City Research Online

City, University of London Institutional Repository

Citation: Santos, F., Leister, N., Travisan, K. F., Cruz, C. D. & Riesco, M. L. G. (2018). Adhesión de las mujeres embarazadas a los ejercicios para fortalecer el suelo pélvico. Evidentia, 15(e10427), e10427.

This is the published version of the paper.

This version of the publication may differ from the final published version.

Permanent repository link: https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/24466/

Link to published version:

Copyright: City Research Online aims to make research outputs of City, University of London available to a wider audience. Copyright and Moral Rights remain with the author(s) and/or copyright holders. URLs from City Research Online may be freely distributed and linked to.

Reuse: Copies of full items can be used for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes without prior permission or charge. Provided that the authors, title and full bibliographic details are credited, a hyperlink and/or URL is given for the original metadata page and the content is not changed in any way.

City Research Online: http://openaccess.city.ac.uk/ publications@city.ac.uk

EVIDENTIA
REVISTA DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

Evidentia, 2018; v15: e10427
http://ciberindex.com/p/ev/e10427
ISSN 1697-638X
© Fundación Index, 2018

ORIGINALES

Recibido: 14.11.2015
Aceptado: 21.03.2016

Adhesión de las mujeres embarazadas a los ejercicios para fortalecer el suelo pélvico*

Fernanda *Santos*,[1] Nathalie *Leister*,[1] Karina *Trevisan*,[1] Camila *Cruz*,[1] Míriam *Zanetti*,[2] Maria Luiza *Riesco*[1]

[1]Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. [2]Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Santos, Brasil

Correspondencia: riesco@usp.br (Maria Luiza Riesco)

*Estudio financiado por la Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de São Paulo (FAPESP) y el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) de Brasil

Resumen
Objetivo: Analizar la adhesión de las mujeres a los ejercicios de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico (EFSP) durante el embarazo. Métodos: Estudio prospectivo con 315 mujeres; la recolección de datos se realizó por teléfono y personalmente; el análisis de los datos fue descriptiva e inferencial con nivel de significación del 5%. Resultados: En la primera mitad del embarazo, la adhesión total fue del 36,5%; cuando se agruparon adhesión total y adhesión parcial, este porcentaje alcanzó el 54%; a lo largo del embarazo, hubo una reducción gradual (desde 46% hasta 39,7%) de mujeres que informaron la falta de adhesión; no hubo asociación significativa entre la adhesión y las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas. Conclusión: Hubo adhesión total o parcial de la mayoría de las mujeres en todos los trimestres del embarazo; fue muy positiva la proporción de mujeres que informaron realizar EFSP.
Palabras clave: Cooperación del Paciente. Embarazo. Perineo. Terapia por Ejercicio. Incontinencia Urinaria.

Pregnant women adherence to pelvic floor muscle exercises

Abstract
Objective: To analyse the adherence of pregnant women to pelvic floor muscle exercises (PFME) during pregnancy. Methods: Prospective study, with 315 pregnant women; data collection was performed by phone and face-to-face; data analysis was descriptive and inferential with 5% significance level. Results: In the first half of pregnancy, the total adherence was 36.5%; when gathered total adherence and partial adherence, the percentage reached was 54%; during pregnancy, there was a gradual decrease (from 46% to 39.7%) of women who reported no adherence; there was no significant association between adherence and the sociodemographic, obstetric and clinics characteristics. Conclusion: The majority of pregnant women in all trimesters of pregnancy reported total or partial adherence to PFME; it was highly positive the proportion of women who reported performing PFME.
Key-words: Patient Compliance. Pregnancy. Perineum. Exercise Therapy. Urinary Incontinence.

Introducción

Para que un proceso de tratamiento o atención a la salud tenga resultados significativos para el paciente, se requiere la adhesión al cuidado establecido por el personal de salud. Este es un comportamiento complejo y fuertemente influenciado por el medio ambiente, las prácticas de salud y sistemas de cuidado[1]. La no adhesión a cualquier tratamiento puede afectar la respuesta del paciente o incluso ser perjudicial[2-3].

El término adhesión, también llamada de cumplimiento terapéutico, se refiere no sólo a seguir la prescripción de medicamentos, sino también los comportamientos relacionados con la salud, factores personales, sociales, económicos, características del sistema de salud, del tratamiento, del paciente e incluso de la propia enfermedad[4]. Un factor importante que causa no adhesión se refiere a la ausencia de síntomas en algunas etapas de la enfermedad o proceso, haciendo que el paciente sin la debida orientación interrumpa el tratamiento, pensando que ya está curado.

La aceptación de la enfermedad es esencial para que el individuo entienda por qué es necesaria la adhesión correcta y completa al tratamiento. Es decir, si para el paciente su pato-

logía no es presentada como algo significativo por parte del equipo de salud, pude ser que él no entienda el problema y que ignore la prescripción del tratamiento[5]. Por lo tanto, el desconocimiento, ya sea de la patología o de la necesidad de la terapia, constituye un obstáculo para la aceptación y adhesión del tratamiento.

En el caso de la incontinencia urinaria (IU), definida por la *International Continence Society* (ICS) como la queja de pérdida involuntaria de cualquier cantidad de orina[6], datos nacionales e internacionales muestran que la prevalencia de IU varía a lo largo del embarazo. Las cifras de IU, ya sea entre nulíparas o multíparas, varían entre 13,8% y 75%, a depender del trimestre del embarazo. Cuanto más adelantada la edad gestacional, mayor es la queja de IU.[7-12]

En cuanto a las formas de tratamiento, pueden ser desde intervenciones quirúrgicas y farmacológicas, hasta procedimientos menos invasivos[13]. La ICS recomienda que las mujeres con quejas de IU sean, en primer lugar, tratadas de forma conservadora con ejercicios de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico (EFSP) y con cambios en el estilo de vida, antes de cualquier otra intervención más invasiva[14]. Por consiguiente, la eficacia de ese tipo terapia depende de la adhesión de la paciente.

Los EFSP implican la incorporación del tratamiento al cotidiano de la mujer[15]. Estos ejercicios se basan en los movimientos voluntarios y repetidos para generar la fuerza muscular con el fin de prevenir la rigidez muscular, mantener o recuperar la fuerza, restaurar la imagen motor, la nutrición de los tejidos y mejorar el autoestima[16]. La práctica diaria de ejercicios para el suelo pélvico fortalece los músculos y promueve la adaptación neuronal, lo que resulta en un mejor tono de la musculatura y previene su descenso al hacer un esfuerzo que produzca aumento de la presión intra-abdominal[17].

Durante el embarazo, los EFSP favorecen el aumento de la fuerza muscular, tanto en relación a la presión de la vagina como a la fuerza del suelo pélvico[18-22]. El entrenamiento de estos músculos puede acortar la segunda etapa del parto y está asociado con la prevención y el tratamiento de los trastornos del suelo pélvico, como la IU; una en cada seis mujeres embarazadas y una en cada ocho mujeres en el posparto previenen la IU con la realización de estos ejercicios[23].

De acuerdo a *Société Internationale d'Urologie*, para el tratamiento de la IU, los ejercicios se deben realizar entre la 20ª y 36ª semanas del embarazo[24-25]. Aun cuando las mujeres embarazadas estén orientadas y conscientes de la importancia y de la práctica de los ejercicios, estrategias para mejorar la adhesión y para tener el control de su realización adecuada son necesarias[26-27]. En este sentido, la supervisión por un profesional con conocimientos técnicos y específicos favorece los resultados subjetivos y objetivos de este tratamiento para la prevención o reducción de la IU femenina[28].

Además de su importancia como prevención de la IU, las evidencias científicas muestran que los EFSP, practicados desde el inicio del embarazo, son indicados para prevenir la IU y deben ser seguidos también después del parto.[27,29-32]

Aunque la IU pueda tener alta prevalencia durante el embarazo, las mujeres tienen poca información sobre las ventajas de los ejercicios perineales para su prevención y tampoco se les enseña sobre esta práctica.[33]

Se deben adoptar instrucciones efectivas en cuanto a la forma de realizar los ejercicios perineales con el objetivo de mejorar la habilidad y la confianza de las mujeres para la práctica de los EFSP durante el embarazo[34]. Introducir los EFSP como una actividad educativa durante el pre-natal tiene un impacto positivo en la adhesión de las mujeres.[33]

Así, el objetivo de este estudio fue analizar la adhesión de las mujeres a los EFSP durante el embarazo.

Metodología

Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y analítico sobre la adhesión de las mujeres a los EFSP durante el embarazo. Se realizó en el Centro Clínico de Obstetricia y Prenatal de un servicio de la cartera de salud suplementaria, en el municipio de Guarulhos, São Paulo, Brasil.

La población fue constituida por 500 mujeres embarazadas que participaron en una cohorte, de la cual deriva este estudio, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años; educación fundamental completa; embarazo de bajo riesgo, con feto único; edad gestacional (EG) hasta 13 semanas; índice de masa corporal inferior a 35; sin cirugía urogenital, enfermedad o condición que interfiera en la fuerza de los músculos del suelo pélvico (FMSP); sin dificultad en la comprensión de la lengua portuguesa o en la comunicación; no resistir la inserción de la sonda perineómetro en la vagina; no realizar la maniobra de Valsalva durante la medición de la FMSP.

La muestra se constituyó con 315 mujeres embarazadas, pues de las 500 mujeres incluidas en la cohorte, 61 fueron excluidas debido al aborto y 124 debido a la pérdida durante el seguimiento.

Se consideró como la exposición la instrucción para la realización de los EFSP en casa, ofrecida cuando las mujeres se inscribieron en la cohorte y, como resultado, la adhesión a los EFSP.

Los datos fueron recolectados en el periodo de Noviembre del 2012 a Abril del 2014, en seis fases:

Fase 1: inscripción de las mujeres embarazadas en la cohorte e instrucción verbal y por escrito para realizar los EFSP en casa; se realizó en la primera consulta prenatal, antes de las 13 semanas de gestación. La instrucción por escrito se hizo por medio de un folleto con figuras. Se utilizó el siguiente protocolo de EFSP: tres series de 20 contracciones rápidas con intervalo de 1 segundo entre las contracciones y 10 contracciones sostenidas por 6 a 8 segundos, con intervalo de 12 a 16 segundos. Estos ejercicios se deben realizar en las posiciones en pie, sentada y tumbada.

Fase 2: un mes después de la fase 1; se realizó a través de un contacto telefónico, con un instrumento pre-evaluado para obtener información sobre la frecuencia de los EFSP y para aclarar dudas y proporcionar orientación. Cuando la mujer no contestó la llamada telefónica, se hicieron hasta seis intentos (tres intentos por día durante dos días);

Fase 3: un mes después de la fase 2, siguiendo el mismo procedimiento de la fase 2;

Fase 4: un mes después de la fase 3, siguiendo el mismo procedimiento de la fase 2;

Fases 5 y 6: realizadas entre 20 y 27 semanas y entre 31 y 38 semanas de gestación, respectivamente. Estas fases coincidieron con el control prenatal realizado por la enfermera o partera. Se le preguntó sobre la frecuencia de los EFSP.

La variable dependiente fue la adhesión a los EFSP. La adhesión se dividió en tres momentos: 1) fases 2, 3 y 4; 2) fase 5; 3) fase 6. Para caracterizar la adhesión en las fases 2, 3 y 4, en que la recolección de datos se hizo por teléfono, fueron adoptados los siguientes criterios:

Adhesión total: en por lo menos dos llamadas telefónicas, la mujer respondió que realizaba los EFSP por lo menos dos veces por semana;

Adhesión parcial: en por lo menos dos llamadas telefónicas, la mujer respondió que realizaba los EFSP por lo menos una vez por semana;

No adhesión: en por lo menos dos contactos telefónicos, la mujer no respondió que realizaba los EFSP por lo menos una vez por semana.

Para caracterizar la adhesión en las fases 5 y 6, en el que la recolección de datos se hizo durante la consulta prenatal, en el segundo y tercer trimestre del embarazo, se adoptó el siguiente criterio:

Adhesión total: la mujer realizó los EFSP por lo menos dos veces por semana;

Adhesión parcial: la mujer realizó los EFSP por lo menos una vez por semana;

No adhesión: la mujer no realizó o realizó los EFSP menos que una vez por semana.

Las variables independientes fueron: EG, en semanas completas; edad materna, en años; color de la piel, referida por la mujer; educación – fundamental completa (EF) (mínimo de 8 años de escolaridad), media completa (EM) (mínimo de 11 años de escolaridad), superior completa (ES) (educación universitaria); ocupación – trabajo remunerado, en el hogar, estudiante; religión, referida por la mujer; estado civil – vive con la pareja, no tiene o no vive con la pareja; actividad sexual en las últimas cuatro semanas – sí, no; estado nutricional, clasificado como bajo peso, adecuado, sobrepeso, obesidad[35]; ejercicio regular antes del embarazo - sí (por lo menos dos veces por semana), no; embarazos, abortos espontáneos y partos anteriores – sí, no; trauma perineal anterior – sí, no; IU anterior y actual – sí, no; Incontinencia anal (IA) anterior y actual (incluye la incontinencia de flatos o haces) si, no.

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas, se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar y valores mínimo y máximo) y, para las variables cualitativas, se calcularon las frecuencias absolutas y relativas. En el análisis inferencial se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado y exacta de Fisher y la ANOVA para un factor, en la forma de dos colas, admitiendo probabilidad de ocurrencia de error primera clase de 5% (valor p=0,05).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería da la Universidad de São Paulo (CAAE:05096412.7.0000.5392). Todas las mujeres participaron de manera voluntaria, fueron aclaradas sus dudas en cuanto al estudio y en cuanto a su derecho que dejar de participar cuando y si lo deseasen. Antes de ingresar al estudio, leyeron y firmaron el Consentimiento Informado.

Resultados

Las 500 mujeres inscritas en la cohorte recibieron instrucción verbal y por escrito para realizar los EFSP en casa. Las exclusiones y pérdidas durante el seguimiento se muestran en la Figura 1.

Por lo tanto, el seguimiento de las participantes se inició con 315 mujeres, en la fase 2. Se hicieron alrededor de 1.500 contactos telefónicos, pero sólo en 727 contactos se obtuvo alguna respuesta. La media de la EG fue de 8,7 semanas (d.e.=1,9), 22,9 (d.e.=1,3) y 34,7 (d.e.=1,3), en las fases 1, 5 y 6, respectivamente. La Tabla 1 muestra la distribución de las mujeres según la adhesión a los EFSP en todas las fases del estudio. Se encontró que la adhesión total fue mayor en las fases 2, 3 y 4 (36,5% de las mujeres), que corresponden a la primera mitad del embarazo. Cuando se considera en conjunto con la adhesión parcial, esta proporción alcanzó el 54% de las mujeres. También hubo una reducción gradual (desde 46% hasta 39,7%) de las mujeres que informaron no adhesión durante el embarazo.

Las Tablas 2 y 3 muestran que los grupos adhesión total, adhesión parcial y no adhesión eran homogéneos con respecto a las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas en el primer trimestre del embarazo. No hubo asociación estadísticamente significativa con respecto a la adhesión a los EFSP para todas las variables analizadas.

Discusión

La adhesión al tratamiento tiene como finalidad promover el mantenimiento y mejora de la salud y es un medio para la obtención de resultados, reduciendo los signos y síntomas de una enfermedad[1]. Es un fenómeno multidimensional determinado por la interacción de cinco dimensiones: el sistema y el equipo de salud, los factores socioeconómicos, los factores relacionados con el tratamiento, el paciente y la enfermedad. Puede ser influenciada por el género, la edad, la etnia, el estado civil, la educación, el nivel socioeconómico, la cronicidad de la enfermedad, la falta de síntomas, las creencias, la ignorancia, la dificultad en el acceso al servicio y la relación con el equipo de salud[4,36].

La adhesión puede ser tratada por niveles, siendo el más elevado aquel que incluye los individuos que siguen totalmente el tratamiento. El menos elevado o inferior incluye los que abandonan el tratamiento. Hay también los niveles llamados persistentes, que son los pacientes que asisten a las consultas, pero no siguen el tratamiento[4].

Un estudio prospectivo sobre la utilización de medicamentos clasificó 30 pacientes con dolor crónico de origen no oncológico en tres grupos: adhesión plena (usar corrientemente todos los medicamentos), adhesión parcial (usar por lo menos un medicamento) y no adhesión (no usar cualquier medicamento). Para el análisis de los datos, los pacientes de los grupos adhesión parcial y no adhesión fueron agregados[37]. De modo distinto, en este estudio, la adhesión parcial se consideró como un resultado positivo, pues más de la mitad de las participantes adhirió, en algún grado, a los ejercicios perineales durante el embarazo.

No se identificó ninguna relación entre la adhesión de las mujeres embrazadas a los EFSP y las variables analizadas. Sin embargo, la adhesión total o parcial de la mayoría de las mujeres puede estar relacionada con la forma de la instrucción ofrecida, o sea, a través de un enfoque educativo, verbal y por escrito, realizado al principio del embarazo, con un lenguaje fácil de entender y con ilustraciones. Además, las mujeres también fueron acompañadas por contacto telefónico, aclarándose sus dudas, incentivándolas y recordándoles sobre la rea-

lización de los ejercicios perineales. Sin embargo, se debe considerar que variables comportamentales, psicológicas y socioculturales sobre las expectativas y actitudes ante los ejercicios perineales se deberían incluir en estudios futuros sobre el tema.[33]

Figura 1. Diagrama de flujo de las participantes del estudio, Guarulhos, SP - 2012-2014

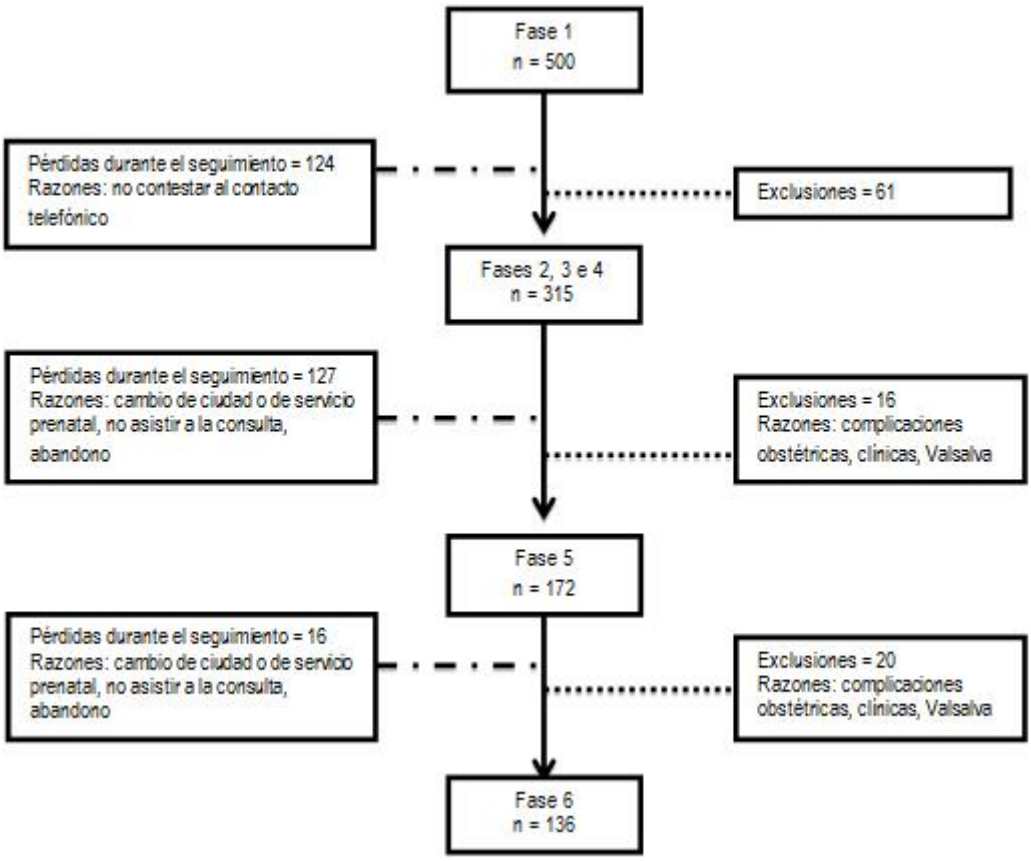

Tabla 1. Distribución de las mujeres embarazadas según la adhesión a los EFSP en todas las fases del estudio, Guarulhos - 2012-2014

Fase	Adhesión total		Adhesión parcial		No adhesión		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2, 3 e 4	115	36,5	55	17,5	145	46,0	**315**	**100**
5	51	27,9	48	29,7	73	42,4	**172**	**100**
6	45	33,1	37	27,2	54	39,7	**136**	**100**

Tabla 2. Distribución de las mujeres embarazadas según las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas en el primer trimestre del embarazo, Guarulhos - 2012-2014

Variable	Adhesión total n (%)	Adhesión parcial n (%)	No adhesión n (%)	p-valor
Color de la piel (n=315)				
Marrón	61 (38,9)	25 (15,9)	71 (45,2)	0,704*
Blanca	34 (30,6)	22 (19,8)	55 (49,5)	
Negra	18 (40,9)	8 (18,2)	18 (40,9)	
Amarilla	2 (66,7)	-	1 (33,3)	
Educación (n=315)				
EF	13 (44,8)	3 (10,3)	13 (44,8)	0,531†
EM	83 (36,7)	43 (19,0)	100 (44,2)	
ES	19 (31,7)	9 (15,0)	32 (53,3)	
Ocupación (n=315)				
Trabajo remunerado	86 (34,5)	45 (18,1)	118 (47,4)	0,369†
Hogar o estudiante	29 (43,9)	10 (15,2)	27 (40,9)	
Religión (n=312)				
Católica	57 (41,0)	25 (18,0)	57 (41,0)	0,791†
Evangélica	37 (34,3)	20 (18,5)	51 (47,2)	
Otra	7 (28,0)	4 (16,0)	14 (56,0)	
Ninguna	14 (35,0)	6 (15,0)	20 (50,0)	

Estado civil (n=314)				
Vive con la pareja	97 (36,1)	49 (18,2)	123 (45,7)	0,726†
No tiene o no vive con la pareja	17 (37,8)	6 (13,3)	22 (48,9)	
Actividad sexual (n=315)				
Sí	95 (36,3)	45 (17,2)	122 (46,6)	0,907†
No	20 (37,7)	10 (18,9)	23 (43,4)	
Estado nutricional (n=314)				
Bajo peso	13 (43,3)	2 (6,7)	15 (50,0)	0,331†
Adecuado	51 (35,9)	31 (21,8)	60 (42,3)	
Sobrepeso	34 (33,7)	14 (13,9)	53 (55,5)	
Obesidad	17 (41,5)	7 (17,1)	17 (41,5)	
Ejercicio regular antes del embarazo (n=315)				
Sí	30 (39,5)	11 (14,5)	35 (46,1)	0,686†
No	85 (35,6)	44 (18,4)	110 (46,0)	
IU previa (n=315)				
Sí	40 (35,1)	24 (21,1)	50 (43,9)	0,449†
No	75 (37,3)	31 (15,4)	95 (47,3)	
IA previa (n=315)				
Sí	26 (36,1)	11 (15,3)	35 (48,6)	0,821†
No	89 (36,6)	44 (18,1)	110 (45,3)	
IU actual (n=315)				
Sí	19 (35,2)	6 (11,1)	29 (53,7)	0,306†
No	96 (36,8)	49 (18,8)	116 (44,4)	
IA actual (n=315)				
Sí	115 (36,5)	55 (17,5)	145 (46,0)	0,506†
No	10 (30,3)	8 (24,2)	15 (45,5)	
Embarazos anteriores (n=315)				
Ninguno	66 (38,4)	29 (16,9)	77 (44,8)	0,965†
Uno	32 (34,0)	17 (18,1)	45 (47,9)	
Dos o más	17 (34,7)	9 (18,4)	23 (46,9)	
Abortos anteriores (n=143)				
Sí	15 (34,9)	8 (18,6)	20 (46,5)	0,987†
No	34 (34,0)	18 (18,0)	48 (48,0)	
Partos anteriores (n=143)				
Ninguno	9 (50,0)	2 (11,1)	7 (38,9)	0,425†
Uno	28 (29,2)	19 (19,8)	49 (51,0)	
Dos o más	12 (41,4)	5 (17,2)	12 (41,4)	
Trauma perineal anterior (n=124)				
Sí	22 (30,6)	13 (18,1)	37 (51,4)	0,597†
No	27 (38,0)	13 (18,3)	31 (43,7)	

*Prueba exacta de Fisher; †Prueba Chi-cuadrado

Tabla 3. Distribución de las mujeres embarazadas según la edad materna, Guarulhos - 2012-2014

Variable	n	Media	d.e.	Min	Máx	p-valor*
Edad materna (n=315)						
Adhesión total	115	27,5	5,5	18	45	0,816
Adhesión parcial	55	28,0	5,9	18	46	
No adhesión	145	27,5	5,4	18	42	

*ANOVA

Los EFSP durante el embarazo pueden favorecer el aumento de FMSP[19-20,22] y constituyen un método preventivo y terapéutico de la IU y la IA reconocido por la ICS[6]. Para los cuidados preventivos a la salud, en que no hay enfermedad establecida, la dificultad en la adhesión debe ser considerada.[5] El tipo de enfermedad tratado tiene importancia para la adhesión al tratamiento, pues tratamientos de larga duración o de enfermedades crónicas requieren esfuerzo del paciente y cambio en los hábitos cotidianos.[36]

En este estudio, la alta proporción de mujeres con IU o IA, entre las que no se adhirieron a los EFSP, puede indicar que estas quejas no son razones para la adhesión, pues es común que las mujeres embarazadas ni siquiera informen la queja al profesional de salud durante el cuidado prenatal, por la creencia de que estas incontinencias son condiciones transitorias, inherentes al embarazo.

Un estudio exploratorio con 289 mujeres utilizó a Teoría del Comportamiento Planificado para analizar la motivación para la práctica de EFSP durante el embarazo y después del parto. Los resultados mostraron que los componentes que explican la intención de practicar los EFSP son: creer en los beneficios de los ejercicios, ser incentivada por otras personas, sentirse capaz de realizarlos y haber practicado ejercicios perineales en embarazos anteriores. En lo tanto, saberse vulnerable a la UI, no aumentó la disposición de esas mujeres para la práctica de los EFSP. Los autores concluyen que para aumentar la adhesión de las mujeres a la práctica de ejercicios perineales se debe enseñarlas a contraer correctamente los músculos del suelo pélvico y promover su confianza en la habilidad de realizarlos. Estas son medidas eficaces para establecer el hábito de ejercitar esos músculos.[34]

Aun cuando las mujeres embarazadas sean orientadas y conscientes de la importancia de la práctica de los EFSP, se necesitan estrategias para mejorar la adhesión a los ejercicios y para tener control de su realización adecuada.[26-27] Teniendo en cuenta que las mujeres son acompañadas por profesionales de la salud durante el prenatal, este cuidado especial debería ser ofrecido durante las consultas.

Otro aspecto que se debe considerar en favor de la adhesión es el vínculo que se establece entre el paciente y el profesional.[2] En este estudio, el contacto telefónico para la recolección de los datos, a pesar de su desventaja en comparación con el contacto personal, puede haber favorecido la relación de confianza con la mujer y su adhesión a los EFSP. Teniendo en cuenta los beneficios potenciales de los EFSP en la de vida de las mujeres y, en especial, durante el embarazo y después del parto, se necesitan más estudios para encontrar estrategias para mejorar la adhesión a los ejercicios perineales, así como formas de evaluar la adhesión.

Conclusión

Hubo adhesión total o parcial de la mayoría de las mujeres a los EFSP en todos los trimestres del embarazo. Las variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos y la IU e IA no son factores asociados con la adhesión.

Bibliografía

1. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action: a statement for health care professionals. Circulation 1997;95:1085-90.
2. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Cien Saude Colet 2003;8(3):775-82.
3. Rocha CH, Oliveira AP, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza AC, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. Cienc Saude Colet 2008;13(Supl): 703-10.
4. Gusmão JL, Mion Jr D. Adesão ao tratamento: conceitos. Rev Bras Hipertens 2006;13(1):23- 5.
5. Cunha MF, Gandini RC. Adesão e Não-Adesão ao tratamento farmacológico para depressão. Psicol Teor Pesqui 2009; 25(3): 409-18.
6. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. 4th International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence. Neurourol Urodyn 2010; 29(1): 213-40.
7. Franco EM, Parés D, Lorente Colomé L, Mendéz Paredes JR, Amat Tardiu L. Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester? Eur J Obstet Gynecol Report Biol. 2014; 182: 86-90.
8. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during oregnancy in primigravidae: a review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 178: 27-34.
9. Oliveira Cd, Seleme M, Cansi PF, Consentino RF, Kumakura FY, Moreira GA, et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. Rev Assoc Med Bras. 2013; 59(5): 460-6.
10. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. Int Urogynecol J. 2013; 24(6): 901-12.
11. Bø K, Pauck Øglund G, Sletner L, Mørkrid K, Jenum AK. The prevalence of urinary incontinence in pregnancy among a multi-ethnic population resident in Norway. BJOG. 2012; 119(11): 1354-60.
12. Hansen BB, Svare J, Viktrup L, Jørgensen T, Lose G. Urinary incontinence during pregnancy and 1 year after delivery in primiparous women compared with a control group of nulliparous women. Neurourol Urodyn. 2012; 31(4): 475-80.
13. Flisser AJ, Blaivas JG. Evaluating incontinence in women. Urol Clin North Am 2002; 29(3): 515-26.
14. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmesten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. Urology 2003; 61(1): 37-49.
15. Silveira SR. Estudo observacional de aspectos relacionados à adesão ao tratamento da incontinência urinária em mulheres que realizaram exercícios da musculatura do assoalho pélvico [disertación]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2006. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-20092006-155730/> Consultado en 17 de Diciembre de 2012.
16. Oliveira JM. Avaliação do tipo de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico de primípara [disertación]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/.../publico/JANAINAMAYERDEOLIVEIRA.pdf> Consultado en 15 de noviembre de 2015.
17. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? Int Urogynecol J 2004; 15: 76-84.
18. Nielsen CA, Sigsgaard I, Olsen M, Tolstrup M, Danneskiold-Samsoee B, Bock JE. Trainability of the pelvic floor: a prospective study during pregnancy and after delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 1988; 67(5): 437-40.
19. Mørkved S, Salvesen KA, Bø K, Eik-Nes S. Pelvic floor muscle strength and thickness in continent and incontinent nulliparous pregnant women. Int Urogynecol J 2004; 15: 384-90.
20. Oliveira C, Lopes MAB, Pereira LCL, Zugaib M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy. Clinics (São Paulo) 2007; 62(4): 439-46.
21. Assis LC. Efetividade de exercícios do assoalho pélvico durante a gestação como medida preventiva da incontinência urinária e da disfunção muscular do assoalho pélvico [disertación]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2010. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11449/99200> Consultado en 15 de Noviembre de 2015.
22. Bø K, Haakstad LAH. Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomised controlled trial. Physiotherapy 2011; 97: 190-5.
23. Salvesen KÅ, Mørkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. BMJ 2004; 329(7462): 378-80.

24. Gameiro MO, Moreira ECH, Amaro JL. Exercícios perineais. In: Amaro JL, Haddad JM, Trindade JCS, Ribeiro RM. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinária e anorretais. São Paulo: Segmento; 2005.
25. Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Dmochowski R, van Kerrebroeck P, Sand P, et al. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. Neurourol Urodyn 2009; 28(4): 287.
26. Ismail SIM. An audit of NICE guidelines on antenatal pelvic floor exercises. Int Urogynecol J 2009; 20(12): 1417-22.
27. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database of Syst Rev. 2012; 10: CD007471.
28. Zanetti MRD, Castro RA, Rotta AL, Santos PD, Sartori M, Girão MJBC. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. São Paulo Med J 2007; 125(5): 265-9.
29. Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. Br J Sports Med. 2014; 48(4): 299-310.
30. Pelaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejo R, Barakat R. Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. Neurourol Urodyn. 2014; 33(1): 67-71.
31. Stafne SN, Salvesen KÅ, Romundstad PR, Torjusen IH, Mørkved S. Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomised controlled trial. BJOG. 2012; 119(10): 1270-80.
32. Ko PC, Liang CC, Chang SD, Lee JT, Chao AS e Cheng PJ. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2011; 22(1): 17-22.
33. Rosediani M, Nik Rosmawati NH, Juliawati M, Norwati D. Knowledge, attitude and practice towards pelvic floor muscle exercise among pregnant women attending antenatal clinic in Universiti Sains Malaysia Hospital, Malaysia. IMJ 2012; 19(1): 42-43.
34. Whitford HM, Jones M. An exploration of the motivation of pregnant women to perform pelvic floor exercises using the revised theory of planned behavior. Br J Health Psycol 2011; 16(4): 761-78.
35. Atalah ES, Castillo LC, Castro SR, Aldea PA. Propuesta de un nuevo estandar de evaluación nutricional en embarazadas. Rev Med Chil 1997; 125(12): 1429-36.
36. Merino Garrido L, Mínguez Arias J, Calvo Hornillos M, Herreros Gorría A. Autocuidado en personas con hipertensión arterial en cumplimiento terapéutico en Atención Primaria. Evidentia 2015; 12(49). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n49/ev9731.php> Consultado el 15 de Noviembre de 2015.
37. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(3): 254-61.