las disfunciones de suelo pélvico.

Los servicios de Salud en la mejora de su asistencia incluyen como criterios de calidad la opinión y percepción de los usuarios y de los profesionales.

Objetivo: El objetivo del estudio es conocer la percepción de las puérperas y profesionales sanitarios sobre el embarazo y parto como factores etiopatogénicos de las disfunciones del suelo pélvico.

Material y método: Estudio cualitativo mediante grupos focales, entrevistas semiestructuradas y análisis de documentos de diecinueve puérperas ingresadas en la unidad de hospitalización de Obstetricia del “Hospital Príncipe de Asturias” y nueve profesionales sanitarios relacionados con el control y seguimiento del embarazo, parto y puerperio del mismo hospital y de un centro de salud del distrito asistencial de Alcalá de Henares del Servicio Madrileño de Salud.

Se formaron 3 grupos focales de puérperas; un grupo focal de matronas; 11 entrevistas en profundidad individuales a puérperas y 2 a matronas; y se recogieron 4 cuestionarios de obstetras. La transcripción literal de las conversaciones registradas en audio fueron analizadas codificándose la información, obteniéndose diversas categorías e interpretándose de forma inductiva.

Resultados: Se identificaron 5 categorías: el embarazo, parto y puerperio; la información; el suelo pélvico; la atención profesional y la intervención sanitaria. Las puérperas refieren que precisan más información, de calidad, de utilidad, práctica y

supervisada sobre el suelo pélvico, sus funciones, sus problemas y los factores que pueden desencadenarlos, su prevención y su recuperación. Los profesionales refrendan la opinión de las puérperas añadiendo la necesidad de protocolos, de un equipo multidisciplinar que incluya al fisioterapeuta y de una mayor coordinación entre la atención primaria y la especializada.

Conclusiones: Las puérperas desconocen los factores que desencadenan las disfunciones de suelo pélvico. Son necesarios equipos multidisciplinarios en atención primaria y especializada que incluyan al fisioterapeuta y que actúen según protocolos clínicos durante el seguimiento y control del embarazo, parto y puerperio.

Palabras clave: Percepción, embarazo, parto, disfunciones del suelo pélvico, puérperas y personal sanitario.

Abstract

Background: Pregnancy and childbirth are pathogenetic factors of pelvic floor dysfunction. These refer to urinary incontinence, anal incontinence, and pelvic organ prolapse, alterations in the emptying of the urinary tract, defecatory dysfunction, sexual dysfunction, and chronic pain syndromes. The physiotherapy pelvic perineal handles the prevention and treatment of functional disorders of the abdominal, pelvic, and lumbar regions; and is generally regarded as first choice in the treatment of pelvic floor dysfunction. Health services in improving their attendance include quality criteria such opinion and perception of users and professionals.

Objective: The aim of the study was to determine the perception of postpartum women and health professionals about pregnancy and childbirth as pathogenetic factors of pelvic floor dysfunction.

Material and methods: Qualitative study using focus groups, interviews and document analysis of postpartum women admitted to the inpatient unit of Obstetrics "Príncipe de Asturias Hospital" nine health professionals related to the control and monitoring of pregnancy, childbirth and postpartum the same hospital and of a health care district of Alcalá de Henares of Madrid Health Service. 3 focus groups were formed postpartum; a focus group of matrons; 11 individual interviews and 2 midwives postpartum depth; obstetricians and 4 questionnaires were collected. The verbatim transcript of audio recorded conversations were analyzed information being encoded, obtaining and interpreting various categories inductively.

Results: Five categories were identified: pregnancy, childbirth and postpartum; information; pelvic floor; professional care and health intervention. Postpartum women report that they need more quality and utility information, and supervised practice on the pelvic floor, its functions, its problems, and the factors causing pelvic floor dysfunction, prevention and recovery. Professionals endorse the views of puerperal women adding protocols and the need for a multidisciplinary team including a physiotherapist.

Conclusions: Postpartum women are uninformed about factors causing pelvic floor dysfunctions. Multidisciplinary teams are needed in primary and specialty care including physical therapist and act as clinical protocols for the monitoring and control of pregnancy, childbirth and postpartum.

Key words: Perception, pregnancy, childbirth, pelvic floor dysfunction, postpartum women and health personnel.

Índice de contenidos

Resumen	i
Abstract	iii
Índice de abreviaturas y acrónimos	vii
Índice de Tablas	viii
1. Introducción	1
1.1 Suelo Pélvico.....	2
1.2 Disfunciones del Suelo Pélvico.....	3
1.2.1 Incontinencia urinaria.....	3
1.2.2 Incontinencia anal.....	4
1.2.3 Prolapso de órganos pélvicos.....	5
1.2.4 Disfunciones sexuales.....	7
1.2.5 Síndrome de dolor crónico.....	8
1.2.6 Alteraciones en el vaciado del aparato urinario.....	8
1.3 Embarazo.....	8
1.3.1 Cambios físicos del embarazo.....	8
1.3.2 Cambios psicológicos del embarazo.....	12
1.3.3 Atención y seguimiento de la mujer embarazada.....	13
1.4 Parto.....	13
1.4.1 Curso clínico de parto “normal” o eutócico.....	14
1.4.2 Parto instrumental.....	15
1.4.3 Cesárea.....	16
1.4.4 Analgesia del parto.....	16
1.4.5 Episiotomía.....	17
1.5 El embarazo, el parto y las disfunciones del suelo pélvico.....	18
1.5.1 Efectos del embarazo sobre el suelo pélvico.....	18
1.5.2 Efectos del parto sobre el suelo pélvico.....	19
1.6 Puerperio.....	21
1.7 Percepción y creencias en la atención sanitaria.....	21
1.8 Papel de los fisioterapeutas en la atención a la mujer embarazada y en el puerperio.....	22
2. Justificación y objetivos	24
2.1 Justificación del estudio.....	24

2.2 Objetivo del estudio.....	24
3. Metodología y resultados.....	26
Artículo científico: “Percepción de las puérperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo, el parto y las disfunciones del suelo pélvico. Estudio cualitativo”	27
4. Discusión.....	58
5. Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	62
5.1 Limitaciones.....	62
5.2 Futuras líneas de investigación.....	62
6. Conclusiones.....	63
7. Bibliografía.....	65
8. Anexos.....	71
Anexo 1: Cronograma del embarazo normal.....	71
Anexo 2: Cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria.....	72
Anexo 3: Resguardo de envío de artículo a revista Atención Primaria.....	74
Anexo 4: Dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica.....	75

Índice de abreviaturas y acrónimos

- DSP: Disfunciones del suelo pélvico
- IU: Incontinencia urinaria
- POP: Prolapso de órganos pélvicos
- SP: Suelo pélvico
- ICS: *Internacional Continente Society*
- IUGA: *Internacional Urogynecological Association*
- IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo
- IUU: Incontinencia urinaria de urgencia
- IUM: Incontinencia urinaria mixta
- ACOG: *American Collage of Obstetricians and Gynecologists*
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- AE: Analgesia epidural.
- HUPA: Hospital Universitario Príncipe de Asturias
- PFD: *Pelvic floor dysfunction*
- PF: *Pelvic floor.*
- CS: Centro de salud
- SERMAS: Servicio Madrileño de Salud
- IP: Investigadora principal

Índice de tablas

Tabla 1: Clasificación de los prolapsos de órganos pélvicos.....	5
Tabla 2: Grados de prolapso de órganos pélvicos.....	6
Tabla 3: Indicaciones de parto instrumental.....	15

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad los Servicios de Salud conocen la importancia de la participación y opinión de los usuarios en la mejora de la asistencia sanitaria. La atención que se presta debe incluir entre sus criterios de calidad la opinión y experiencia de los profesionales y la percepción de los usuarios (1).

En relación con el proceso asistencial del embarazo y el parto, supone una oportunidad, el hacer una reflexión común tanto de las mujeres y de los profesionales sanitarios sobre la atención que se ofrece y con ello permitir mejoras y mayor calidez a la calidad del servicio.

El cambio en las percepciones, las valoraciones y expectativas de las mujeres principalmente en torno a lo que es el embarazo y el parto supone una guía sobre las modificaciones en las prácticas sanitarias (1).

El presente estudio tiene como objetivo analizar la percepción, opinión y experiencia de las puérperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo y el parto como factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico (DSP).

Para ello se tendrá en cuenta tanto el saber profesional y científico con el saber de las mujeres que demandan cuidados para su salud, las divergencias en cuanto a aspectos de la atención del embarazo y parto, las creencias, los mitos y las transmisiones intergeneracionales relacionadas con la salud, su significado y su forma de abordarla, las expectativas de las madres una vez que ha transcurrido la gestación, la relación con sus parejas y su entorno familiar y la necesidad de satisfacer sus demandas en cuanto a su salud física y mental (1).

La DSP es un término que describe una amplia variedad de condiciones clínicas que incluyen: la incontinencia urinaria (IU), la incontinencia anal (IA), el prolapso de órganos pélvicos (POP), las alteraciones en el vaciado del aparato urinario, la disfunción defecatoria, las disfunciones sexuales y los síndromes de dolor crónico (2).

La etiología de estas disfunciones se debe al defecto del soporte

anatómico o el daño en la inervación de los músculos, tejidos conectivos que conforman el suelo pélvico y de los órganos que contiene (útero, vagina, vejiga e intestinos).

Entre los factores de riesgo de las DSP, el embarazo y el parto constituyen en sí mismos factores etiopatogénicos principalmente de la IU de esfuerzo, de la IU de urgencia seguida de las disfunciones anorrectales y de los problemas de estabilidad pélvica. En torno al 40% de las mujeres y hasta el 85% en primíparas presenta IU durante el embarazo y el 20% en el postparto (3).

A continuación se realiza una descripción del suelo pélvico (SP), sus disfunciones y el embarazo y parto como factores de riesgo de dichas alteraciones.

1.1 Suelo Pélvico

La cavidad abdominal y pélvica está delimitada por el diafragma en su parte superior, en su parte anterior por los músculos anteriores del abdomen y la pelvis ósea, posteriormente por los músculos abdominales posteriores y la columna vertebral y en su parte inferior por el SP (4).

El SP, periné o diafragma pélvico es el conjunto de músculos y fascias que cierran la cavidad abdominopélvica en su parte más inferior. Está delimitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacrociáticos mayor y menor (2). Tiene forma romboidal y la línea transversa que une las tuberosidades isquiáticas divide al periné en un triángulo anterior urogenital o periné anterior donde se encuentra el diafragma urogenital, formado por tres planos músculo-aponeuróticos y un triángulo posterior o ano-rectal o periné posterior (5).

El *periné anterior* está formado por tres planos: plano profundo o diafragma pélvico, el plano medio o diafragma urogenital y el plano superficial.

El *plano profundo* está constituido por el músculo elevador del ano y el músculo coccígeo cuya función es servir de sujeción a las vísceras pélvicas y abdominales.

El *plano medio* se encuentra atravesado por la uretra y la vagina. Está formado por los músculos perineales profundos, el músculo esfínter de la uretra y los vasos y nervios pudendos.

El *plano superficial* formado por el músculo esfínter anal externo, los músculos isquicavernosos, los músculos perineales transversos superficiales y los músculos bulbocavernosos.

El *periné posterior* contiene el conducto anal y sus esfínteres, el cuerpo anococcígeo y las fosas isquiorrectales, los vasos y nervios hemorroidales inferiores y los vasos y nervios pudendos internos.

El sistema autónomo es el encargado de la inervación de los órganos pélvicos y el nervio pudendo inerva los músculos y tejidos del periné (5).

La principal misión del SP es el sostén de los órganos pélvicos (vejiga urinaria, uretra, útero, vagina, recto y ano), la estabilidad lumbopélvica y facilitar las funciones de micción, el coito, el parto y la defecación, al mismo tiempo que asegura la continencia urinaria y fecal en reposo y durante las actividades de la vida diaria (6).

1.2 Disfunciones del Suelo Pélvico

Según el *Internacional Continente Society* (ICS) y la *Internacional Urogynecological Association* (IUGA) las DSP incluyen: IU, IA, POP, disfunciones sexuales, síndrome de dolor crónico, alteraciones en el vaciado del aparato urinario y la disfunción defecatoria (2,5).

Los principales factores etiológicos de las DSP más frecuentemente citados son el embarazo, el parto vaginal, la multiparidad, la edad, la menopausia, la raza, la cirugía pélvica previa, las enfermedades hereditarias con alteraciones del colágeno, el estreñimiento, la bronquitis crónica, la obesidad, los ejercicios de alto impacto (6).

1.2.1 Incontinencia urinaria

La ICS define en el año 2002 la IU como la queja de pérdida involuntaria de orina. Se definen 3 tipos principales de IU: de esfuerzo, de urgencia y mixta (2,6).

La **Incontinencia urinaria de esfuerzo** (IUE) es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra durante un esfuerzo o ejercicio, como la tos o el estornudo. Entre los factores de riesgo de esta disfunción destaca la deficiencia del sistema uretral intrínseco (deficiencia esfinteriana intrínseca) relacionada con una

disminución de la capacidad de cierre de la uretra ante mínimos esfuerzos o en reposo (2,5).

El parto suele ser el origen de la alteración del sistema de soporte uretral por lesión de los músculos del periné o por la lesión de los nervios del suelo pélvico (2,7). Otros factores de riesgo son la edad, las alteraciones en el tejido colágeno, la deficiencia estrogénica también pueden contribuir en la falta de soporte de la uretra y los defectos en el sistema de estabilización lumbopélvica también pueden favorecer este tipo de incontinencia (2, 8).

Otros factores modificables que pueden afectar al sistema de continencia son los déficits en el control motor, los déficits en el sistema musculofascial y los factores conductuales.

Debido a la falta de control motor sobre los músculos, la actividad del SP puede alterarse. Un gran número de mujeres no son capaces de contraer correctamente el SP (9) provocando un descenso de los órganos pélvicos en lugar de una elevación de los mismos a la contracción de la musculatura. Es imprescindible disponer de fuerza, tono y ausencia de adherencias y fibrosis para prevenir posibles alteraciones en la continencia urinaria (5).

La **Incontinencia urinaria de urgencia** (IUU) se define como la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida por urgencia (2). La etiología de este tipo de incontinencia puede ser neurógena (hiperactividad del detrusor neurógena) y otras que incluyen la obstrucción del tracto urinario inferior, la falta de sostén de la base vesical, la menopausia y el hipoestrogenismo; y causas de origen psicossomático (2).

La **Incontinencia urinaria mixta** (IUM), definida por la ICS como la pérdida involuntaria de orina asociada con la urgencia miccional y con el esfuerzo (2).

1.2.2 Incontinencia anal

La incontinencia anal (IA) hace referencia a la queja de pérdida de heces o gases. La ICS la define como la evacuación involuntaria de materias rectales líquidas, sólidas o gaseosas (2).

Las causas pueden ser orgánicas como consecuencia de alteraciones anatómicas o neurológicas y funcionales ocasionando un problema higiénico y social. Entre ellos

destacan la lesión o debilidad mecánica de los esfínteres, una neuropatía (central o periférica) y trastornos intestinales (2,5).

Durante el parto puede producirse una lesión por desgarro de los tejidos perineales que puede alcanzar al esfínter anal.

La lesión obstétrica del esfínter anal constituye la causa más común de la alteración del sistema anorrectal provocando un desequilibrio en la capacidad de continencia. Los factores de riesgo de esta complicación son la primiparidad, el tiempo de expulsivo superior a 1 hora, la instrumentación en el parto, la episiotomía y el peso fetal de más de 4000gr (2).

1.2.3 Prolapso de Órganos Pélvicos

El POP se define como el descenso parcial o total de uno o varios órganos pélvicos a través del conducto vaginal, por debajo de su hábitat normal, producido por un fallo de sujeción y soporte de los órganos pélvicos (5).

Clasificación de POP

Dependiendo del espacio de la pelvis en la que ocurre el prolapso, éstos se clasifican de la siguiente manera (5), ver tabla 1.

Tabla1: Clasificación de los prolapsos de órganos pélvicos

Prolapso del compartimiento anterior o pared vaginal anterior	<ul style="list-style-type: none"> - Cistocele: desciende la vejiga - Uretrocele/eritrocele, descenso de la uretra - Cistouretrocele, descenso de ambos
Prolapso del compartimiento medio o pared vaginal apical	<ul style="list-style-type: none"> - Histerocele: prolapso uterino - Prolapso de la cúpula vaginal - Enterocele: prolapso de las asas intestinales a través del fondo de saco de Douglas
Prolapso del compartimiento posterior o pared vaginal posterior	<ul style="list-style-type: none"> - Rectocele: descenso del recto a través de la pared posterior de la vagina

Grados de POP

La clasificación en grados de prolapso según el *American Collage of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2) pueden observarse en la tabla 2.

Tabla 2. Grados de Prolapso de Órganos Pélvicos

Grado 0	Sin descenso. Ausencia de prolapso
Grado 1	Descenso del punto de referencia de la lesión anatómica, entre la posición normal y la espina isquiática. La porción más distal del prolapso si sitúa a 1cm por encima del himen.
Grado 2	El punto de referencia está entre la espina isquiática y el himen. La porción más distal del prolapso si sitúa a 1 cm o menos en dirección proximal o distal al himen.
Grado 3	El descenso llega hasta el himen. La porción más distal del prolapso se sitúa a 1cm por debajo del himen, pero no prolapsa toda la vagina.
Grado 4	El descenso va más allá del himen en la que se produce una eversión casi completa de la vagina.

Factores de riesgo de POP

Los factores de riesgo que más se asocian con los POP (2,6) son el parto vaginal, loa partos con expulsivos prolongados, la episiotomía, los factores congénitos que afectan a las vías nerviosas espinales, los defectos del tejido conectivo y otras causas como son la obesidad, el tabaquismo, neuropatías crónicas y alteraciones en el eje del esqueleto axial por el aumento cónico de la presión intraabdominal.

Se estima que un 50% de las mujeres que han tenido al menos un parto vaginal, en la exploración pélvica vaginal puede detectarse un descenso de la pared anterior, posterior o un descenso del útero (6).

1.2.4 Disfunciones sexuales

Los síntomas de disfunción sexual hacen referencia a la desviación en la sensación y /o función normal experimentada por la mujer durante la relación sexual como son: dispareunia, vaginismo, vulvodinia, anorgasmia y disfunciones relacionadas con la hipertonía de la musculatura del periné (2).

Dispareunia

Se define como dolor genital, persistente o recurrente, asociado a las relaciones sexuales con penetración. Puede ser profunda o superficial (2,11).

La dispareunia profunda es un dolor pélvico localizado en el fondo de la vagina que aparece en las relaciones con penetración profunda y que está asociado entre otros a adherencias postquirúrgicas y postparto, atrapamiento del nervio pudendo y alteraciones ginecológicas profundas.

La dispareunia superficial es un dolor superficial vulvar o vulvovaginal que se asocia desde el inicio de la penetración y está provocada por cicatrices y adherencias postparto o postquirúrgicas entre otras causas.

Vaginismo

Se define como la reacción genital psicofisiológica de la mujer caracterizada por una contracción intensa de la musculatura perineal que cierra firmemente el orificio vaginal a pesar de la existencia de deseo sexual (2).

Vulvodinia o síndrome doloroso vulvar

Según la ICS el término vulvodinia debe ser sustituido por síndrome doloroso vulvar que hace referencia a la molestia vulvar, tipo quemazón, sin lesión y sin disfunción neurológica clínicamente identificable (12). Su etiología es desconocida teniendo en cuenta que es frecuente su aparición tras una lesión obstétrica o quirúrgica, infección por hongos, cistitis o por un episodio traumático de la vida (2).

Anorgasmia

Puede ser debida a una hipotonía de la musculatura del SP como causa primaria o por falta de libido asociada a la menopausia, falta de lubricación y por

hipotonía de la musculatura superficial del SP. Se asocia con frecuencia a la IUE en mujeres después del parto y en la menopausia (2)

Disfunciones sexuales e hipertonía de la musculatura del suelo pélvico

La dispareunia, vulvodinia y el vaginismo cursan con dolor e hipertonía de la musculatura del SP debido a la contracción refleja que provoca el dolor. Este aumento de tono tiende a cronificarse y constituye una causa primaria del dolor (2).

1.2.5 Síndrome de dolor crónico

Se define como un dolor superior a 6 meses, localizado entre el diafragma torácico y las rodillas siendo la variedad de sus síntomas muy elevada. Incluye dolores cíclicos, recurrentes, vulvodinia, dismenorrea y dispareunia (2).

1.2.6 Alteraciones en el vaciado del aparato urinario

Incluyen sensación de vaciado incompleta, necesidad inmediata de querer volver a vaciar la vejiga, fugas post miccionales, disuria, retención de orina (2).

1.3 Embarazo

El embarazo o gestación es el proceso fisiológico que produce en la mujer una serie de cambios tanto físicos como psicológicos a medida que se va desarrollando. La finalidad de los cambios tanto anatómicos como funcionales es adaptar al organismo de la madre al crecimiento fetal y prepararla para el momento del parto y la lactancia (5,13).

1.3.1 Cambios físicos del embarazo

Los cambios físicos del embarazo son debidos a factores hormonales, al crecimiento del feto dentro del útero y a la adaptación del cuerpo de la mujer a los mismos (5).

El útero como principal órgano de la gestación y del parto se transforma en un órgano muscular que alberga al feto, la placenta y el líquido amniótico. Durante el parto se convierte en un órgano contráctil que facilita la expulsión del feto. Va a pasar de un peso aproximado de 60gr a pesar unos 1000gr y con una capacidad que varía de 10 ml o a más de 5l (13).

Durante el embarazo se producen transformaciones en el istmo uterino (región situada entre el cuerpo y el cuello del útero). A lo largo de la gestación se va distendiendo de forma progresiva sobre todo en los tres últimos meses contribuyendo a la capacidad receptora del útero. Este segmento se caracteriza por poseer una musculatura más débil que la del cuerpo uterino predominando fibras musculares oblicuas que se continúan con el cérvix (5).

El cuello uterino, cuya función es contener la gestación, está formado principalmente por tejido conectivo, existiendo sólo una pequeña cantidad de músculo liso. Durante el embarazo se produce un aumento de este tejido conectivo rico en colágeno, junto con una hipertrofia e hiperplasia de las glándulas cervicales. Éstas, debido a la acción de los estrógenos, segregan un moco espeso que va a sellar el canal cervical formando un tapón que va a evitar la entrada de bacterias u otras sustancias al útero (5,13).

Durante la gestación, la longitud del cuello suele permanecer invariable, de unos 2 a 4cm. Solamente durante el trabajo de parto es cuando tiene lugar los fenómenos de acortamiento y borramiento del cuello (5).

En los ovarios cesa de la ovulación y maduración folicular. La musculatura de las Trompas de Falopio experimenta una ligera hipertrofia a la vez que el epitelio de la mucosa se aplana. Durante la gestación hay un incremento del riego sanguíneo de los ovarios y de las trompas (5).

En la vagina y periné hay una mayor irrigación debido a los efectos de los estrógenos (13). Las paredes vaginales se relajan, el tejido conectivo se hipertrofia y se produce un aumento de la mucosa. Todo ello conduce a un aumento de su longitud facilitando su distensión durante el momento del parto (5).

La vulva experimenta un incremento de su vascularización e hiperemia en la piel y en los músculos del periné. Incluso pueden aparecer edemas y varices a los largo de la gestación (5).

Se produce una hipertrofia e hiperplasia de las glándulas mamarias por los estrógenos y la progesterona para prepararse para la lactancia materna (5,13).

Los cambios que se producen en el sistema cardiovascular afectan principalmente al corazón que aumenta de tamaño y se desplaza hacia arriba y hacia la izquierda debido a la elevación del diafragma consecuencia del crecimiento del útero. El volumen sanguíneo aumenta de un 30 a 40% en el transcurso de la gestación y puede haber un incremento de la frecuencia cardíaca de unos quince latidos por minuto. La tensión arterial suele estar disminuida en la primera mitad del embarazo (13).

El síndrome de hipotensión supina se produce por la disminución del volumen sanguíneo por la presión que ejerce el útero sobre la vena cava inferior en la posición de decúbito supino (13).

El aumento de presión sobre la vena femoral es debido a la presión ejercida por el útero, se origina el edema y tendencia a la formación de venas varicosas en las piernas, la vulva y el recto (hemorroides) sobre todo en el tercer trimestre del embarazo (13).

Los cambios hematológicos que se originan durante el embarazo son debidos al incremento del volumen de glóbulos rojos en un 30% y el volumen plasmático en un 50% con el fin de cubrir el transporte de oxígeno y de nutrientes al feto (13).

Los mareos son debidos a la mayor labilidad vasomotora o a la hipotensión postural (5).

En relación al sistema respiratorio, las necesidades de oxigenación durante el embarazo aumentan en un 20% para conseguir una buena oxigenación materna y fetal (13). La disnea es una adaptación fisiológica del aparato respiratorio de la embarazada. Puede aparecer el inicio de la gestación por la hiperventilación causada por la progesterona o al tercer trimestre debido a la presión que ejerce el útero sobre el diafragma (5).

En el sistema gastrointestinal, las náuseas son la alteración más frecuente durante el embarazo, afecta al 50-90% de las mujeres y los vómitos se dan entre el 25-35%. Estarían ocasionados por los niveles de gonadotropina coriónica y cambios en el metabolismo de los carbohidratos (5).

A medida que el útero va creciendo, los intestinos se van desplazando y el estómago se mueve hacia arriba por lo que puede aparecer pirosis debido a las secreciones gástricas hacia el esófago (13). Hay un enlentecimiento del vaciado del estómago y de la movilidad de los intestinos que puede ocasionar sensación de distensión abdominal y estreñimiento. Ésta última situación es consecuencia de las

alteraciones hormonales, de la disminución del tono de los músculos de la pared abdominal y de la presión de la cabeza fetal sobre el recto, que dificulta el desplazamiento de la materia fecal. Cerca de un tercio de las mujeres embarazadas refieren padecer estreñimiento. Además el estreñimiento se ve favorecido por la ingesta de preparados de hierro y calcio prescritos durante la gestación que hacen que aumente el estreñimiento (5).

Las hemorroides son frecuentes si hay estreñimiento y pueden aparecer al final de la gestación por la presión que ejerce el útero sobre los vasos sanguíneos. Hasta el 25% de las mujeres embarazadas presenta este problema por primera vez o sufre períodos de exacerbación de hemorroides previas (5,13).

En el sistema urinario, la vejiga urinaria en el inicio de la gestación está comprimida por el útero y al final de la gestación por la presentación fetal, lo que ocasiona que la vejiga tenga menor capacidad y haga que la mujer realice micciones más frecuentes (polaquiuria). La frecuencia y la urgencia miccional es un síntoma que suele aparecer con relativa frecuencia en la mujer embarazada (13).

La progesterona gestacional hace que los uréteres se dilaten favoreciendo el éstasis de la orina y puede aumentar el riesgo de infecciones urinarias. Hay un aumento de la diuresis y nicturia, debido a que en el descanso se produce una descompresión de la vena cava inferior (13).

En el sistema endocrino, la gonadotropina coriónica humana estimula la producción de estrógeno y progesterona hasta que dicha función sea asumida por la placenta (5). La función de los estrógenos es favorecer el crecimiento de las células uterinas y la preparación de los conductos mamarios para la lactancia (13).

La progesterona estimula y mantiene el endometrio, inhibe las contracciones uterinas y así evitar abortos espontáneos y actúa en la preparación de los lóbulos mamarios para la lactancia (13).

Además de los estrógenos y la progesterona, el cuerpo lúteo secreta la relaxina que es una hormona proteica que parece ser está implicada en el proceso de maduración del cuello uterino antes del comienzo de parto. También gracias a esta hormona los ligamentos no están tan tensos permitiendo que la pelvis se haga mayor y así facilitar el paso del feto en el momento del parto (5).

El lactógeno placentario disminuye el metabolismo materno de la glucosa y aumenta la disponibilidad de proteínas para cubrir las necesidades metabólicas maternas y fetales. También participa en la secreción láctea (13).

La glándula tiroides aumenta de tamaño y su actividad se incrementa en un 25% el metabolismo basal al final de la gestación (13).

La hipófisis anterior secreta la prolactina que provoca el inicio de la lactancia y la hipófisis posterior la oxitocina que induce la contracción de la musculatura uterina y la secreción láctea de la glándula mamaria (13).

En las glándulas suprarrenales hay un aumento de la secreción de aldosterona que favorece la reabsorción de agua y sodio a nivel de los túmulos renales. Hay un aumento de la excreción del sodio debido al incremento de progesterona (13).

El páncreas incrementa las necesidades de insulina por lo que algunas mujeres pueden desarrollar una diabetes durante la gestación (13).

En el sistema músculo esquelético, el crecimiento uterino va a dar lugar a un desplazamiento del centro de gravedad de la gestante incrementando la curvatura dorso lumbar provocando posibles lumbalgias y ciatalgias. La contracción de los músculos paravertebrales y relajación de las articulaciones pélvicas, causadas por el estímulo hormonal, puede dar lugar a dolor lumbar y pélvico (5,13).

La musculatura abdominal está sometida a gran compresión por el aumento del útero y los músculos rectos, lo que puede originar una diástasis de rectos (13).

Pueden observarse cambios en la pigmentación de la piel. Las estrías gravídicas suelen aparecer en la región abdominal y mamaria, en los muslos y en las nalgas. Aparecen en el tercer trimestre y afectan en torno al 90% de las embarazadas (5).

1.3.2 Cambios psicológicos del embarazo

El embarazo supone una serie de cambios físicos que afectan a su imagen corporal, a sus relaciones sociales y en su rol familiar por lo que se pueden observar una serie de respuestas psicológicas y emocionales como son la hipersomnia, la ambivalencia, la aceptación, la introversión y los cambios de ánimo (13).

Al inicio de la gestación necesita dormir mucho más de lo habitual y las horas que dedica a ello no son suficientes y está con sueño todo el día (hipersomnia).

La gestante suele tener sentimientos de ambivalencia en relación a si es el momento adecuado, si la gestación es real y a cómo será la evolución de la misma.

Puede surgir por los cambios a nivel de las relaciones personales, por los miedos relacionados con el embarazo, el parto y por la responsabilidad de ser madre.

La aceptación está muy relacionada con el deseo o planificación del embarazo. En una gestación deseada, generalmente, la mujer tolera bien los cambios físicos, los vive con pocas molestias y se siente feliz.

Durante el embarazo es frecuente que la mujer esté un poco desconectada de los demás y más centrada en sí misma (introversión) por lo que puede dificultar la comunicación sobre todo con su pareja.

La mujer durante el embarazo puede experimentar cambios de ánimo pasando de estados de alegría a estados de profunda tristeza. Puede estar más sensible a situaciones de su entorno y llorar sin saber muy bien cuál es la causa.

1.3.3 Atención y seguimiento a la mujer embarazada

En la actualidad, en el distrito Este de Salud de la Comunidad de Madrid y en concreto en la zona de Alcalá de Henares se establece un cronograma en cuanto al control y seguimiento del embarazo normal en la que participan principalmente facultativos especialistas en el área de la Obstetricia y matronas de atención primaria y especializada (14) (Anexo 1).

Desde la atención primaria de salud y en relación con la atención a la mujer embarazada, la cartera de servicios que ofrece la Comunidad de Madrid (15) incluye en el servicio 301 la atención a la mujer embarazada, el servicio 302 en el que se incluyen a las mujeres a la preparación al parto y maternidad antes de la semana 30 de la gestación y el servicio 303 que corresponde a la visita puerperal (Anexo 2).

1.4 Parto

Es el proceso que se inicia con las contracciones uterinas que conducen a la expulsión del feto. Estas contracciones más la prensa abdominal constituyen el motor del parto creando una fuerza que desplaza al feto por el canal del parto (segmento inferior, el cuello uterino, la vagina y la vulva) (5).

Los períodos del parto son la dilatación, el expulsivo y el alumbramiento.

El inicio de la dilatación se corresponde con la existencia de contracciones regulares y finaliza cuando la dilatación del cuello uterino llega a ser completa, unos 10cm (13). Se divide en dos fases: fase latente desde el inicio del parto hasta los 3-4cm de dilatación a partir de los cuales comienza la fase activa (5).

El período expulsivo se inicia con la dilatación completa del cuello y finaliza con la salida del feto (5). Y la fase de alumbramiento tras la fase de expulsivo y que finaliza con la salida de la placenta y las membranas ovulares (13).

1.4.1 Curso clínico del parto “normal” o eutócico

Las contracciones uterinas que ocurrían de forma esporádica (denominadas de Braxton-Hicks) se vuelven más frecuentes e intensas y sirven para ir preparando el cuello para el desencadenamiento del parto y se expulsa el llamado “tapón mucoso”, que no es más que flujo vaginal espeso (2).

El parto comienza cuando se instaura una actividad uterina regular con 2-3 contracciones cada 10 minutos con una intensidad moderada-fuerte y la dilatación del cuello uterino es de 2-3 cm (2).

El inicio de la fase activa de parto se considera cuando hay una contracción dolorosa cada 5 minutos, se detecta una dilatación de 3 cm y un cuello borrado al 50%. Esta fase suele durar unas 14h de media en nulíparas y de 7h en multíparas. La bolsa de agua se suele romper en la fase activa del parto, ya sea de forma espontánea o artificial (2).

En el período de expulsivo se debe proteger el periné con una mano para evitar desgarros. Al final de la fase de expulsivo y con la salida del recién nacido se expulsan la placenta y las membranas que si transcurren más de 30 minutos se procede a su extracción manual (2).

En algunas circunstancias hay que provocar o inducir el parto si no se ha desencadenado de forma natural (5).

Las indicaciones maternas de la inducción del parto son la preeclampsia, la enfermedad cardiovascular grave, la sospecha de desproporción pelvifetal límite, la muerte fetal y las malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina (2).

Las indicaciones fetales de la inducción son el crecimiento intrauterino retardado, la gestación cronológicamente prolongada, la rotura prematura de

membranas con sospecha de infección, la eritroblastosis, el sufrimiento fetal crónico y ciertas malformaciones que requieren tratamiento extrauterino (2).

La inducción del parto se realiza mediante rotura de membranas y con perfusión de oxitocina cuando el cuello uterino es favorable, siendo precedido en algunas ocasiones por la colocación de un tampón con prostaglandinas para conseguir modificarlo y llevar a cabo el proceso de inducción con oxitócicos (2,5).

1.4.2 Parto Instrumental

En general el parto instrumental con fórceps, espátulas o ventosa está indicado si existe amenaza materna y fetal (5). Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), las indicaciones de parto instrumental se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Indicaciones de parto instrumental

Expulsivo prolongado	<ul style="list-style-type: none"> - Con anestesia regional: Nulíparas > 3h. Multíparas >2h - Sin anestesia regional: Nulíparas > 2h. Multíparas >1h
Fetales	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de pérdida de bienestar fetal - Distocias de progresión
Maternas	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades médicas cardíacas, pulmonares, cerebrovasculares, neuromusculares, infección intraparto, miopía magna y desprendimiento retiniano. - Abreviación efectiva del expulsivo por agotamiento, falta de cooperación, analgesia excesiva, cesárea anterior

El **fórceps** es un instrumento articulado con forma de pinza o tenaza que aplica en la cabeza del feto y se procede a su extracción mediante movimientos de tracción y rotación sobre el mismo. Su indicación más frecuente es la abreviación del expulsivo. Entre las complicaciones maternas por el uso del fórceps a corto plazo cabe destacar el dolor durante el parto y posparto, lesiones del canal del parto, la retención urinaria, las hemorragias por desgarros o atonía y a largo plazo

incontinencia urinaria o fecal, prolapso genital, formación de fístulas, estenosis y dispareunia (2,5).

Las **espátulas** de Thierry son dos ramas o palancas independientes no articuladas que sirven para traccionar la cabeza fetal por pulsión. Pueden provocar más desgarros que el parto espontáneo y probablemente más que el parto con ventosa (2,5).

La **ventosa obstétrica** o *vacuum* es una copa o campana metálica o de silicona que se adapta a la cabeza fetal y mediante un mecanismo de presión negativa extrae al feto. Tiene menor morbilidad que el uso del fórceps (5).

1.4.3 Cesárea

La cesárea es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto de la placenta por vía abdominal después de haber practicado una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una incisión en la pared uterina (histerotomía) (5).

Las cesáreas pueden ser electivas ya que se deciden antes del parto; urgentes si están en peligro la vida de la madre y/o del feto; intraparto si se deciden en el transcurso del parto sin que exista una urgencia vital (2).

Las complicaciones maternas tras la cirugía pueden ser anemia, infecciones de orina, infecciones de la herida quirúrgica y endometritis, problemas vasculares como trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, dehiscencias de la herida, eventraciones y fístulas uterovesicales. Y como complicaciones a largo plazo se pueden producir síndromes adherenciales y dehiscencias de la cicatriz uterina (2,5).

1.4.4 Analgesia del parto

La sensación dolorosa consecuencia de las contracciones uterinas que favorecen la dilatación cervical y la distensión del segmento, es más o menos tolerada por la gestante teniendo en cuenta el componente subjetivo del dolor y la influencia cultural de cada mujer (2).

El plexo hipogástrico y el paracervical transmiten los estímulos dolorosos y corresponden a niveles medulares D10-L1. En el caso de sutura de episiotomía o

desgarro de la musculatura del periné el nervio pudendo es el encargado de transportar el estímulo doloroso (2).

Las principales técnicas y procedimientos para el alivio del dolor son la analgesia epidural y la analgesia perineal (2,5).

La analgesia epidural (AE) es una técnica de analgesia regional. Es considerada en la actualidad el procedimiento de elección para aliviar el dolor siendo el método más efectivo y seguro. Consiste en la administración en el espacio epidural de un anestésico local a nivel de L1-L4 que dependiendo de su concentración puede provocar un bloqueo sensitivo, simpático o motor consiguiendo un adecuado control del dolor (2).

Las complicaciones más habituales son hipotensión, bloqueo inadecuado por una mala colocación del catéter, cefaleas postpunción por punción accidental de la duramadre, hematoma o absceso epidural.

A pesar de ser la técnica de elección hay que tener en cuenta que aumenta la mala posición de la cabeza del feto, enlentece el trabajo de parto y disminuye el esfuerzo expulsivo por lo que puede aumentar la frecuencia de partos instrumentales (16).

La analgesia perineal como técnica local es utilizada en partos en los que no se haya utilizado otro tipo de analgesia y que precisen efectuar una episiotomía o suturar un desgarro (5).

1.4.5 Episiotomía

Es la ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando del parto con el objetivo de ensanchar el tercio inferior de la vagina, anillo vulvar y periné para acortar el expulsivo, evitar desgarros de III y IV grado realizándose culmen de la contracción cuando la presentación está coronando (2,5). No es una práctica rutinaria. Actualmente su papel es controvertido en cuanto a la prevención de la relajación pélvica puesto que a largo plazo podría estar relacionado con la IU y POP y según la SEGO las indicaciones de su realización son periné poco elástico o corto y atrofia en la musculatura, la prematuridad, la macrosomía, distocia de hombros, presentación de nalgas, necesidad de extracción rápida fetal y parto instrumental (5).

La incisión que se realiza puede ser lateral (actualmente en desuso), media en la que existe mayor riesgo de desgarro III y IV y medio lateral con menor riesgo de desgarro siendo de elección en los partos instrumentales principalmente (5).

1.5 El embarazo, el parto y las disfunciones del suelo pélvico

El embarazo y el parto constituyen factores etiopatogénicos de las DSP. Se pueden enumerar los siguientes factores de riesgo de las DSP relacionadas con el embarazo y el parto (2) como son la IU durante el embarazo, la primiparidad y multiparidad, el aumento excesivo de peso durante el embarazo, los pujos en maniobras de Valsalva, el parto instrumental, la episiotomía medial, los desgarros, el peso del recién nacido superior a 3700gr y con un perímetro craneal de 35,5cm.

Durante el embarazo la prevalencia de la incontinencia urinaria se sitúa en torno al 40% de las mujeres durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (2). Estudios epidemiológicos que analizan los factores de riesgo de la IU y la IA en la mujer señalan el embarazo y parto como los factores principales (6).

El parto es el factor más determinante en la funcionalidad del SP e induce lesión en las estructuras del SP por traumatismo directo debido a desgarro, a la distensión muscular y a la distensión fascial y por lesión de los nervios pelvianos (2,5).

El parto vaginal se considera en sí mismo un factor de riesgo en POP (17).

1.5.1 Efectos del embarazo sobre el suelo pélvico

Durante el embarazo se producen modificaciones fisiológicas que afectan a todos los sistemas corporales. Los cambios que se producen principalmente en la musculatura del SP durante el embarazo dependen de las hormonas, del peso materno, del estreñimiento, del modo de vida y del tipo de deporte que se realice (2).

A nivel hormonal los estrógenos son los que intervienen en el reblandecimiento del tejido conjuntivo y, por tanto, en los músculos y ligamentos y la progesterona provoca el descenso de la excitabilidad de los músculos estriados e hipotonía de los músculos lisos. La progesterona presenta un efecto relajante sobre la vejiga y uretra disminuyendo la presión uretral al disminuir el tono de la musculatura lisa.

El aumento durante el embarazo de los niveles de relaxina incrementa la laxitud del tejido conectivo disminuyendo su calidad tensora.

El aumento excesivo de peso materno durante la gestación se asocia con la IU en el embarazo y en el postparto (18). El crecimiento uterino provoca un aumento de la presión intrapélvica y del peso de las vísceras en bipedestación y facilita la anteversión pélvica. Como consecuencia se produce una debilidad del SP (16).

El estreñimiento es un factor que puede afectar al tono muscular del SP. Contribuye a aumentar los esfuerzos realizados para defecar, sobre todo en Valsalva aumentando la distensión del SP y de los ligamentos viscerales (19).

El modo de vida y la práctica de deportes que deriven en un aumento de presión abdominal son factores que pueden influir en la musculatura del SP.

1.5.2 Efectos del parto sobre el suelo pélvico

La mayoría de las lesiones que se producen en el SP son lesiones musculares, conjuntivas, nerviosas y suelen acontecer durante el primer parto vaginal, por lo que se considera el más lesivo para el SP y más del 80% de las mujeres sufren algún traumatismo perineal (20).

Entre los factores que pueden favorecer las lesiones perineales principalmente se atribuyen al peso del bebé, la duración del expulsivo, la instrumentalización en el parto, las episiotomías, determinadas posturas maternas durante el parto y el tipo de pujo (2, 16).

Las lesiones musculares se pueden producir por desgarros, por episiotomía, estiramiento muscular y compresión de las fibras musculares. Los desgarros musculares del periné son frecuentes durante el parto y se clasifican según el grado de afectación (2); el 1^{er} grado que afecta a la piel del periné y la mucosa vaginal; el 2^o grado afecta a la musculatura pelviana excepto al esfínter anal; el 3^{er} grado que afecta al esfínter anal y el 4^o grado con afectación de la mucosa rectal.

En cuanto a la realización de las episiotomías y en función del tipo y su extensión la rotura de las fibras musculares será de mayor o menor grado (5).

El estiramiento muscular que se produce durante el parto y la posterior recuperación de la longitud normal de sus fibras dependerá del estado inicial del SP anterior al parto (2).

En las lesiones conjuntivas, las modificaciones que se producen en el sistema de suspensión y cohesión visceral (ligamentos y fascias pélvicas) son debidas a la

combinación de los cambios hormonales, factores hereditarios y el traumatismo del parto, dando origen a incontinencias y prolapsos (2).

Los músculos intervienen en la capacidad de recuperación del tejido conjuntivo por lo que su fortalecimiento es fundamental para evitar mayor distensión o rotura ante un aumento de la presión intrabdominal (2).

En las lesiones nerviosas, la estructura que más se afecta por el traumatismo obstétrico es el plexo sacro, principalmente el nervio pudendo encargado de la información motriz y sensitiva. La macrosomía fetal, los tiempos de expulsión prolongados, episiotomías, el uso de fórceps y de pujos en Valsalva pueden desencadenar lesiones nerviosas en partos sucesivos (2,16).

La posición de la gestante durante el trabajo de parto constituye uno de los factores que pueden favorecer las lesiones perineales. Según un estudio sobre las posiciones maternas y sus ventajas (21); la posición en decúbito supino es más cómoda para el profesional; la posición de pie produce menor tasa de episiotomías; en decúbito lateral disminuye las laceraciones del periné; en sedestación se producen menos partos instrumentales; en cuadrupedia se produce menor trauma perineal y en cuclillas disminuyen las laceraciones perineales si hay un buen apoyo del SP y se producen menos partos instrumentales.

Existen discrepancias sobre las distintas posturas ya que no existe una postura universal que beneficie a todas las mujeres (2). De lo que si se está de acuerdo es que todas las mujeres deberían moverse principalmente en los inicios del parto para facilitar la progresión del feto, aumentar la comodidad de la gestante y mejorar la tolerancia al dolor disminuyendo así la necesidad de analgesia y anestesia (21).

El tipo de pujo dependerá de si ha precisado analgesia epidural ya que solicitar a la mujer que empuje es más complicado si hay un bloqueo motor y sensitivo excesivo (2). En lo que hay cierta unanimidad es que el pujo dirigido es más perjudicial que el pujo fisiológico reduciendo los riesgos de parto instrumental (2, 22).

El tiempo del expulsivo es un factor a tener en cuenta ya que estudios han demostrado que cuanto más tiempo se alarga el expulsivo mayor es el riesgo de lesión de SP (2).

La ausencia de sensaciones en los partos con analgesia epidural retrasa el pujo y hace que el feto vaya descendiendo en ausencia de empujes maternos. En

partos, en los que no se ha precisado analgesia, la gestante suele presentar deseos irresistibles de empujar favoreciendo así el pujo fisiológico (2,22).

1.6 Puerperio

El puerperio es el período de tiempo que transcurre desde el final del parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan su estado previo a la gestación y aparece la primera menstruación (7).

Su duración es de seis a ocho semanas y se divide en tres etapas: el puerperio inmediato que corresponde a las primeras 24h después del parto, el clínico o precoz que transcurre desde el puerperio clínico hasta el séptimo día y el puerperio tardío que va desde el octavo día hasta la aparición de la primera menstruación (5,13).

En cuanto a la revisión puerperal (anexo 2: servicio 303), debería realizarse dentro de los 15 primeros días tras el parto o cesárea. Tiene un objetivo preventivo, informativo y de apoyo en relación con los cuidados de la madre, signos y síntomas de urgencia y cuidados del recién nacido (14).

1.7 Percepción y creencias en la atención sanitaria

El concepto de salud y enfermedad ha ido variando a lo largo de los años. Los factores determinantes de la salud, según el informe Lalonde, incluyen el comportamiento y los estilos de vida, la biología humana, el entorno y el sistema de asistencia sanitaria (23).

El comportamiento y los estilos de vida suponen el 50% en la ponderación del nivel de salud haciendo referencia a las costumbres, a la cultura, los valores y creencias, la capacidad de decisión, la presión social, factores referidos a la adopción de conductas y comportamientos, entre otros (23). El 10% del nivel de salud de una población corresponde a los factores del Sistema de Atención Sanitaria donde se incluyen los servicios o prestaciones sanitarias y los profesionales y la biología humana y el entorno constituyen el 40% restante (23).

Hoy en día, existe un acuerdo sobre la necesidad de un enfoque centrado en el paciente en la prestación de los servicios sanitarios obteniendo la información de lo que les importa a los usuarios en la mejora de la calidad de las prestaciones (24).

La atención, el control y el seguimiento de los profesionales sanitarios en el embarazo y parto y según la normativa y estrategia del parto normal llevada a cabo por el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud en el 2007 (1) y la actual estrategia de Salud Reproductiva del presente 2014 (25) incluye la participación de las usuarias en la toma de decisiones y en el abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.

Actualmente, la atención sanitaria que se presta debe incluir en sus criterios de calidad la opinión y experiencia de los profesionales y la percepción de los usuarios (26).

La percepción y las creencias de las púerperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo y parto como factores de riesgo de las DSP son aspectos a tener en cuenta en la promoción de la salud, y en la prevención y recuperación de las DSP. Se entiende por percepción a la capacidad de recibir imágenes, impresiones o sensaciones por medio de todos los sentidos y las creencias se consideran como una predisposición a la acción por lo que pueden tener un efecto positivo o negativo sobre los resultados de salud (27,28). Por ello es importante tener en cuenta percepciones y creencias de los usuarios de los servicios de salud.

La investigación de las creencias de los profesionales también puede mejorar la comprensión de la relación entre la evidencia de la investigación y la práctica y con ello aportar iniciativas en medicina basada en la evidencia (28).

1.8 Papel de los fisioterapeutas en la atención a la mujer embarazada y en el puerperio

La fisioterapia pelviperineal se centra en la prevención y tratamiento de los trastornos funcionales de las regiones abdominal, pélvica y lumbar.

Intervenciones como el diagnóstico fisioterápico, la educación e información a los pacientes, el entrenamiento y fortalecimiento de la musculatura del SP, el

entrenamiento de la vejiga, la estimulación eléctrica, la biorretroalimentación entre otros, son recursos del fisioterapeuta pelviperineal (2,29).

En España, desde 1973 el estatuto jurídico de la Seguridad Social reconoce como competencia de los fisioterapeutas la realización de ejercicios maternos pre y postparto (30,31). Desde 1998 existe un plan específico de atención a la mujer que se ha ido modificando con las estrategias y normativas del parto normal del 2007 (1) y de Salud Reproductiva del 2014 (25) donde el fisioterapeuta no se incluye en los programas de preparación al parto ni postparto.

En la actualidad la cartera de servicios que se ofrece en la atención a la mujer embarazada en la Comunidad de Madrid no incluye seguimiento y control por parte de fisioterapeutas en la prevención de las DSP de origen obstétrico durante la gestación.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1 Justificación del estudio

El embarazo y el parto constituyen factores de riesgo de DSP. Por ello y de acuerdo con las últimas evidencias científicas para la prevención de alteraciones de SP, el tratamiento debe comenzar durante el período prenatal y así mejorar el control de la musculatura implicada en el parto puesto que la realización de ejercicios de SP puede constituir una medida preventiva de la IU en las mujeres embarazadas.

En la literatura consultada la mayoría de los estudios, aunque escasos, relacionados con la prevención de las DSP hacen referencia a la IU, siendo ésta la más frecuente. En su mayoría son estudios cuantitativos en los que no se tiene en cuenta ni las opiniones de las usuarias con respecto a las DSP y ni de las de los profesionales sanitarios.

Los servicios de Salud reconocen la importancia de la participación y de la opinión de los usuarios en la mejora de la asistencia sanitaria. La atención, el control y el seguimiento del embarazo y el parto conforme a la normativa y estrategia del parto normal así como la actual estrategia de Salud Reproductiva 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 profesionales basadas en el mejor conocimiento posible.

2.2 Objetivos del estudio

El principal objetivo de este trabajo es conocer la percepción de las puérperas ingresadas en la unidad de Obstetricia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares sobre el embarazo y parto como factores de riesgo de las DSP y de los principales profesionales sanitarios que intervienen en su seguimiento y control: obstetras y matronas.

Además como objetivo secundario se plantea conocer las necesidades de los programas de preparación a la maternidad relacionadas con la prevención de las disfunciones del suelo pélvico.

3. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Para conseguir el objetivo expuesto del presente trabajo se ha realizado un estudio cualitativo. De acuerdo con la normativa del Trabajo Fin de Grado de la Universidad de Alcalá y con las normas del Trabajo Fin de Grado en la titulación de Fisioterapia este apartado se compone por un artículo científico que incluye material, métodos y resultados del estudio. El contenido de este apartado es:

- “Percepción de las puérperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo, el parto y las disfunciones del suelo pélvico. Estudio cualitativo. *Perception of puerperal women and health professionals on pregnancy, childbirth, and pelvic floor disorders. A qualitative study*”.

Remitido a la revista Atención Primaria (14/09/2014 Anexo 3)

Artículo científico

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

Perception of puerperal women and health professionals on pregnancy, childbirth, and pelvic floor disorders. A qualitative study.

Título abreviado: Percepción de las puérperas y los profesionales sanitarios sobre el suelo pélvico.

Autores: M^a Nelsy Encabo-Solanas^{a*}, María Torres-Lacomba^b, Fernando Vergara-Pérez^b, Beatriz Sánchez-Sánchez^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).

Correspondencia: * M^a Nelsy Encabo Solanas.

E-mail: xxxxxxxx. Teléfono: xxxxxxxx.

Dirección: c/xxxxxxx.

Resumen

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

Diseño: Estudio cualitativo con grupos focales, entrevistas en profundidad y análisis de documentos.

Emplazamiento: Un centro de salud y el Hospital “Príncipe de Asturias” (HUPA) del distrito asistencial de Alcalá de Henares (Madrid) entre octubre de 2013 y agosto de 2014.

Participantes: Diecinueve puérperas ingresadas en el HUPA, y 9 profesionales sanitarios relacionados con el seguimiento del embarazo, parto y puerperio.

Métodos: Siguiendo un muestreo teórico hasta la saturación de la información 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 refieren que precisan más información, de calidad, de utilidad, práctica y supervisada sobre el SP, sus funciones, sus problemas y los factores que pueden desencadenarlos, su prevención y su recuperación. Los profesionales refrendan la opinión de las puérperas añadiendo la necesidad de protocolos y de un equipo multidisciplinar que incluya al fisioterapeuta.

Conclusiones. Las puérperas desconocen los factores que desencadenan DSP. Son necesarios equipos multidisciplinarios en atención primaria y

especializada que incluyan al fisioterapeuta y que actúen según protocolos clínicos durante el seguimiento y control del embarazo, parto y puerperio.

Palabras clave

Percepción; Embarazo, Parto, Disfunciones del suelo pélvico, Púerperas; Personal sanitario.

Abstract

Objective: To know the perception of postpartum women and health professionals about pregnancy and childbirth as pathogenetic factors of pelvic floor dysfunction (PFD).

Design: Qualitative study with focus groups, interviews and document analysis.

Location: A health center and the "Principe de Asturias" Hospital (HUPA) from the care district of Alcalá de Henares (Madrid) between October 2013 and August 2014.

Participants: Nineteen puerperal women from HUPA, and 9 health professionals related to the monitoring of pregnancy, childbirth and postpartum were included in the study

Method: Following a theoretical sampling until saturation of information 4 focus groups were developed, 13 semi-structured interviews were conducted and 4 questionnaires were collected. Through an iterative process of analysis identified emerging categories. The rigor of the research was ensured by different processes of triangulation.

Results: Five categories were identified: pregnancy, childbirth and postpartum; information; pelvic floor (PF); professional care and health intervention. Postpartum women report that they need more quality and utility information, and supervised practice on the PF, its functions, its problems, and the factors causing PFD, prevention and recovery. Professionals endorse the views of puerperal women adding protocols and the need for a multidisciplinary team including a physiotherapist.

Conclusions: Postpartum women are uniformed about factors causing PFD. Multidisciplinary teams are needed in primary and specialty care including

physical therapist and act as clinical protocols for the monitoring and control of pregnancy, childbirth and postpartum.

Keywords

Perception, pregnancy, childbirth, pelvic floor dysfunction, postpartum women, and health personnel.

Introducción

Durante el embarazo se producen modificaciones fisiológicas que afectan a la musculatura del suelo pélvico (SP) y que dependen principalmente de las hormonas, del peso materno, del estreñimiento, así como del modo de vida y del tipo de deporte practicado.¹ La mayoría de las lesiones que se producen en el SP derivadas del parto son lesiones musculares, conjuntivas y nerviosas. 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 sufren algún tipo de lesión perineal durante el parto.^{1,2}

El término DSP describe una amplia variedad de condiciones clínicas que incluyen: la incontinencia urinaria (IU), la incontinencia anal, el prolapso de órganos pélvicos, las alteraciones en el vaciado del aparato urinario, la disfunción defecatoria, las disfunciones sexuales, y los síndromes de dolor crónico.³ Entre los factores de riesgo de las DSP, el embarazo y sobre todo el parto vaginal⁴ 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. Durante el embarazo aproximadamente un 40% de las mujeres presenta IU, en el postparto una de cada tres mujeres presenta IU, y una de cada diez incontinencia anal.⁵ Estos problemas se agravan con el tiempo mermando la calidad de vida de las mujeres.^{6,7} A pesar de esto, muy pocas mujeres piden ayuda para sus problemas de DSP, probablemente por vergüenza o por desconocimiento sobre las opciones de tratamiento, y de cómo prevenir las DSP.^{7,8}

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 el tratamiento de 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 bajo.⁹

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 post-parto, su actuación es minoritaria.^{10,11}

Se han encontrado pocos estudios sobre el conocimiento de las mujeres durante la gestación sobre el SP y sus factores de riesgo. Los estudios hallados sobre la percepción de las mujeres sobre las DSP se centran básicamente en la incontinencia urinaria por tratarse de la DSP más prevalente, además no lo exploran durante el puerperio, ni indagan sobre el embarazo y el parto como posibles factores de riesgo de DSP.¹²⁻¹⁵ Más recientemente, un estudio realizado en los Países Bajos analiza cómo perciben las mujeres los problemas de SP a partir del primer mes del parto, y qué les impide pedir ayuda.¹⁶

Además, se ha expresado la necesidad de que la asistencia sanitaria incluya en sus criterios de calidad la opinión y experiencia de los profesionales así como la percepción de los usuarios.¹⁷ Los Servicios de Salud ya reconocen la importancia de la participación y opinión de los usuarios en la mejora de la asistencia sanitaria,¹⁸ existiendo el acuerdo sobre la necesidad de un enfoque centrado en el usuario recabando su opinión, de forma que se contribuya a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios.¹⁹

La atención, el control y el seguimiento del embarazo y el parto conforme a la normativa y estrategia del parto normal¹⁸ así como la actual estrategia de Salud Reproductiva²⁰ 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 puérperas 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 y métodos

Diseño

Estudio cualitativo realizado entre octubre de 2013 y agosto de 2014 basado en grupos focales y entrevistas semiestructuradas registradas mediante audio; y en análisis de documentos.²¹

Muestra y participantes

La población de estudio fueron puérperas ingresadas en la unidad de hospitalización 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 trascurrido al menos 24 horas del nacimiento de su hijo. Se excluyeron todas 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 para el estudio fueron facultativos especialistas en Obstetricia y matronas de atención primaria y especializada del distrito Este del SERMAS y del hospital de referencia HUPA implicados en el seguimiento y control de la gestación y el parto.

La selección de la muestra se realizó por los objetivos y características del estudio y se realizó un muestreo teórico hasta obtener la saturación de la información.^{21,22}

Método de recogida de la información

Los instrumentos de recogida de la información fueron grabaciones de audio, excepto en el caso de los obstetras cuya su opinión fue recabada por escrito dadas las dificultades para formar grupos; las 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.

Se formaron 3 grupos focales de puérperas; un grupo focal de matronas; 11 entrevistas en profundidad a puérperas y 2 a matronas; y se recogieron cuestionarios de 4 obstetras. Cada sesión grupal y entrevista en profundidad 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 transcurrían en las salas de reuniones de la unidad de hospitalización de Obstetricia y del paritorio del HUPA; y en el CS Juan de Austria de Alcalá de Henares según los participantes, en el horario

previamente acordado, y con una duración aproximada de entre 45 y 60 min (entrevistas individuales); y de entre 60 y 90 minutos (grupos focales). El guión de preguntas fue elaborado por un grupo de expertos (tablas 1 y 2).

La IP realizó una transcripción literal de las grabaciones identificando cada grupo focal 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 3).

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

Análisis de los datos

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 luego en común, consensuaron un sistema de codificación de datos mediante la descripción y la definición de códigos y su agrupación en categorías.^{21,22} Así como las citas textuales asignadas a las mismas.

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 triangulación²³ de métodos de recogida de la información (entrevistas semiestructuradas, grupos focales y cuestionarios); de investigadores (creación de un libro de códigos estableciéndose un acuerdo del 80% en la codificación); y de fuentes de recogida de datos (puérperas, obstetras y matronas).^{21,22}

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación 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 y discusión

En el caso de las puérperas, se realizaron 3 grupos focales y junto con las entrevistas individuales en profundidad la participación total fue de 19 puérperas. En cuanto al grupo de profesionales sanitarios, participaron un total de 9 profesionales: 4 facultativos especialistas en obstetricia y 5 matronas tanto de primaria como de especializada. Las características de los participantes pueden observarse en la tabla 4.

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 fueron agrupados en 5 categorías (tabla 5).

Embarazo, parto y puerperio

El 47,3% de las puérperas presentaban pérdidas de orina durante su actual embarazo. En España 40% de las mujeres presenta IU durante el embarazo, y entre el 20-40% de los casos sigue padeciéndola durante el post-parto.²⁴ Expresaron no comentar este hecho a los profesionales que les atienden ya que lo consideran normal durante el embarazo y creen que desaparecerán por si 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 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 *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. *“Tuve la suerte de ir a Pilates y hubo una diferencia entre los ejercicios de la clase de parto y Pilates. Y para mí, más en concreto que eran para la preparación al parto, los de Pilates eran mejor”.*

Los profesionales expresaron 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 la puedas decir que tiene que empujar de una manera espontánea...”*

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.

Información

Las púérperas narraron la importancia de la calidad y 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. Reconocen como principal función del SP controlar la orina y como disfunción la pérdida de la misma, no haciendo apenas referencia al resto de funciones del SP, y a las otras DSP. 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. Aproximadamente un 30% de mujeres no sabe contraer su SP²⁵; por lo que enseñar los ejercicios individualmente facilitando *feedback* sobre su correcta realización es importante. De hecho, el entrenamiento de la musculatura de SP guiado por un fisioterapeuta es más efectivo que hacer los ejercicios en el domicilio sin guía²⁵.

A pesar de que reconocen como fuentes de información las matronas, los obstetras y su entorno familiar; también expresan la necesidad de acudir a otras fuentes de información, como Internet, para averiguar, por ejemplo, cómo realizar los ejercicios de SP. Este aspecto coincide con la constatación de que, en general, se da poca información sobre el SP y sobre los ejercicios de SP.²⁶ También recalcan que todo lo que se enseña no siempre es útil por poco aplicable, y que en ocasiones reciben información poco homogénea. Muchas multíparas 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.

PEP3. *“Sí, pero sólo nos lo explicaron una vez, luego nos dieron un folleto y ya luego tenías que hacerlos tú en casa, o sea, las clases eran más teóricas sobre todo”.*

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 los profesionales, ya que la mayoría de ellos comentan 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 los profesionales es que lo poco que se informa 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 predisposición de los profesionales para informar sobre el SP. Además destacan la necesidad de incluir más medidas de prevención de DSP que puedan aplicarse en la práctica, así como de informar y actuar con criterios de calidad basados en la evidencia científica. También resaltaron la necesidad de una mayor coordinación entre atención primaria y especializada.

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”.*

G1. *“Mejorar la preparación física en el parto y en el postparto. Explicarle bien la sintomatología en caso de disfunción pélvica, para que puedan acudir a tiempo”.*

Suelo Pélvico

Las puérperas manifiestan que se da por hecho que saben que 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 puérpera mencionó vagamente las pérdidas de heces, de gases; y no consideran el prolapso como DSP. Tampoco lo relacionan con el embarazo y el parto ya que expresan la creencia de 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 parto como factores que influyen en las DSP, relacionándolos con las pérdidas de orina, aunque desconocen el por qué.

PEP3. *“Porque ya solo embarazada ya tienes pérdidas...”.*

Las expresiones de los obstetras se centran principalmente en el tipo de parto, 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 le 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 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 puérperas 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 púerperas acudirían mayoritariamente en primer lugar 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, quizá porque desconocen cuál es su papel en la prevención y recuperación de las DSP.^{9,15}

La mayoría de los profesionales expresan la necesidad de trabajar con protocolos ante las DSP y formar equipos multidisciplinares que incluyan 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 recuperación del SP y las posibles DSP.

G4. *“Si no responde enviar a la consulta de suelo pélvico o fisioterapeuta para rehabilitación, electroestimulación”.*

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 púerperas destacan los ejercicios de *Kegel*, *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, hecho que se relaciona probablemente con la creencia de que no tiene tratamiento. Sólo el 14% de las mujeres con IU buscan ayuda profesional.^{13,27}

PEG8. *“Yo me ponía una compresa, la solución que hacía era eso, porque daba por hecho que sería por el embarazo”.*

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. Consideran fundamental llevar a cabo estas intervenciones durante la preparación al parto, y sobre todo durante el control puerperal. En cuanto a las medidas de tratamiento durante el post-parto 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...”*

Limitaciones y fortalezas del estudio

Al tratarse de un estudio cualitativo circunscrito al distrito asistencial de Alcalá de Henares (Madrid), los resultados presentados no pueden generalizarse a todas las púerperas ni a todos los profesionales sanitarios. En cuanto a la metodología empleada, se tuvieron en cuenta las recomendaciones sobre investigación cualitativa de calidad,^{21,22} además de contar con un experto en metodología cualitativa en el equipo investigador. El hecho de que tres

investigadores independientes analizaran y codificaran las transcripciones, y en el caso de hallarse diferencias en los códigos, deliberaran hasta alcanzar el consenso garantiza la fiabilidad interna de los datos. Además, todas las entrevistas y grupos fueron realizados por la IP, siguiendo un guión previamente elaborado y consensuado por un grupo de expertos. La triangulación de las fuentes de información también ha permitido recabar la percepción de distintos actores que participan en el proceso. La IP tampoco tenía relación con las puérperas y profesionales entrevistados por lo que los autores de este estudio piensan que los participantes contestaron a las preguntas sin coacción alguna. Asimismo, los grupos de profesionales tenían la misma jerarquía profesional, lo que permitió también que pudieran expresarse libremente.

Conclusiones y recomendaciones

De este estudio se desprende que las puérperas, a pesar de considerar principalmente el embarazo un factor de riesgo de DSP, desconocen por qué. Precisan más información, de más calidad, de mayor utilidad, más práctica y supervisada sobre el suelo pélvico, sus funciones, sus problemas y los factores que pueden desencadenarlos, su prevención y su recuperación.

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

Los profesionales consideran al fisioterapeuta referente en el fortalecimiento y recuperación de la funcionalidad del suelo pélvico durante el puerperio. El seguimiento y control del embarazo y puerperio debería llevarlo a cabo un

equipo multidisciplinar que incluyera al fisioterapeuta, actuando con protocolos clínicos.

Lo conocido sobre el tema

- El embarazo y el parto son factores etiopatogénicos de las disfunciones del suelo pélvico.
- Los ejercicios de suelo pélvico son un método eficaz en la prevención de la incontinencia urinaria durante el embarazo.
- El fisioterapeuta raramente forma parte del seguimiento y control del embarazo, parto, y puerperio.

Qué aporta este estudio

- El conocimiento de las puérperas sobre los factores de disfunción de suelo pélvico relacionados con el embarazo y parto.
- El contenido relacionado con el suelo pélvico que los profesionales sanitarios incluyen en el seguimiento del embarazo y control del embarazo y parto.
- La necesidad de establecer equipos multidisciplinares que incluyan fisioterapeutas para la preparación y recuperación del parto basándose en protocolos de práctica clínica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

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

Bibliografía

1. Grosse D and Sengler J. Reeducción del periné: fisioterapia en las incontinencias urinarias. Barcelona: Elsevier España; 2001.
2. Ruiz de Viñas P, Hernández R, Tomás Aznar C. Incontinencia urinaria en gestación: prevalencia y factores asociados. *Metas Enferm.* 2010;13: 66-72.
3. 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.
4. 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.
5. Aukee P, Tihtonen K. Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders. *Duodecim.* 2010;126: 2381-6.
6. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004; 15: 160-4.
7. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res.* 2004;13: 1381-90.
8. 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.

9. Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp.* 2006; 30: 110-122.
10. Abalo R and Da Cuña I. Fisioterapia preventiva en las disfunciones del suelo pélvico en el posparto. *Fisioterapia.* 2013; 35: 82-87.
11. Boletín Oficial del Estado. Estatuto del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social. Orden del 26 de abril de 1973, B.O.E., 1973, vol. 102.
12. Hagglund D, Ahlstrom G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs.*2007;16: 1946-54.
13. Shaw C. A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. *J Clin Nurs.* 2001; 10: 15-24.
14. Teunissen D, van Weel C, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour. *Br J Gen Pract.* 2005; 55: 776-82.
15. Ferri S, Melgar G, Avendaño C, Puchades MJ, Torres AI. Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.*2003; 6: 74-80.
16. Buurman MB, Lagro-Janssen AL. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2013; 27: 406-13.

17. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *BMJ*. 1999; 318: 916-9.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud Madrid: Centro de Publicaciones. Consultado [26 de Agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>.
19. Lee AP. Patient-centered research. *Physiotherapy*. 2012; 98(2):180.
20. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Centro de Publicaciones. Consultado [20 de Agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.
21. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata S.L;2012.
22. Gibbs G. El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata S.L; 2012.
23. Aldo Vera C, Marcelo Villalón C. La triangulación entre los métodos cuantitativos y cualitativos. *Ciencia y Trabajo*. 2005; 16.
24. Sánchez Ruiz E, Solans Domènech M , Espuña M. Estimación de la incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto. Plan de Calidad

para el Sistema Nacional de Salud del Ministerios de Sanidad y Política Social. Barcelona, Ministerio de Ciencia e innovación.2010.

25. Bo K and Morkved S. Motor learning, in Bo K, Berghmans B, MOrkved S andvan Kampen M. Evidence based physical therapy for pelvic floor: bridging science and clinical practice. Churchill Livingstone: Elsevier; 2007:113-119.
26. Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev: CD007471, 2008.
27. Koch LH. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. J Midwifery Womens Health. 2006; 51: 39-44.

Tabla 1. Preguntas guía de las entrevistas y grupos focales a puérperas

PUÉRPERAS

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?

Tabla 2. Preguntas guía de las entrevistas a los profesionales sanitarios.

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 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?

Tabla 3. 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

Tabla 4. Características de los participantes

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

*Disfunciones del suelo pélvico

Tabla 5. Definición de los códigos

Familias	Códigos	Descripción del código
Embarazo parto y puerperio	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas - Repercusiones - Preparación al parto - Factores de parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios físicos y psicológicos derivados del embarazo, parto y puerperio. - Factores o circunstancias personales, familiares, laborales, sociales o del propio embarazo y/o parto que determinan o condicionan una actuación, decisión, etc. - 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. - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Fuentes - Transmisión - Relación teoría/práctica - Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Objeto o sujeto origen de la información acerca del proceso del embarazo, parto y puerperio y disfunciones del suelo pélvico. - 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 de las acciones con los conocimientos teóricos basados en la congruencia, coherencia y homogeneidad entre ellos en cuanto a contenido y cantidad (volumen). - Referencia a que la información tenga un contenido adecuado, que esté actualizada, basada en la evidencia científica, que sea accesible y útil.

Familias	Códigos	Descripción del código
Suelo pélvico	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento suelo pélvico - Factores de disfunciones - Recuperación 	<ul style="list-style-type: none"> - Referencia a la información adquirida en relación con el suelo pélvico. - Circunstancias, causas intrínsecas y extrínsecas que favorecen alteraciones del suelo pélvico. - Conjunto de medidas cuyo objetivo es devolver la integridad funcional y el estado muscular al suelo pélvico.
Atención profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de Fisioterapia - Profesionales - Derivación - Competencias - Trato 	<ul style="list-style-type: none"> - Conjunto de servicios que ofrece la fisioterapia como parte de la atención integral en la mujer embarazada. - Profesionales que han intervenido o que podrían intervenir en la atención integral de la mujer embarazada. - 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. - 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. - Manera de actuar, de comportarse o de proceder de los profesionales en relación a las mujeres gestantes o púerperas.
Intervención sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de prevención - Medidas de tratamiento - Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Cualquier actuación destinada a disminuir el riesgo de una disfunción del suelo pélvico durante el embarazo, parto y puerperio. - Cualquier actuación destinada a disminuir las consecuencias de una alteración derivada del embarazo, parto o puerperio. - 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 6. Distribución de familias, códigos y frecuencia

FAMILIAS	CÓDIGOS	Nº de veces que se cita	Nº total de citas y %
Embarazo, parto y puerperio	- Síntomas	92	242 (40,7%)
	- Preparación al parto	59	
	- Factores de parto	53	
	- Repercusiones	38	
Información	- Calidad	47	124 (20,8%)
	- Transmisión	31	
	- Fuentes	29	
	- Relación teoría-práctica	17	
Suelo pélvico	- Conocimiento	35	82 (13,8%)
	- Factores de disfunciones	31	
	- Recuperación	16	
Atención profesional	- Profesionales	29	81 (13,6%)
	- Competencias	21	
	- Trato	15	
	- Atención de Fisioterapia	9	
	- Derivación a otros profesionales	7	
Intervención sanitaria	- Medidas de prevención	35	65 (10,9 %)
	- Seguimiento	19	
	- Medidas de tratamiento	11	

4. DISCUSIÓN

El objetivo general era conocer la percepción de las puérperas y profesionales sanitarios, en este caso obstetras y matronas, sobre el embarazo y parto como factores de DSP.

El término DSP a pesar de hacer referencia a una amplia variedad de condiciones clínicas es identificado por la gran mayoría de las mujeres con las pérdidas de orina. Las pérdidas de orina durante el embarazo es un hecho relativamente frecuente y es la identidad clínica que más identifican las mujeres en el presente estudio. En España se estima que el 40% de las mujeres embarazadas presentan IU y en el 20-40% de los casos persisten en el postparto (32). Este porcentaje incluso podría ser mayor ya que las mujeres tienden a normalizar el hecho de tener pérdidas de orina durante el embarazo con la creencia de que desaparecerán tras el parto y por ello no creen que sea motivo de consulta a los profesionales mientras no supongan un mayor problema que repercuta en su salud y bienestar. Sólo el 14% de las mujeres con IU buscan ayuda profesional (33,34). Los medios de comunicación y la publicidad que se hace sobre la incontinencia femenina facilitan que éstas entiendan que es algo “normal” incluso por ser mujer, y que con la aplicación de absorbentes el problema queda resuelto o quizá no sepan que se puede tratar de otra manera (35).

Las mujeres no establecieron ninguna relación más entre el embarazo, el parto y las DSP. Por ello se considera que los conocimientos que tienen acerca de lo que es el SP no son suficientes. Este hecho se constata por lo que expresan los profesionales ya que consideran que aunque se les explica conceptos relacionados sobre el SP, la información que les llega a las mujeres es muy escasa y superficial. Esto puede plantear el análisis por conocer donde está el problema. Conocer cómo se informa y sobre qué, si el contenido es el adecuado y cómo se transmite, si se comprueba la información que llega al receptor y de qué manera...

La preparación al parto quizá constituya el mejor momento para informar sobre los aspectos relacionados con el SP, la prevención de las posibles disfunciones y la realización de los ejercicios de SP. Éstos últimos se consideran un buen método preventivo de la IU en el embarazo (36). Aún así se precisan más estudios relacionados con los ejercicios de SP en la prevención de otras

disfunciones. Ahora bien, si se consideran tan importantes en la prevención y recuperación de las DSP junto con otras medidas y se sabe que el embarazo y parto son factores en sí mismos de riesgo de estas disfunciones, es de vital importancia que los ejercicios se realicen y de la mejor manera posible ya que según un estudio se estima que el 40% de las mujeres no saben contraer su SP a pesar de recibir información individual al respecto (37).

En relación con la preparación al parto existe la creencia de que realizar clases Pilates es fundamental ya que los ejercicios que se realizan son específicos para embarazadas y son mejores que los que enseñan en el sistema público. Por ello convendría analizar su impacto como forma de entrenamiento físico que incluye el fortalecimiento del SP puesto que es una actividad que no todas las mujeres pueden realizar y no se han encontrado estudios sobre su efecto en mujeres durante el embarazo y puerperio.

En relación con la información que se les da sobre las posturas y formas de pujar como medidas de prevención de las DSP, las puérperas creen que a la hora del parto lo que les habían explicado no se corresponde con la realidad. Quizá porque existen factores que las mujeres desconocen que podrían cambiar el proceso, o es el propio profesional quien decide al respecto. En este sentido, se debería permitir a las mujeres elegir la postura para parir (21), siempre y cuando se le haya informado previamente de cuál es la mejor en su caso, según su biomecánica y la posición de su hijo, es decir, optar por la postura más fisiológica durante el parto (16).

Es importante que la información que los profesionales dan a las mujeres sea de calidad y pertinente. Teniendo en cuenta que las mujeres optan por otras fuentes de información, como por ejemplo Internet, convendría que fueran los propios profesionales los que informaran sobre qué páginas consultar o cómo realizar búsquedas de información atendiendo a criterios de calidad y homogeneidad de los conocimientos. En este sentido muchas de ellas reconocen que no tienen información suficiente sobre lo que es el SP, sus funciones, sus alteraciones y sus síntomas, cómo realizar los ejercicios de SP y en qué momento hay que hacerlos. Este aspecto coincide con la constatación de que, en general, se da poca información sobre el SP y sobre los ejercicios de SP (38) y por ello acuden a otras fuentes. Sobre todo en relación con los ejercicios de SP y masaje perineal donde es necesario más contenido práctico, a veces motivado por la falta de tiempo de los

profesionales y de la propia organización del sistema, con enseñanza individual y supervisión de los ejercicios facilitando *feedback* sobre su correcta realización. Hay que tener en cuenta que el entrenamiento de la musculatura del SP guiado por un fisioterapeuta es más efectivo que hacer los ejercicios en el domicilio sin guía (39) y el masaje perineal a pesar de que su práctica es motivo de controversia podría reducir la probabilidad del traumatismo y el dolor perineal (40).

En relación con la información que reciben, sobre todo en las sesiones de preparación al parto, no siempre es considerada útil en cuanto a su aplicabilidad, y que en ocasiones reciben información poco homogénea. Por ello muchas mujeres no creen necesario acudir a las clases de preparación porque la percepción que tienen es que se enseña lo mismo aunque haya pasado mucho tiempo. Este hecho supone que muchas de las mujeres con factores de riesgo de las DSP no sean controladas de forma adecuada y puedan desarrollar alguna disfunción.

Por todo ello es preciso una reorganización de la preparación al parto, donde la formación y competencias de los profesionales que informan, en concreto sobre las DSP y sobre todo sobre su prevención y recuperación sea la más adecuada atendiendo a criterios de calidad basados en la mejor evidencia científica disponible y que exista mayor coordinación entre la atención primaria de salud y la atención especializada.

Si el embarazo y el parto se consideran factores que influyen en las DSP (2, 3, 6,16), las mujeres tienen que saber el por qué de los riesgos y los efectos que tienen sobre el SP. Por lo tanto, ellas mismas como los propios profesionales sanitarios tienen que actuar sobre estos factores, principalmente durante la gestación y el puerperio como medida de prevención y recuperación de las posibles disfunciones.

En cuanto a la prevención las estrategias que se planteen tienen que tener tres principales objetivos: 1) modificar los factores de riesgo antes del parto; 2) hacer uso de prácticas obstétricas que minimicen las lesiones del suelo pélvico; y 3) identificar los efectos del parto y aplicar medidas que favorezcan su recuperación (2).

En este aspecto el fisioterapeuta tiene un papel fundamental en la prevención y recuperación del SP (29,4), reconocido por la mayoría de los profesionales a diferencia de las mujeres, pero que a día de hoy no se considera como parte del equipo multidisciplinar en la atención a la mujer embarazada y al puerperio. Este

hecho supone motivo de discusión puesto que a pesar de ser competencia de los fisioterapeutas la realización de los ejercicios pre- y post-natales y de ser reconocida como tal en el estatuto del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social (31), la figura del fisioterapeuta no se incluye en la programación de la preparación al parto y al puerperio en el área de salud de Alcalá de Henares.

Desde el punto de vista de los servicios de salud que se ofrecen relacionado con las DSP no existe un claro protocolo de actuación en el área de salud del estudio como refieren los profesionales y la coordinación entre los niveles de atención no es la adecuada. La realización y puesta en marcha de guías de práctica clínica ante estas disfunciones es un hecho que se demanda desde la atención primaria y especializada (24).

5. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

5.1 Limitaciones

Al tratarse de un estudio cualitativo circunscrito al distrito asistencial de Alcalá de Henares (Madrid), los resultados presentados no pueden generalizarse a todas las puérperas ni a todos los profesionales sanitarios

La utilización de entrevistas semiestructuradas, de grupos focales y cuestionarios hace que las percepciones, las ideas de los participantes emerjan de distinta manera.

El estudio se realiza en el puerperio clínico por lo que no se incluye la revisión puerperal que se realiza a los 15 días y que podría aportar más datos al estudio.

5.2 Futuras líneas de investigación

Tras la realización del estudio y con el análisis de los datos, la investigación cualitativa llevada a cabo podría incluir todo el proceso del puerperio para determinar la percepción, las creencias y las expectativas que tienen las puérperas y los profesionales e incluso incluir a las parejas para tener otra visión en relación con este tipo de disfunciones.

En este sentido también sería conveniente explorar la percepción de otros profesionales principalmente de los fisioterapeutas en relación con las DSP.

El planteamiento de medidas de prevención y recuperación del SP implica realizar más estudios de investigación tanto cuantitativos como cualitativos con el fin de conocer la efectividad y eficacia de las actividades que se lleven a cabo y su impacto en la vida de las personas que padecen estas disfunciones.

6. CONCLUSIONES

La utilización de técnicas de grupos focales y entrevistas semiestructuradas es útil para identificar las percepciones de las puérperas y de los profesionales sobre cómo el embarazo y el parto puede influir en las DSP.

Las puérperas, a pesar de considerar el embarazo un factor de riesgo de DSP, desconocen por qué. Por ello, reclaman más información, de más calidad, de mayor utilidad, más práctica y supervisada sobre el suelo pélvico, sus funciones, sus problemas y los factores que pueden desencadenarlos, su prevención y su recuperación.

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

Si el embarazo y el parto influyen en las DSP es preciso formular medidas que contribuyan a la modificación de los factores de riesgo antes del parto, llevar a cabo prácticas obstétricas que disminuyan las lesiones perineales durante el parto y establecer medidas encaminadas a la recuperación de las secuelas del embarazo y el parto.

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

Los profesionales consideran al fisioterapeuta referente en el fortalecimiento y recuperación de la funcionalidad del suelo pélvico durante el puerperio.

El seguimiento y control del embarazo y puerperio debería llevarlo a cabo un equipo multidisciplinar que incluyera al fisioterapeuta, y que actuara siguiendo protocolos clínicos.-

Desde la atención primaria de salud se debería potenciar el papel de la fisioterapia en programas de preparación al nacimiento puesto que es competencia de los fisioterapeutas los ejercicios pre- y post-natales y en atención especializada ser parte del equipo de Unidades del Suelo Pélvico para la recuperación postparto.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones Consultado [26 de Agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- (2) Walker C. Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. 2ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
- (3) Guzmán Carrasco P, Díaz López AM, Guzmán Carrasco R, Guzmán Carrasco A. Actuación del Fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada. Nure Inv [Internet]. 2013 Marzo-Abril. Consultado [10 de Enero de 2014]; 10(63). Disponible en: http://212.101.76.136/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE63_protocolo_fisioembarazo.pdf.
- (4) Carrière B, Markel Feldt C. The Pelvic Floor. Stuttgart: Thieme; 2006.
- (5) Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid; 2007. ISBN: 978-84-690-5397-3
- (6) Lacima G, Espuña M. Patología del Suelo Pélvico. Progresos en Gastroenterología. 2008; 31(9): 587-95.
- (7) Dietz HP, Lanzarone V. Levator trauma alter vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2005; 106: 707-12.
- (8) Schaffer JI, Wai CY, Boreham MK. Etiology of pelvis organ prolapse. Clin Obstet Gynecol.2005; 48: 639-47.

- (9) Thompson JA, O'Sullivan PB. Levator plate movement during voluntary pelvic floor muscle contraction in subjects with incontinence and prolapse: a cross-sectional study and review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14: 84-8.
- (10) Braun H, Rojas I, González F, Fernández M, Ortiz JA. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Rev chi obstet ginecol [revista en Internet]*. 2004 [citado 2014 Sep 13]; 69 (2): 149-156. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200010&lng=es.
- (11) Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003; 24: 221-9.
- (12) Moyal-Barraco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia: a historical perspectiva. *J Reprod Med.* 2004; 49: 772-7.
- (13) Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. *Enfermería de la Mujer*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2001.
- (14) Servicio de Obstetricia y Ginecología. Información y recomendaciones para embarazada: embarazo, parto, postparto y lactancia. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Gerencia de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Marzo 2012.
- (15) Servicio Madrileño de Salud. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria [CD-ROM]. Comunidad de Madrid: Servicio madrileño de Salud; 2007.
- (16) Ferri Morales A, Amostegui Azkúe JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia.* 2004; 26(5): 249-65.

- (17) Quiroz LH, Muñoz A, Shippey SH, Gutman RE, Handa VL. Vaginal parity and pelvic organ prolapse. *J Reprod Med.*2010; 55: 93-8.
- (18) Solans- Domenech M, Sánchez E, Espuña-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum. Incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2010; 115 (3): 618-28.
- (19) Marshall K, Totterdal D, Mc Conell V, Walsh DM, Whelan M. Urinary Incontinence and constipation during pregnancy and after childbirth. *Physiotherapy* 1996; 82 (2): 98-103.
- (20) Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth.* 1999; 26 (1): 11-7.
- (21) Benito González E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el embarazo. Alternativas a la posición ginecológica. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.* 2005 Marzo. [Consultado 1 de Marzo de 2014]; 3. Disponible en: http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV05_003.pdf
- (22) Amóstegui Azcúe JM, Ferri Morales A, Lillo de la Quintana C, Serra Llosa ML. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. *Rev Med Univ Navarra.* 2004; 48(4): 18-31.
- (23) García Suso A, Vera Cortés M, Campo Osaba A. *Enfermería comunitaria. Bases Teóricas.* Madrid: Difusión Avances Enfermería; 2001.
- (24) Del Baño Aledo ME, Medina Mirapeix F, Escolar Reina P, Montilla Herrador J, Collins SM. Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Physiotherapy.* 2014: 73-79.

- (25) Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Centro de Publicaciones. Consultado [20 de Agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- (26) Ferreiro Losada MT, Díaz San Isidro E, Martínez Romero MD, Rial Boubeta A, Varela Mallou J, Clavería Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto. Rev Calid Asist. 2013; 28(5): 291-99.
- (27) Botello A. Aproximación a las creencias populares sobre los ciclos vitales femeninos [tesis doctoral]. Universidad de Sevilla; 2012. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=41718>
- (28) Horne R. Patient's beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? J Psychosom Res .1999; 47(6): 491-95.
- (29) Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. The role of the pelvis physical therapist. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. Febrero 2006. Consultado [30 de Agosto 2014]; 30(2). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062006000200002&script=sci_arttext&lng=es/
- (30) Abalo R, Da Cuña I. Fisioterapia preventiva en las disfunciones del suelo pélvico en el posparto. Fisioterapia. 2013; 35(2): 82-87.
- (31) Estatuto del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social. Orden del 26 de abril de 1973. Boletín Oficial del Estado, n. 102, de 28 de abril de 1973.
- (32) Sánchez Ruiz E, Solans Domènech M and Espuña M: Estimación de la incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto. Plan de Calidad para

el Sistema Nacional de Salud del Ministerios de Sanidad y Política Social. Barcelona, Ministerio de Ciencia e innovación, 2010.

- (33) Shaw C: A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. *J Clin Nurs.* 2001; 10: 15-24.
- (34) Koch LH: Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. *J Midwifery Womens Health.* 2006; 51:39-44
- (35) Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp.* 2007; 31 (7): 719-31.
- (36) Martín Fernández A. Revisión sobre la eficacia de los ejercicios de suelo pélvico como método de prevención de la incontinencia urinaria en el embarazo. *Cuest. Fisioter.* 2013; 42(3): 312-22.
- (37) Pérez Fernández MR. Tratamiento fisioterápico de la incontinencia urinaria de esfuerzo en atención primaria. En: IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria: ponencias y comunicaciones, 2006,97.
- (38) Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA and Herbison GP: Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev:* CD007471, 2008.
- (39) Bo K and Morkved S. Motor learning, in Bo K, Berghmans B, MOrkved S andvan Kampen M. Evidence based physical therapy for pelvic floor: bridging science and clinical practice. Churchill Livingstone.Elssevier; 2007: 113-119.
- (40) Beckmann MM, Garrett AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida).

En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

- (41) Ferri S, Melgar G, Avendaño C, Puchades MJ and Torres AI: Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.2003; 6: 74-80.

8. ANEXOS

ANEXO 1: Cronograma del embarazo normal

Semanas de gestación	Obstetra Centro de Especialidades "Francisco Díaz"	Matrona Centro de Especialidades "Francisco Díaz"	Hospital	Matrona Centro de salud
< 9	- Ecografía para fechar embarazo. - Petición de analítica del 1º trimestre.			
12-13	- Ecografía - Valoración analítica 1º trimestre - Valoración riesgo de cromosomopatías.			Cursos de educación maternal
17-19		- Control de peso y tensión. Evaluación general. - Derivación a la matrona de su centro de salud.		
18-21			ecografía morfológica	
22-24		- Control de peso y tensión. Evaluación general. - Analítica del 2º trimestre.		
27-29	- Control de peso y tensión. Evaluación general - Valoración de analítica del 2º trimestre			
31-32	- Paciente de medio riesgo control de peso y tensión. Evaluación general. - Analítica del 3º trimestre	- Control de peso y tensión. Evaluación general - Analítica del III trimestre		
34-36	- Valoración analítica del III trimestre- - Recogida de exudados. - Ecografía del III trimestre			
38		- Control de peso y tensión. Evaluación general. - Valoración de exudados - Petición de RCTG		
40			-RCTG -Valoración fin gestación en 2 semanas máximo	
15 días tras el parto				Revisión puerperal.

* RCTG: registro cardiotocográfico.

Fuente: Información y recomendaciones para embarazadas. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Comunidad de Madrid Cod: RC/GIN/01; Ed.1. Marzo 2012.

Anexo 2. Cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria

Servicio 301	Atención a la mujer embarazada
<p>1ª visita</p>	<p>Valoración del riesgo Obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GAV (gestaciones, abortos, vivos) y desarrollo de embarazos y partos anteriores - Antecedentes de hijos con malformaciones o con discapacidades congénitas o perinatales - Consumo de fármacos, alcohol y drogas - Factores psicosociales que puedan interferir en el desarrollo normal del embarazo - Cálculo de la edad gestacional, actualización del estado vacunal, peso, tensión arterial. - Anamnesis o valoración funcional sobre: percepción de la salud (actitud y nivel de conocimientos sobre el embarazo), nutricional-metabólico (balance calórico, ingesta de lácteos y de líquidos), ejercicio (tipo, frecuencia e intensidad) y sexualidad (dificultades o problemas en las relaciones sexuales). - Consejo-información sobre: alimentación, ejercicio físico, higiene postural, consumo de fármacos, tabaco, alcohol y drogas, molestias habituales durante el embarazo: náuseas y vómitos, signos y síntomas de consulta urgente, prevención de los defectos del tubo neural (suplementos de ácido fólico), prevención de trastornos por déficit de yodo (aporte de 200 µgr/día), consejos para la prevención de la infección por toxoplasma.
<p>Visita en 2º y 3º trimestre del embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de: cálculo de la edad gestacional, peso, tensión arterial. - Anamnesis o valoración funcional sobre: percepción de la salud (actitud y nivel de conocimientos sobre el embarazo), nutricional-metabólico (balance calórico, ingesta de lácteos y de líquidos), ejercicio (tipo, frecuencia e intensidad) y sexualidad (dificultades en las relaciones sexuales). - Presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores. - Consejo/información y revisión del plan de cuidados sobre: alimentación, ejercicio físico, higiene postural, consumo de fármacos, tabaco, alcohol y drogas, molestias habituales del embarazo, signos y síntomas de consulta urgente, prevención de los trastornos por déficit de yodo (aporte de 200 µgr/día), prevención de la infección por toxoplasma, promoción de la lactancia materna

Continuación Anexo 2

Servicio 302	Preparación al parto y la maternidad
<p>Contenido (10 sesiones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre el segundo trimestre de la gestación, preparación al parto y de recuperación psíquica-física post-parto. - Ejercicios físicos preparto y post-parto - Técnicas de relajación. - Cuidados del recién nacido. - Promoción de la lactancia natural.
Servicio 303	Visita puerperal
<p>Valoración funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de la salud: higiene de la puérpera y del recién nacido, hábitos tóxicos, conocimiento de cuidados del recién nacido. - Nutricional-metabólico: balance calórico, ingesta de lácteos y de líquidos, conocimiento del paso de sustancias a la leche materna y conocimientos sobre la alimentación del recién nacido. - Actividad-ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad. - Sexualidad-reproducción: dificultades/problemas en las relaciones. - Eliminación: ritmo miccional e intestinal y hemorroides. - Adaptación/tolerancia al estrés: problemas de adaptación al nuevo rol y valoración del apoyo familiar. - Autoconcepto: problemas de imagen corporal, síntomas de ansiedad/depresión
<p>Exploración física</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Palpación de fondo uterino. - Examen de loquios. - Temperatura corporal. - Examen del periné o incisión quirúrgica en caso de cesárea - Exploración de las mamas
<p>Consejo/Información</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Signos de alarma: fiebre, hemorragia vaginal, aumento del dolor y/o de la temperatura en mamas. - Higiene, alimentación y descanso de la puérpera. - Ejercicio físico, para la recuperación del periné, circulatorios y abdominales. - Reanudación de relaciones sexuales y anticoncepción. - Reconocimiento de depresión posparto. - Actualización del calendario vacunal. - Higiene y cuidados del recién nacido. - Alimentación del recién nacido: ventajas e idoneidad de la lactancia natural, técnica de amamantamiento y problemas que pueden surgir durante la lactancia natural o sobre lactancia artificial.

Anexo 3: Resguardo de envío de artículo a revista Atención Primaria.

Estimado/a Mrs. Encabo Solanas:

Le confirmamos la recepción del artículo titulado: "Percepción de las puérperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo, el parto y las disfunciones del suelo pélvico. Estudio cualitativo.", que nos ha enviado para su posible publicación en Atención Primaria.

En breve recibirá un mensaje con el número de referencia asignado y se iniciará el proceso de revisión del artículo. En caso de que sea necesario que haga algún cambio previo, también se le notificará por correo electrónico.

Tal y como se especifica en las normas de publicación de la revista, le recordamos que su manuscrito no puede ser publicado en ninguna otra revista mientras dure el proceso de revisión.

No dude en contactar con la redacción para cualquier información adicional.

Reciba un cordial saludo,

EES
Atención Primaria

Anexo 4: Dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica



Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

Comunidad de Madrid

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Código de protocolo del promotor: OE 06/2014

Versión/fecha del protocolo: 18 de febrero de 2014

Hoja de información al paciente/sujeto (versión/fecha): 18 de febrero de 2014

Título: "Percepción de las púerperas y profesionales sanitarios de Alcalá de Henares sobre el embarazo y el parto como factores etiopatogénicos de las disfunciones de suelo pélvico. Estudio cualitativo"

Promotor: HUPA

Investigador principal: M^a Nelsy Encabo Solanas - Enfermería

Tipo de estudio: Otros estudios

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en su reunión del 27 de Mayo de 2014 tras la respuesta a las aclaraciones solicitadas, considera que:

1. El estudio evaluado cumple los requisitos metodológicos y técnicos.
2. La competencia de los investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Los riesgos y molestias previsibles de la investigación son aceptables en relación con los beneficios esperados.
4. El proceso de selección de los sujetos participantes es apropiado.
5. La hoja de información y el consentimiento informado son adecuados.
6. Se cumple el resto de los requisitos legales.

Emite un DICTAMEN FAVORABLE para la realización del estudio.

Lo que firmo en Alcalá de Henares, a 2 de Junio de 2014

Firmado:

Doña Elvira Poves Martínez
Presidenta del CEIC