



ORIGINALES

Disfunciones del suelo pélvico en mujeres primíparas después del parto

Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto

Pelvic floor dysfunctions in primiparous women after birth

Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira¹

Adriana de Souza Caroci²

Edilaine de Paula Batista Mendes³

Sheyla Guimarães de Oliveira⁴

Francine Penha Silva⁵

¹ Profesora Asociada. Departamento de Enfermería Materno-Infantil y Psiquiátrica, Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Profesora Doctora. Curso de Obstetricia, Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades, Universidad de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Máster en Ciencias, Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo. Enfermera Obstétrica, Hospital Santa Bárbara, Santa Bárbara d'Oeste, São Paulo. Brasil.

⁴ Enfermera Obstétrica. Alumna de Máster del Programa Pos-Graduación en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Enfermera Obstétrica. Residente del Programa de Residencia en Enfermería Obstétrica de la Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: soniaju@usp.br

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.292821>

Recibido: 01/05/2017

Aceptado: 24/09/2017

RESUMEN:

Objetivo: Estimar la prevalencia de infecciones del tracto urinario (ITU), incontinencia urinaria (IU), incontinencia anal (IA) y dispareunia en mujeres primíparas, e identificar la asociación entre IU y dispareunia con el tipo de parto.

Método: Estudio observacional prospectivo realizado con 96 puérperas (72 de parto normal y 24 de parto por cesárea) dos y seis meses después del parto. Los datos fueron recolectados por medio del carnet prenatal, historia clínica y entrevistas con las mujeres entre enero y agosto de 2014 en el Centro de Parto Normal Emergencias y maternidad Municipal Zoraide Eva das Dores, ubicado en el Municipio de Itapeperica da Serra, São Paulo; en centros de salud del municipio mencionado y de los municipios de Jquitiba, São Lourenço y Embú-Guaçú.

Resultados: Durante la gestación, 52,1% de las mujeres informaron ITU y 30,2% de ellas, IU. En el segundo y sexto mes después del parto, las prevalencias encontradas fueron: 4,2% y 11,8% de ITU; 17,7% y 11,8% de IU; 8,4% de IA (6,3% con incontinencia de flatos y 2,1% de heces); 2,0% (únicamente incontinencia de flatos; no hubo incontinencia de heces); 48,1% y 17,8% de dispareunia, respectivamente. No hubo asociación estadística entre el tipo de parto y la dispareunia y la IU ($p=0,742$ y $p=0,738$; respectivamente).

Conclusiones: Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) más frecuentes después del parto fueron la IU y la dispareunia. Hubo reducción espontánea de las DPP en el sexto mes después del parto. La identificación prematura de estas enfermedades es de gran importancia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de males a la salud física y emocional de la mujer.

Palabras clave: Infección del tracto urinario; Incontinencia urinaria; Incontinencia anal; Dispareunia; Primíparas; Periodo posparto

RESUMO:

Objetivo: Estimar a prevalência de infecção do trato urinário (ITU), incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA) e dispareunia em mulheres primíparas e identificar associação entre a dispareunia e IU com o tipo de parto.

Método: Estudo observacional prospectivo realizado com 96 puérperas (72 de partos normais e 24 cesarianas) com dois e seis meses após o parto. Os dados foram coletados por meio de cartões de pré-natal, prontuários e entrevistas entre janeiro e agosto de 2014 no Centro do Parto Normal do Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores, localizado no Município de Itapeverica da Serra, São Paulo, e em Unidades Básicas de Saúde do município referido e dos Municípios de Jquitiba, São Lourenço e Embú-Guaçú.

Resultados: Na gravidez, 52,1% das mulheres referiram ITU e 30,2% delas, IU. No segundo e no sexto mês pós-parto, as prevalências encontradas foram: 4,2% e 11,8% de ITU; 17,7% e 11,8% de IU; 8,4% de IA (6,3% de incontinência de flatos e 2,1% de fezes) e 2,0% (apenas incontinência de flatos; não houve incontinência de fezes); e 48,1% e 17,8% de dispareunia, respectivamente. Não houve associação estatística entre o tipo de parto e a dispareunia e a IU ($p=0,742$ e $p=0,738$; respectivamente).

Conclusão: As disfunções do assoalho pélvico (DAP) mais frequentes após o parto foram a IU e a dispareunia. Houve redução espontânea das DAP no sexto mês após o parto. A identificação precoce destas morbidades é extremamente importante para a prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos à saúde física e emocional da mulher.

Palavras chave: Infecção do trato urinário; Incontinência urinária; Incontinência anal; Dispareunia; Primíparas; Pós-parto

ABSTRACT:

Objective: To assess the prevalence of the urinary tract infection (UTI), urinary incontinence (UI), anal incontinence (AI) and dyspareunia among primiparous women, as well as to identify the association between dyspareunia and UI and mode of birth.

Material and methods: Prospective observational study carried out with 96 post-partum women (72 normal births and 24 caesarean section), two and six months after birth. Data were collected via prenatal cards, medical registers and interviews with women between January and August, 2014, at the Centro do Parto Normal do Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores, located in Itapeverica da Serra, São Paulo, and at Health Centers in the Itapeverica da Serra and the cities of Jquitiba, São Lourenço and Embú-Guaçú.

Results: During pregnancy, 52.1% of women reported UTI and 30.2%, UI. Two and six months after birth, there was a prevalence of 4.2% and 11.8% of UTI, 17.7% and 11.8% of UI, 8.4% of AI (6.3% of flatus incontinence and 2.1% of feces) and 2.0% (only flatus incontinence; there was no faecal incontinence); and 48.1% and 17.8% of dyspareunia, respectively. There was no statistical association between the mode of delivery and dyspareunia and UI ($p=0.742$ and $p=0.738$; respectively).

Conclusions: The most frequent pelvic floor dysfunctions (PFD) after birth were IU and dyspareunia. There was spontaneous reduction of the PFD in the sixth month after birth. The early identification of these diseases is extremely important to prevent, diagnose and treat any harm to women's physical and emotional health.

Keywords Urinary tract infection; Urinary incontinence; Anal incontinence; Dyspareunia; Primiparous; Postpartum period

INTRODUCCIÓN

La forma y la función normal del suelo pélvico (SP), son determinadas por la interacción y el buen funcionamiento de sus estructuras. Sin embargo, la gestación y el parto pueden causar traumas y disminuir el tono muscular, causando problemas

denominados disfunciones del suelo pélvico. Estos problemas causan un impacto negativo en la calidad de vida de la mujer⁽¹⁾. La expresión disfunción del suelo pélvico (DSP) es un término generalmente utilizado para describir las condiciones que comprometen el mecanismo de la continencia urinaria y fecal femenina y/o el soporte de los órganos pélvicos⁽²⁾.

El SP, que es el conjunto de tejidos que recubre la porción interior de la pelvis, está compuesto por los diafragmas pélvico, urogenital y la fascia endopélvica. Los diafragmas están formados por músculos organizados en capas superficiales y profundas del perineo que actúan en el mecanismo de sustentación de las vísceras pélvicas, en la continencia urinaria y anal, e en la función sexual⁽³⁾. Cuando esa musculatura pélvica pierde su integridad, aumenta el riesgo de DSP, tales como incontinencia urinaria (IU), incontinencia anal (IA) y prolapso de órganos pélvicos (POP)⁽⁴⁾. Se estima que cerca de un tercio de las mujeres presentan disfunciones del suelo pélvico de gravedad diversa a lo largo de sus vidas⁽²⁾. La IU y la IA son situaciones que producen angustia y, son potencialmente incapacitantes a largo plazo, afectando a mujeres de diferentes edades, con la ocurrencia del primer episodio durante la gestación o después del posparto⁽⁵⁾.

Factores vinculados a la gestación y al parto son considerados como riesgo para el desarrollo de DSP, incluyendo el tiempo prolongado de trabajo de parto y el periodo expulsivo, el empleo de episiotomía y el peso elevado del recién nacido^(6,7).

Está documentada en la literatura la asociación entre parto vaginal o instrumental y lesiones obstétricas, principalmente del esfínter anal, con IU y IA⁽⁸⁾. Sin embargo, todavía existen controversias en los resultados de los estudios sobre el potencial de la cesárea para disminuir el riesgo de IU, sobre todo si esta antecede el trabajo de parto⁽⁹⁻¹⁰⁾.

La IU es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (*International Continence Society* – ICS) como la pérdida involuntaria de cualquier cantidad de orina y como una de las condiciones que suceden entre las mujeres de todas las edades⁽¹¹⁾. Adicionalmente, es un problema grave de salud pública que tiene implicaciones físicas, sociales, psicológicas y económicas. La mayoría de las mujeres no informa de este síntoma a los profesionales de salud por sentirse avergonzadas, creer que nada puede hacerse, no saben dónde buscar ayuda o por imaginar que los profesionales no tienen interés⁽⁵⁾. Las cifras estimadas de prevalencia de IU son divergentes, con tasas que varían de 17% a 45% en mujeres adultas⁽²⁾.

Los cambios en la gestación contribuyen para la IU en el posparto, y existen evidencias científicas de que, cuando sucede en la gestación, este problema es un factor de riesgo para su presencia en el puerperio⁽¹⁾.

A su vez, la IA consiste en una pérdida involuntaria de heces y/o flatos, definida como la incapacidad de mantener el control fisiológico del contenido intestinal en un lugar y tiempo socialmente adecuado. Es clasificada como incontinencia fecal (pérdida involuntaria de heces) e incontinencia de flatos (pérdida involuntaria de gases)⁽¹¹⁾. En una clasificación de moderada a grave, la incontinencia fecal puede provocar aislamiento social y sentimientos de vergüenza, además de llevarla a una reducción de sus actividades y una calidad de vida severamente perjudicada⁽¹²⁾.

Un estudio con aproximadamente quince mil mujeres en posparto vaginal observó que la IA fue relatada por 21% de las mujeres con ruptura del esfínter anal, y la incapacidad de controlar gases fue encontrado como el síntoma más prevalente⁽⁸⁾. Aunque la IA sea la complicación menos común en el posparto frente a la IU, estudio multicéntrico italiano, constató prevalencia alrededor de 16%⁽¹⁰⁾.

El parto también puede tener un gran impacto sobre la función sexual de la mujer, ya que muchas pueden tener dolor perineal en el periodo posnatal, además de la dispareunia que puede comprometer, sobre todo la salud sexual de la mujer, así se trate de una complicación a corto plazo que no supera los 12 meses posparto⁽¹³⁾. Adicionalmente, la relación entre los factores de riesgo obstétrico, incluyendo el tipo de parto, el trauma perineal y la dispareunia, no está totalmente comprendida⁽¹⁴⁾.

La dispareunia es una queja común y sub informada, que puede perjudicar significativamente la salud de la mujer, su calidad de vida y sus relaciones sexuales. Es un síntoma complicado de evaluar y tratar, y puede crear frustración por parte de los profesionales de salud y los pacientes. Sin embargo, el proceso de captación de la historia y realización de exámenes establece una relación entre el profesional y el paciente, lo que es esencial en el tratamiento de este tipo de disfunción⁽¹⁵⁾. La dispareunia es mayor en mujeres en posparto con trauma perineal o en aquellas que pasaron por un parto instrumental⁽¹⁶⁾.

A pesar de que la infección del tracto urinario (ITU) no se considera una DSP, la mujer portadora de alguna de esas disfunciones tiene mayor susceptibilidad de desarrollarla. Las elevadas tasas de recurrencia y el crecimiento de la resistencia antimicrobiana entre los uropatógenos amenazan aumentar considerablemente el uso de los recursos financieros para el tratamiento de la infección y representan un grave problema de salud pública⁽¹⁷⁾. En Brasil, son pocas las investigaciones sobre la temática de disfunciones del suelo pélvico en hasta seis meses del periodo posnatal.

Frente a lo expuesto anteriormente, los objetivos de este estudio fueron estimar la prevalencia de ITU, IU, IA y dispareunia en mujeres primíparas con dos y seis meses después del parto e identificar la asociación entre la dispareunia e IU con el tipo de parto.

MÉTODO

Estudio observacional prospectivo basado en los datos de un estudio transversal⁽¹⁸⁾, ambos realizados en el Centro de parto normal, Emergencia y Maternidad Municipal Zoraide Eva das Dores (EMMZED), ubicado en el Municipio de Itapeceira da Serra, São Paulo, y en unidades primarias de salud (UPS), del municipio mencionado y de los municipios de Juquitiba, São Lourenço y Embú-Guaçú. Ese estudio tuvo como objetivos: identificar la fuerza muscular del suelo pélvico (FMSP) en primíparas en posparto normal y post cesárea entre 50 y 70 días posparto, y comparar la FMPP de primíparas posparto normal y post cesárea con relación a las características sociodemográficas, clínicas y uroginecológicas de la mujer, ejercicio perineal, datos del parto, condiciones del perineo y datos clínicos del recién nacido.

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados en el presente estudio son los mismos del estudio transversal⁽¹⁸⁾, ser primípara con parto normal o por cesárea a término, sin abortos anteriores, tener recién nacido único y vivo con presentación cefálica en el parto normal, no haber sido expuesta a cirugía abdominal o urogenital previamente,

no haber sufrido de enfermedades o condiciones físicas que puedan interferir en la fuerza muscular del piso pélvico, no tener dificultad para entender el idioma portugués o en la comunicación. Fueron excluidas solamente las mujeres que tuvieron dificultad con la inserción del perineómetro en la vagina.

El cálculo de la muestra fue realizado teniendo en cuenta las medias de fuerza muscular del suelo pélvico de mujeres en parto normal y cesárea de un estudio previo⁽¹⁹⁾, que al comparar estos datos encontró un tamaño de efecto d de Cohen igual a 0,669. Asumiendo un error tipo I de 5% con poder de 90%, serían necesarias 96 primíparas.

La muestra estuvo conformada por 96 primíparas que dieron a luz en el EMMZED, de enero a agosto de 2014, y consideró la distribución del tipo de parto registrado en el libro de partos de maternidad en 2012, en el cual se observó que, para cada mujer sometida a cesárea, ocurren tres con parto normal. De esta forma, fueron incluidas 24 mujeres de post cesárea y 72 de posparto normal, para un total de 96 participantes.

Solamente fueron elegibles para el estudio, aquellas que aceptaron participar y que firmaron el Consentimiento informado. La recolección de datos fue conducida en tres etapas. En la etapa 1, que sucedió durante el posparto inmediato en la maternidad (hasta 48 horas), se realizó la recolección y la primera parte de la entrevista por medio del carné prenatal y la historia clínica de la mujer, donde también era agendada la consulta de retorno entre 50 y 70 días posparto. Antes de la consulta se realizó un contacto telefónico con el fin de confirmar presencia. En caso de no presentarse a la consulta, se hacía un nuevo contacto telefónico para reagendar. En la etapa 2 (entre 50 y 70 días después del parto), se realizó la segunda parte de la entrevista en la UPS o en la maternidad. En la etapa 3 (entre 170 y 190 días después del parto) fue realizada una segunda entrevista con las puérperas vía telefónica.

El formulario para el registro de los datos fue el mismo utilizado en el estudio citado anteriormente⁽¹⁸⁾. Los datos registrados fueron digitados con el método de entrada doble en el *Statistical Package for Social Sciences versión 22.0* para Mac®. Se realizó la validación del banco de datos y la importación para el programa *Microsoft®Excel*, después fueron calculadas las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y las medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas.

Para evaluar la asociación entre dispareunia e IU con el tipo de parto, fue utilizado el test Chi cuadrado. El análisis estadístico fue realizado en el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0*. Fueron considerados estadísticamente significativos los valores de p menores que 0,05.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones de la Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE:13545113.5.0000.5392) y por el Consejo municipal de la salud de la Secretaria Municipal de Itapeceira da Serra, São Paulo.

RESULTADOS

Con relación a las características sociodemográficas de las primíparas, se identificó que la media de edad fue de 21,7 años (Desviación Estándar = 4,8), mínima de 13 y máxima de 37 años. Hubo predominio de mujeres que referían ser de color pardo,

tener educación media completa, vivir con el compañero y no ejercer actividad remunerada (Tabla I).

En cuanto a las características clínicas y ginecológicas, la media de edad de la menarquía fue de 12,8 años. El inicio de las relaciones sexuales sucedió con 16,6 años y el tiempo de vida sexual activa fue de 5,3 años. Los valores medios encontrados fueron, peso de 59,2 Kg, estatura de 159,7 centímetros, índice de masa corporal (IMC) de 23,3 Kg y aumento de peso durante la gestación de 10,6 Kg. Las mujeres realizaron en media ocho consultas de control prenatal (Datos no presentados en la Tabla).

El parto normal correspondió a 75%, y la mayoría de las mujeres algún tipo de trauma perineal, siendo la episiotomía la de mayor frecuencia. El reparo perineal fue realizado en casi todas las mujeres que tuvieron trauma perineal (Tabla I).

Tabla I – Distribución de las mujeres según características sociodemográficas, tipo de parto y condiciones del perineo después del parto normal. Itapeperica da Serra – 2014-2015.

Variables	n	%
Grupo etario (n=96)		
= 19	35	36,5
20 a 24	37	38,5
25 a 29	17	17,7
= 30	7	7,3
Grupo étnico (n=96)		
Asiático	1	1,1
Pardo	54	56,2
Blanco	30	31,2
Negro	11	11,5
*Escolaridad (n=96)		
Fundamental	16	16,7
Medio	72	75,0
Superior	8	8,3
Estado Civil (n=96)		
Con compañero con co-habitación	75	78,1
Con compañero sin co-habitación	11	11,5
Sin compañero	10	10,4
Actividad remunerada (n=96)		
Si	37	38,5
No	56	61,5
Tipo de parto (n=96)		
Normal	72	75,0
Cesárea	24	25,0
Condiciones del perineo (n=72)		
Episiotomía	27	37,5
Laceración de 1º	22	30,6
Laceración de 2º	12	16,6
Íntegro	11	15,3
Reparo perineal (n=61)		
Si	58	95,1
No	3	4,9

*Incluye grado completo e incompleto

Los recién nacidos tuvieron una media de peso de 3239,2 (\pm 419) gramos y circunferencia cefálica de 33,9 (\pm 1,5) centímetros (Datos no presentados en tablas).

Seis meses después del parto, se obtuvo contacto telefónico con 51 (53,1%) mujeres para la segunda entrevista.

La mayoría de las participantes informó no utilizar anticonceptivos a los dos meses después del parto, sin embargo, el uso de los mismos fue aumentando a los seis meses (14,3 puntos porcentuales). A los dos meses después del parto, aproximadamente 80% de las mujeres, independiente del tipo de parto, retornaron a la actividad sexual (Datos no presentados en tabla), de las cuales prácticamente la mitad se quejó de dispareunia. A los seis meses la totalidad de las puérperas informó tener actividad sexual y menos de un quinto de las mismas citó dispareunia (Tabla II). Para las mujeres que no retornaron a su actividad sexual, las principales justificaciones fueron: sentir dolor (n=8), no tener un compañero (n=7), no estar dispuesta (n=2), compañero con herpes (n=1), miedo a quedar embarazada (n=1) (Datos no presentados en tabla).

Tabla II. Número y porcentaje de mujeres, según el uso de anticonceptivos, el retomo a la actividad sexual, motivo de no retorno a la actividad sexual y dispareunia, con 2 y 6 meses de posparto (PP). Itapeçerica da Serra – 2014-2015.

Variables	PP 2 meses (n= 96)		PP 6 meses (n= 51)	
	n	%	n	%
Uso de anticonceptivos				
Si	39	40,6	28	54,9
No	57	59,4	23	45,1
Retorno a la actividad sexual				
Si	77	80,2	51	100
No	19	19,8	0	0
Dispareunia entre las 77 con actividad sexual				
Si	39	50,6	10	19,6
No	38	49,4	41	80,4

Con relación a las ITU, gran parte de las mujeres presentó esta situación en la gestación y la mayoría recibió tratamiento. Al comparar la prevalencia de ITU en la gestación con el posparto, hubo disminución para 4,2% a los dos meses y discreto aumento para 11,8% a los seis meses después del parto. En el posparto, la totalidad de mujeres informó haber tratado esta enfermedad (Tabla III).

Entre las DSP, se verificó que menos de un tercio de las mujeres informó IU antes de la gestación, 17,7% y 11,8 % con dos y seis meses después del parto respectivamente. En cuanto a la pérdida de gases después del parto, pocas (6,3%) puérperas informaron este malestar a los dos meses y solamente una afirmó la continuidad de los síntomas a los seis meses (Tabla III).

Tabla III - Número y porcentaje de mujeres, de acuerdo con infección del tracto urinario (ITU) y las disfunciones del piso pélvico en la gestación y en el posparto (PP) a los 2 y 6 meses. Itapeperica da Serra – 2014-2015.

Variables	Gestación (n=96)		PP 2 meses (n= 96)		PP 6 meses (n=51)	
	n	%	n	%	n	%
ITU						
Si	50	52,1	4	4,2	6	11,8
No	46	47,9	92	95,8	45	88,2
Trató la ITU						
Si	41	82,0	4	100	6	100
No	9	18,0	0	0	0	0
IU						
Si	29	30,2	17	17,7	6	11,8
No	67	69,8	79	82,3	45	88,2
Incontinencia de flatos						
Si	-	-	6	6,3	1	2,0
No	-	-	90	93,7	50	98,0
Incontinencia de heces						
Si	-	-	2	2,1	0	0
No	-	-	94	97,9	51	100

ITU = infección del tracto urinario, IU = incontinencia urinaria.

Los resultados de la tabla IV muestran que no hubo asociación entre el tipo de parto y la dispareunia y la IU.

Tabla IV – Comparación de las disfunciones del piso pélvico con el tipo de parto y el valor-p. Itapeperica da Serra – 2014-2015.

Disfunciones del piso pélvico	Tipo de parto				valor-p
	Normal		Cesárea		
	n	%	n	%	
Dispareunia					
Si	30	51,7	9	47,4	0,742
No	28	48,3	10	52,6	
Incontinencia urinaria					
Si	10	13,8	4	16,7	0,738
No	62	86,2	20	83,3	

Test Chi-cuadrado

DISCUSIÓN

Este estudio observó una tasa elevada de puérperas adolescentes (36,5%), con edad media de 21,7 años y variación entre 13 y 24 años, valor que supera el índice brasileño de gestación en esta franja etaria, el cual en 2010 fue cerca de 20% según el Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos⁽²⁰⁾. Ese hecho puede ser consecuencia del inicio precoz de las relaciones sexuales encontrado en los resultados, lo que deja a estas adolescentes más propensas a quedar embarazadas.

Con relación a la escolaridad, se identificó que un gran número de mujeres había cursado hasta la educación básica, resultado coherente con la edad de las participantes.

En ese sentido, personas con menor nivel de escolaridad pueden presentar dificultad para comprender las recomendaciones ofrecidas por los profesionales de salud. Frente a estas observaciones, vale la pena destacar que las estrategias que sean

implementadas con relación a cuidados de prevención y tratamiento de las DSP deben considerar el nivel de escolaridad de las mujeres.

Con dos meses de posparto, un poco más de la mitad de las mujeres usaba anticonceptivos, sin embargo, hubo un leve aumento a los seis meses. Esta gran proporción podría estar relacionada con las orientaciones ofrecidas en las consultas posparto, con la concientización de evitar un embarazo precoz y con el periodo en que la mayoría reinicia su actividad sexual.

La variación del peso materno durante la gestación y el IMC encontrados, están dentro de la franja de normalidad de acuerdo con el estado nutricional gestacional preparto⁽²¹⁾. Estudio corroboró que el aumento de peso en la gestación eleva el riesgo posterior de DSP, por lo tanto, este dato es relevante para la evaluación de la mujer⁽²²⁾. Vale la pena resaltar que, en esta investigación los datos de peso materno fueron aquellos que estaban registrados en el carné prenatal, y así, en algunas ocasiones esa variable no estaba anotada. De tal modo que no se puede afirmar con precisión el valor del aumento ponderal de peso encontrado, lo que limita la discusión de estos valores.

Con respecto a las condiciones perineales, se verificó que las laceraciones perineales espontáneas sucedieron en casi la mitad de las mujeres, la episiotomía fue realizada en más o menos un tercio de las mismas y la sutura perineal, casi en la totalidad de ellas. El constante uso de la episiotomía, asociada a un contexto intervencionista de los profesionales de la maternidad local del estudio, es incompatible con la tasa de 10% del procedimiento indicada por la OMS. Este hecho permite cuestionar la posibilidad de clasificación incorrecta o de sutura innecesaria de las laceraciones espontáneas, una vez que gran número de las puérperas presentó laceración de primer grado, la cual, en muchos casos, no necesita de sutura de acuerdo con la recomendación de la OMS⁽²³⁾. De esta forma, a pesar de la episiotomía selectiva tiene un lugar significativo en la práctica obstétrica, su uso rutinario no se justifica, ya que aumenta el riesgo de trauma materno y de complicaciones durante el parto vaginal, y principalmente DSP que puedan venir a desarrollarse en el puerperio⁽⁶⁾. En el presente estudio, la variable condición perineal no fue asociada con las DSP, debido al pequeño número de casos observados en cada categoría.

Más de la mitad de las mujeres de este estudio presentó ITU en la gestación, y la mayoría refirió haberse tratado. La elevada frecuencia de mujeres con tal disfunción en la gestación se debe a que el embarazo aumenta el riesgo para esta infección, dadas las alteraciones fisiológicas que ocurren en este periodo⁽²⁴⁾. Con relación a los factores asociados a la ITU, un estudio indicó que mujeres adolescentes con menor nivel económico, menor escolaridad y que no vivían con el compañero fueron las que más necesitaron de hospitalización para tratamiento de ITU⁽²⁵⁾. En el presente estudio, durante el periodo de dos a seis meses después del parto, pocas mujeres informaron ITU y todas manifestaron haber realizado tratamiento con antibiótico. Sin embargo, esa variable fue obtenida por auto relato de la mujer, existiendo la posibilidad de un sesgo de información.

Para este estudio la prevalencia de IU fue de 20,5 puntos porcentuales más alta en el periodo gestacional que seis meses después del parto. Estos resultados son semejantes a los de un estudio prospectivo⁽⁹⁾ que también encontró índices más altos durante la gestación que en el puerperio (30,6% *versus* 6,7%). Prevalencia más elevada a los tres meses posparto fue observada en una cohorte australiana

(29,3%)⁽⁵⁾. De igual manera, otra cohorte prospectiva de primíparas corroboró que 30% tenían cualquier tipo de IU un año después de su primer parto vaginal⁽¹⁾. La justificación por la cual la prevalencia puede variar entre los estudios incluye las diferencias entre las poblaciones, el diseño del estudio y los subgrupos estudiados⁽⁷⁾. Además, nuestra investigación no presenta casos de laceraciones perineales de tercer y cuarto grado, lo que también puede explicar las bajas prevalencias de DPP encontradas en la muestra.

Aunque la literatura refiera que la cesárea parece proteger contra IU⁽²²⁾ nuestros resultados, no revelaron asociación del tipo de parto con la IU.

Cohorte prospectiva de primíparas que realizó seguimiento de 5 a 10 años después del parto normal o post cesárea afirmó que el riesgo relativo de una disfunción del piso pélvico después del parto vaginal fue mayor para mujeres con síntomas de IU (RR 1,15, intervalo de confianza de 95% 0,92-1,42)⁽²⁶⁾.

De esta forma la identificación de mujeres con o sin episodios de IU en la gestación merece ser realizado debido a su importancia en la prevención y en el tratamiento precoz. En ese sentido, un ensayo clínico indicó que ejercicios musculares del suelo pélvico aplicados durante la gestación y el posparto aumentaron la fuerza muscular del suelo pélvico y evitaron el empeoramiento de las DSP⁽²⁷⁾.

Igualmente, una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane, que incluyó 21 ensayos clínicos y 1281 mujeres, evaluó los efectos de programas de entrenamiento del suelo pélvico (PEMPP) en mujeres con cualquier tipo de IU comparado con ningún tratamiento o con otro tratamiento. Las mujeres con IU que formaron parte del PEMPP estuvieron más propensas a relatar cura o mejora de los síntomas. Los revisores concluyeron que la evaluación ofrece soporte para una recomendación generalizada de que el PEMPP sea incluido como prioridad en los programas de asistencia a mujeres con IU, independiente del tipo de incontinencia⁽²⁸⁾.

La frecuencia de IA identificada en este estudio también fue menor que la IU a los dos meses de posparto, como era esperado, y solamente una ocurrencia de incontinencia de flatos fue observada a los seis meses. Todas las mujeres con incontinencia de flatos y de heces tuvieron parto normal. Como mencionado anteriormente, este hecho no permitió realizar análisis estadístico. Estudio que evaluó 744 mujeres a los tres meses después del parto, encontró una prevalencia mucho más elevada de IA (16,3%). La presencia de IU en la gestación fue un predictor independiente para IU persistente (Odds Ratio (OR) 4,6; $p < 0,001$) e IA (OR 3,6; $p < 0,001$). La historia familiar de IU o IA fue asociada, respectivamente con IU (OR 2,6; $p < 0,001$) e IA (OR 2,4; $p < 0,001$), a los tres meses después del parto⁽¹⁰⁾.

Estudio con primíparas afirma que esta situación fue cuatro veces más frecuente en el posparto, independientemente de la vía del parto, y persistió por seis meses después del parto. Los datos indicaron que las mujeres que sufrieron ruptura del esfínter anal durante el parto vaginal tenían el doble de riesgo para incontinencia de heces y de flatos en comparación con las que no sufrieron lesión del esfínter anal. A su vez la cesárea sin trabajo de parto previo no fue asociada a las DPP. Es importante resaltar que el examen posnatal es un momento oportuno para indagar sobre la función intestinal, sobre todo con antecedentes de lesión del esfínter anal durante el parto y para ofrecer intervenciones apropiadas a las mujeres con sintomatología⁽¹²⁾.

Investigación que indagó si los profesionales que prestan asistencia primaria preguntan rutinariamente sobre la IU e IA posparto, corroboró que más del 70% de las mujeres con incontinencia urinaria grave y/o incontinencia fecal no habían discutido sus síntomas con un médico o con una enfermera⁽⁵⁾.

Respecto a la salud sexual en el posparto, la mayoría de las púerperas relató haber retomado las relaciones sexuales a los dos meses, y la totalidad de las mismas retomó a los seis meses. Estos resultados son similares a los encontrados en estudios con mujeres australianas y chilenas^(14,16).

A los dos meses después del parto, la mitad de las mujeres con actividad sexual relató dispareunia y, a los seis meses cerca de un quinto de ellas manifestó reducción de esta queja. Resultados similares fueron verificados a los tres meses posparto en una cohorte prospectiva multicéntrica, con 44,7% de las mujeres citando esta afección, sin embargo, la prevalencia a los seis meses fue más del doble que la del presente estudio (43,4%). Esa investigación también evaluó la persistencia de dispareunia a los 12 y 18 meses posparto, la cual se mantuvo en 28,1% y 23,4% respectivamente⁽¹⁴⁾.

A pesar de que los investigadores afirman que mujeres con cesárea o parto normal sin trauma perineal relatan menos dolor significativo en la primera relación en el posparto⁽²⁹⁾, nuestros resultados indicaron que no hubo asociación de dispareunia con el tipo de parto.

La cohorte citada anteriormente verificó que las mujeres con parto vaginal instrumentalizado (fórceps o extracción al vacío) tuvieron una probabilidad tres veces mayor de presentar dispareunia a los seis meses posparto. La cesárea de emergencia y el parto vaginal con laceraciones y/o episiotomía suturadas también estuvieron asociados a mayor probabilidad de dispareunia a los seis meses posparto. Los autores indican que la mayor prevalencia de dispareunia persistente en mujeres que tuvieron parto instrumentalizado permite identificar aspectos importantes sobre el impacto de los procedimientos obstétricos en la salud de las mujeres a largo plazo⁽¹⁴⁾. Otro estudio también observó que mujeres que sufrieron laceraciones perineales son cinco veces menos propensas a ser sexualmente activas, comparadas con aquellas que tuvieron perineo íntegro. Los autores citan que solamente 15% de las púerperas relataron disfunción sexual a los profesionales de salud⁽¹⁵⁾. Así, es fundamental investigar los factores que llevan a esas mujeres a presentar dolor en la relación sexual. Adicionalmente, la literatura afirma que la calidad de la vida sexual de las parejas en el primer año posnatal es claramente afectada por varios factores asociados a esta fase⁽³⁰⁾.

El desconocimiento por parte de los profesionales de salud sobre la relevancia de abordar esa temática debe ser investigado, con el objetivo de que sean capacitados para tratar del tema. Se hace necesario que las mujeres sean orientadas, durante el prenatal y posnatal, sobre estas disfunciones, que muchas veces son identificadas indebidamente como normales e inherentes al proceso de gestación, pero que deben ser identificadas lo más precozmente posible para que sean tratadas adecuadamente. Entre las limitaciones de este estudio, podemos citar que las primeras 48 horas después del parto tal vez no fueron el momento ideal para la recolección de los datos con las mujeres. Sin embargo, en Brasil la mujer no tiene una garantía de cama hospitalaria en el momento del parto, lo que dificulta saber dónde ir a dar a luz. Por lo tanto, la recolección de los datos durante la gestación era inviable. Además, la baja

prevalencia de IA e IU observada en este estudio dificultó evaluar la asociación con el tipo de parto, de tal modo que nuestros resultados deben ser interpretados con cautela, pues pueden reflejar un poder de estudio limitado para comparaciones entre los subgrupos investigados. Finalmente tuvimos una tasa elevada de pérdidas de seguimiento a los seis meses después del parto, solamente 51 mujeres (53,1%) de las participantes originales fueron contactadas en la etapa 3.

CONCLUSIÓN

Durante la gestación, 52,1% de las mujeres relataron ITU, demostrando que esta enfermedad es frecuente en la gestación. En el periodo posparto, hubo una reducción en la prevalencia de ITU (40,3 puntos porcentuales a los seis meses), y todas las mujeres relataron haber sido tratadas para esta enfermedad.

Con relación a IU, 30,2% de las mujeres citaron esa DPP en la gestación, disminuyendo para 17,7% y 11,8% a los dos y seis meses respectivamente.

A los dos meses después del parto, la IA estuvo presente en 8,4%, siendo 6,3% de incontinencia de flatos y 2,1% de heces, mientras que, a los seis meses hubo solamente 2,0% de incontinencia de flatos y ninguna de heces. La dispareunia estuvo presente en 48,1% y 17,8% de las mujeres, a los dos y seis meses después del parto, respectivamente. No hubo asociación estadística entre el tipo de parto y la dispareunia y la IU.

La identificación precoz de las DPP es de extrema importancia para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de las complicaciones a la salud física y emocional de la mujer, en el periodo gestacional y en el posparto.

REFERENCIAS

- 1- Svare JA, Hansen BB, Lose G. Risk factors for urinary incontinence 1 year after the first vaginal delivery in a cohort of primiparous danish women. *Int Urogynecol J*. 2014;25(91):47-51.
- 2- Kim S, Harvey MA, Johnston S. A review of the epidemiology and pathophysiology of pelvic floor dysfunction: do racial differences matter? *Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(3):251-259.
- 3- Cabar FR, Codarin RR, Bunduki V. Anatomia da pelve feminina. In: Zugaib M, Francisco RPV. *Zugaib Obstetrícia*. 3ª ed. Barueri, SP: Manole; 2016. p. 34-49.
- 4- Assis TH, Sá ACAM, Amaral WN, Batista EM, Formiga CKMR, Conde DM. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de multíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(1):10-5.
- 5- [Brown S, Gartland D, Perlen S, McDonald E, MacArthur C. Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth: a cohort study. *BJOG*. 2014;122\(7\):954-62.](#)
- 6- Ferederice CP, Amaral E, Ferreira NO. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(4):188-95.
- 7- Yohay D, Weintraub AY, Mauer-Perry N, Peri C, Kafri R, Yohay Z, et al. Prevalence and trends of pelvic floor disorders in late pregnancy and after delivery in a cohort of Israeli women using the PFDI-20. [Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol](#). 2016;200:35-9.

- 8- Laine K, Skjeldestad FE, Sanda B, Horne H, Spydslaug A, Staff AC. Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(4):319-24.
- 9- Valetton CT, Amaral VF. Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba mothers program: a prospective study. *Int Urogynecol J*. 2011;22(7):813-8.
- 10- Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V, et al . Prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;160(1):110-5.
- 11- Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C., et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40. DOI:10.1002/nau.20870.
- 12- Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, Zyczynski H, FitzGerald MP, Whitehead W. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*. 2006;108(4):863-72.
- 13 - Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A, Driul L, Marchesoni D. Prevalence and risk factors for dyspareunia and unsatisfying sexual relationships in a cohort of primiparous and secondiparous women after 12 months postpartum. *Intern J Sexual Health*. 2010;22(1):47-53.
- 14- McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*. 2015;122(5):672-9.
- 15- Lucena HM, Mukhopadhyay S, Morris E. Dyspareunia: a difficult symptom in gynaecological practice. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2015;25(4):96-101.
- 16- Chaparro GM, Pérez VR, Sáez CK. Función sexual femenina durante el período posparto. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013;73(3):181-6.
- 17- Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nat Rev Microbiol*. 2015;13(5):269-84.
- 18- Mendes EPB, Oliveira SMJV, Caroci AS, Francisco AA, Oliveira SG, Silva RL. Pelvic floor muscle strength in primiparous women according to the delivery type: cross-sectional study. *Rev Latino-Am Enfermagem [on line]*. 2016;24(e2758).
- 19- Menta SS, Schirmer J. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(9):523-9.
- 20- Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Nascidos vivos - Brasil. Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes segundo Unidade de Federação (Datatus), 2010. [acesso em 30 marc. 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/g15.def>
- 21- Melo ME. Ganho de peso na gestação. ABESO [on line]. ABESO; s.d. [2015 ago. 08]. <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/5/5521b01341a2c.pdf>
- 22- Rørtveit G, Hannestad YS. Association between mode of delivery and pelvic floor dysfunction. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2014;134(19):1848-52.
- 23- Organização Mundial da Saúde-OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF): OPAS/USAID; 1996. [OMS/SRF/MSM/96.24]
- 24- Parveen K, Momen A, Begum AA, Begum M. Prevalence of urinary tract infection during pregnancy. *J Dhaka National Med Coll Hosp*. 2011;17(2):8-12.
- 25- Hackenhaar AA, Albernaz EP. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(5):199-204.

- 26- Huser M, Janku P, Hudecek R, Zbozinkova Z, Bursa M, Unzeitig V, Ventruba P. Pelvic floor dysfunction after vaginal and cesarean delivery among singleton primiparas. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;137(2):170-3.
- 27- Sut HK, Kaplan PB. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. *Neurourol Urodyn*. 2016;35(3):417-22.
- 28- Dumoulin C, Hay-Smith EJC, Mac Habée-Séguin G, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A short version Cochrane Systematic Reviews with Meta-Analysis. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(4):300-8.
- 29- Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006;124(1):42-6.
- 30- Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J*. 2014;25(1):5-14.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia