

ARTÍCULO ORIGINAL

Prevención de lesiones musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo de las enfermeras obstétricas: un *focus group*

HIGHLIGHTS

1. Los riesgos laborales condicionan la salud y la calidad de vida de los profesionales.
2. Los profesionales dan prioridad a la atención prestada a los usuarios, poniendo en riesgo su propia seguridad.
3. Existe una necesidad apremiante de equilibrar el cuidado de la díada usuario-profesional.
4. Es necesario invertir en formación e investigación en biomecánica.

Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento¹ 
Maria Helena de Carvalho Valente Presado¹ 
Maria de Fátima Mendes Marques¹ 
Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho¹ 
Ana Leonor Saraiva Mineiro¹ 
Mário Manuel Escaleira Cardoso¹ 

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de los enfermeros obstétricos formados en la Escuela Superior de Enfermería de Lisboa sobre la necesidad de formación para la prevención del riesgo de lesiones musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo en su práctica clínica e identificar estrategias de formación y propuestas. **Método:** Estudio de enfoque cualitativo con recurso a la técnica de grupo focal, realizado online en noviembre de 2022 con la participación de cinco enfermeros obstétricos. Los datos se organizaron basándose en el análisis de contenido y con el software WebQDA®. **Resultados:** Surgieron cinco categorías que conforman las áreas emergentes para el cambio: Entorno asistencial; Concientización para la práctica; Herramientas para la gestión del riesgo; Confort de la parturienta; Desarrollo profesional y papel de la organización. **Conclusión:** Es fundamental que las organizaciones promuevan el equilibrio entre la atención al usuario y la ergonomía del profesional para mitigar el riesgo de lesiones.

DESCRIPTORES: Enfermería Obstétrica; Riesgos Laborales; Salud Laboral; Trastornos de Traumas Acumulados; Capacitación Profesional.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

do Nascimento TFR, Presado MHCV, Marques MFM, Baixinho CRSL, Mineiro ALS, Cardoso MME. Prevención de lesiones musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo de las enfermeras obstétricas: un *focus group*. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e97343es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97343es>

INTRODUCCIÓN

Las lesiones musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo (LMELT) son trastornos traumáticos acumulativos que resultan de alteraciones aisladas o combinadas, intensificadas por el desarrollo de las actividades y los efectos del entorno en el lugar de trabajo¹⁻². La tasa de prevalencia está directamente relacionada con las actividades que se realizan en el lugar de trabajo y que requieren un gran esfuerzo físico, siendo el porcentaje más alto de LMELT en los hospitales públicos, debido a la escasez de personal y/o equipos.

En los enfermeros se observan altas tasas de prevalencia que pueden oscilar entre el 25 % y el 98 %³, lo que ha impulsado el interés por las LMELT como objeto de investigación⁴⁻⁵. Son varios los factores de riesgo para las LMELT, dado que los enfermeros están expuestos en su práctica clínica al manejo y movimiento de cargas, la movilización de usuarios, la aplicación de fuerza en sobrecarga, adopción de posturas inadecuadas, posiciones estáticas o repetidas en el límite articular, así como movimientos y gestos repetitivos que contribuyen a la aparición y/o agravamiento de las LMELT^{1,5-7}.

Entre los enfermeros, los enfermeros obstétricos (EO), por la especificidad de su actividad profesional, están sujetos a riesgos adicionales asociados relacionados con: equipos y materiales (características ergonómicas, mantenimiento del equipo funcional y ausencia de equipos y materiales); la parturienta (el comportamiento de la parturienta y su posición en función del tipo de parto) y la especificidad de la tarea (movilizaciones; cuidados a la madre; cuidados al recién nacido y trabajo en equipo)^{1,7-10}.

En la sala de partos, la práctica de los EO en la asistencia al parto en posiciones horizontales o verticales es muy compleja debido a los diversos focos de atención simultáneos, que provocan posturas inadecuadas e inestabilidad postural. Los movimientos rápidos obligan a cambiar de una posición estática a una dinámica con la aplicación de fuerza, a menudo en exceso, más allá de las capacidades individuales^{1,7,10}. Por lo tanto, el malestar musculoesquelético está asociado con la adopción de posturas incorrectas y movimientos inadecuados, lo que aumenta el estrés en los músculos, ligamentos y articulaciones, el estado de fatiga, los errores, los accidentes y el riesgo de LMELT, con repercusiones en la salud y la calidad de vida^{1,7,11-12}.

La edad, los años de ejercicio laboral, el índice de masa corporal, las horas de trabajo, la satisfacción y el estrés laboral son factores que contribuyen al agravamiento de estas lesiones^{8,11-12}. Aunque el estrés, la ansiedad y la depresión pueden considerarse reacciones emocionales normales, como por ejemplo ante una pandemia (COVID-19)¹³, estas se agravan y pueden agravar las LMELT^{1,7}. En este contexto, los enfermeros están sometidos a la tensión y el agotamiento físico que conlleva la prestación de cuidados, con dinámicas de trabajo alteradas, como consecuencia del creciente número de usuarios, con posible exposición a la enfermedad y a la muerte.

Aunque los riesgos de las LMELT se identificaron en el siglo XVIII, los profesionales y los gestores valoran la calidad de la atención prestada y subestiman la importancia de la salud de los profesionales, existiendo incluso la posibilidad de que se produzca estrés postraumático¹⁴. La desvalorización de estos factores en favor de las necesidades de los usuarios, la resiliencia de los profesionales y las necesidades económicas y sociales agravan las LMELT y contribuyen al ejercicio de funciones en condiciones de salud precarias. Estas situaciones provocan una disminución de la productividad y de la calidad de los cuidados, además de aumentar el impacto económico del tratamiento de las lesiones y el absentismo laboral⁶, con consecuencias para la sostenibilidad y la eficiencia de las organizaciones^{6,15}.

El análisis de los riesgos en la práctica de los EO, que promueve el conocimiento de estos profesionales, junto con una gestión que fomenta el bienestar de los empleados, la seguridad de los usuarios, así como al dimensionamiento adecuado del equipo en los contextos de la práctica clínica, contribuye a la reducción de la sintomatología musculoesquelética⁹.

Aún son escasos los estudios sobre las lesiones musculoesqueléticas en los EO¹⁰. La preocupación por la salud y la seguridad de los EO hace que las LMELT sean un problema de salud pública que debe estudiarse, investigarse y analizarse. Consideramos que solo podemos prevenir si tenemos conocimientos sobre biomecánica en el cuidado del EO, así como estrategias preventivas que minimicen el riesgo de LMELT. Esta investigación tiene como objetivos: analizar la percepción de los EO formados en la Escuela Superior de Enfermería de Lisboa (ESEL) sobre la necesidad de formación para la prevención del riesgo de LMELT en su práctica clínica e identificar las estrategias de formación y propuestas.

MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo, en el que la recopilación de datos se realiza a través de un *Focus Group* (FG). Se partió de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción de los EO formados en la ESEL sobre la necesidad de formación para la prevención del riesgo de LMELT en su práctica clínica? En este sentido, se solicitó a los *alumni* del Máster en Enfermería Materno-Infantil y Obstétrica (CMESMO) que reflexionaran sobre la realidad vivida en su práctica clínica en la sala de partos, en relación con la necesidad de formación sobre la prevención del riesgo de LMELT.

La contribución de las percepciones, significados y opiniones individuales, basados en los contextos profesionales de cada participante, se convirtió en un motivo importante para elegir la metodología¹⁶⁻¹⁷. El uso de los FG como estrategia metodológica de investigación se basa esencialmente en la posibilidad de generar nuevas ideas y evaluar ideas potenciales, así como obtener una visión de las diferentes opiniones de los participantes, lo que puede generar una gran cantidad de datos en poco tiempo¹⁸⁻²⁰. Al mismo tiempo, durante la última década, la recopilación de datos cualitativos en línea ha experimentado un fuerte auge, lo que ha permitido a los investigadores llevar a cabo sus investigaciones de forma más rápida y sencilla²¹. En consecuencia, la realización de FG virtuales, en los que los debates utilizan la comunicación a través de Internet, ha ganado popularidad en los estudios de investigación²⁰. El FG virtual implica la inclusión efectiva de participantes cuya participación podría verse limitada por la distancia, el tiempo o las barreras sociales²⁰⁻²¹.

En este estudio, la variación geográfica de los participantes y la disponibilidad para participar fueron los motivos por los que se eligió la modalidad virtual, con el fin de maximizar la riqueza de las aportaciones²². Para la puesta en práctica del FG se utilizan diversos métodos, pudiendo los FG llevarse a cabo de forma asíncrona, sincrónica o utilizando un enfoque de métodos mixtos. En los métodos asíncronos no es obligatorio que la interacción de los participantes se produzca en tiempo real, mientras que, en el método sincrónico, los participantes interactúan en tiempo real, lo que permite una discusión más libre y un acercamiento a los FG presenciales, con interacción cara a cara²⁰. El FG se llevó a cabo de forma sincrónica, lo que permitió la interacción en tiempo real, así como la evaluación del lenguaje corporal, los tonos

de voz y las expresiones faciales, lo que contribuyó a una evaluación más rica de los datos²¹.

En cuanto al *software* utilizado para llevar a cabo el FG, se optó por uno que permitiera una comunicación audiovisual fiable, presentara la seguridad adecuada para la realización del FG, fuera seguro en tiempo real y sin costes financieros para los participantes^{19,22}, y se eligió el *software* Microsoft® Teams, por ser una plataforma disponible en ESEL. El FG se llevó a cabo en noviembre de 2022, con una muestra de conveniencia constituida inicialmente por 12 *alumni* del CMESMO de la ESEL que aceptaron participar tras recibir información sobre la investigación en curso.

Los criterios de selección de los participantes fueron: a) haber completado el CMESMO en la ESEL y b) ejercer como enfermero/a especialista en sala de partos. De ellos, cinco *alumni* participaron en el FG online, en noviembre de 2022, siendo la falta de tiempo la principal razón por la que el resto de participantes no pudieron asistir. El número considerado estándar de participantes en un FG oscila entre seis y doce personas¹⁸, aunque algunos estudios apuntan a cifras más reducidas para todo tipo de estudios de FG virtuales²⁰. En esta investigación, este hecho permitió comprender en profundidad las experiencias de las EO sobre la prevención de las LMELT^{18,23}.

Dos investigadores participaron en la recopilación de datos, uno como moderador y otro como asistente, y ambos redactaron notas de campo. La sesión duró cincuenta minutos y fue grabada en audio y vídeo a través de la plataforma Microsoft® Teams. También se utilizó otra grabación de audio como garantía de que se recopilaba toda la información producida²⁴.

Tras la realización del FG, se procedió a la transcripción literal e íntegra de las grabaciones. El conjunto de datos constituido por las transcripciones y las notas elaboradas durante la moderación del FG se sometió a un análisis de contenido dividido en tres fases: organización del análisis, codificación y categorización²⁵. Se comenzó con la constitución de un *corpus* de análisis mediante una lectura flotante, en la que se crearon indicadores que respaldaban la interpretación. A continuación, se llevó a cabo la codificación separando en unidades temáticas, sin categorías previas, lo que dijeron los participantes y que expresaba la idea subyacente en cada una, como Unidades de Registro (UR). Por último, se procedió a la categorización, en la que los elementos se clasificaron en función de características comunes, con recuento de frecuencias, centrándose en el tipo de UR²⁵, operacionalizada mediante el *software* webQDA²⁶.

Teniendo en cuenta el carácter colaborativo que permite este *software*, también cabe destacar la posibilidad de reducir la subjetividad de los investigadores implicados, lo que se traduce en una mayor precisión y sistematización²⁷. Como tal, dos investigadores garantizaron la asignación de los códigos a los discursos, que fue validada por los otros cuatro investigadores.

Este estudio forma parte de una investigación sobre las lesiones musculoesqueléticas en enfermeros especialistas en salud materna y obstetricia de la ESEL, y ha sido aprobado por la Comisión de Ética de la ESEL (Dictamen n.º 2/2017/CE de 24/06/2017). La formalización de la participación de los participantes se llevó a cabo mediante la cumplimentación de una declaración en la que expresaban su consentimiento informado sobre la participación en el FG. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes, cuyos nombres se codificaron e identificaron con un código (A). Solo el equipo de investigadores tuvo acceso a los datos.

RESULTADOS

Todas las participantes eran mujeres y tenían entre 35 y 47 años, con una media de 39,6 años. El tiempo profesional como EO varió entre seis y dieciocho meses. Los participantes pertenecían a instituciones sanitarias públicas o privadas de las regiones de Lisboa, Cascais y Azores. A partir de los textos elaborados por los participantes basándose en los registros del FG, se llevó a cabo un análisis cualitativo utilizando el software webQDA®. En una metodología de análisis de contenido, se agruparon las categorías según el Cuadro 1.

Cuadro 1. Categorización y unidades de registro. Lisboa, Portugal, 2024

Categoría	Unidades de Registro
Entorno asistencial	8
Concientización para la práctica	15
Herramientas para la gestión del riesgo	3
Comodidad de la parturienta	7
Desarrollo profesional	14
Papel de la Organización	5

Fuente: Los autores (2024).

Los participantes comenzaron compartiendo sus edades, su experiencia como especialistas y sus lugares de trabajo, contextualizando sus experiencias prácticas y retos específicos. El debate abordó la importancia de aplicar principios biomecánicos en situaciones prácticas, así como los retos encontrados, como la falta de espacio y de material adecuado, y la necesidad de dar prioridad a la propia seguridad durante los procedimientos clínicos.

Los resultados permitieron definir seis categorías fundamentales: el entorno asistencial, la concientización sobre la práctica, las herramientas para la gestión del riesgo, la comodidad de la parturienta, las oportunidades de formación y el papel de la organización. A continuación se detallan cada una de las categorías, con ejemplos textuales que ilustran la relevancia del análisis. En la categoría **entorno de cuidados** (n=8), quedaron patentes las preocupaciones de los participantes en relación con las condiciones en las que ejercen su actividad clínica, en la que, en muchos momentos y a pesar de existir una concientización sobre las buenas prácticas, los recursos no permiten su aplicación, tal y como señalaron los participantes:

La sala tiene, en mi opinión, una limitación de espacio, incluso para la propia embarazada. Queremos cada vez más movimiento en el parto. La verdad es que la sala queda muy limitada por el tamaño de la cama y eso quedó así después de colocarla. (A1)

(...) la limitación del material por ser más antiguo y poco versátil también condiciona posteriormente la noción de posicionamiento (...) (A2)

En estas cuestiones planteadas por los participantes, la obsolescencia de los recursos puede dar lugar a procedimientos más adaptados, pero con mayor riesgo para la parturienta y para el EESMO, en el que uno de los participantes señaló que:

(...) ya he tenido embarazadas que me ponían el pie sobre el hombro (...)» (A4).

También en el contexto del entorno asistencial, la presión del momento del parto es un factor que condiciona la aplicación de buenas prácticas en la gestión de la biomecánica, tal y como se menciona en:

(...) depende del momento. Si se trata de algo muy rápido, es casi imposible pensar bien cuál será la mejor forma de gestionar y actuar en ese momento. Si es algo más tranquilo, puede que dé para más, pero no siempre. Confieso que tengo esa preocupación. (A1) y confieso que, como todavía estoy preocupada por tantas cosas que gestionar (...), no es una prioridad. (A3)

En la dimensión relativa a la **concientización sobre la práctica** (n=15), de la que surgieron más unidades de enumeración, los participantes señalan que una de las variantes es la existencia del conocimiento, pero la falta de priorización en este momento, como se evidencia a continuación:

(...) es decir, soy consciente de cómo puedo protegerme, pero también soy consciente de que todavía no es algo que considere prioritario. (A2)

(...) confieso que yo también reconozco la importancia de la postura, pero no. No me preocupa mucho, sobre todo en la asistencia al parto. (A3).

El enfoque es, efectivamente, el éxito del parto, tal y como lo describe uno de los participantes, quien considera que, ante este momento:

(...) acabas por distraerte un poco de la situación y ya está, no prestas tanta atención (...). (A4)

Sin embargo, también hay situaciones en las que las experiencias previas han proporcionado esta mayor conciencia de la biomecánica, y una de las participantes lo ha reforzado diciendo que:

(...) ya era consciente de esta realidad porque trabajaba como enfermera generalista en la sala de partos y veía a mis compañeras especialistas, por lo que ya estaba familiarizada con los principios de la biomecánica y la postura corporal. (A1).

Al mismo tiempo, y con el riesgo presente, la concientización sobre la práctica se produce cuando ya se ha instalado un cuadro de dolor, es decir, en un momento agravado de desarrollo de una LMELT, como lo evidencia uno de los participantes, quien refuerza que:

(...) hay veces que salgo del trabajo con dolor en la espalda, en el cuello, pero solo me doy cuenta después». (A3)

En relación con la dimensión anterior, es importante analizar la razón por la que esta concientización es tardía o no prioritaria, y la razón principal señalada por los participantes es la **comodidad de la parturienta** (n=7) en detrimento de la comodidad del EESMO, ya que:

(...) siempre acabamos dando un poco más de importancia a la postura y la comodidad de la embarazada que a la comodidad y la postura del profesional. (A4)

(...) creo que la razón principal por la que no me preocupo tanto por mi postura o por la biomecánica es precisamente para prestar más atención al embarazo en ese momento. (A2)

Esta priorización se produce incluso en momentos en los que existe cierta conciencia, aunque va acompañada de un fenómeno de altruismo, tal y como describe uno de los participantes:

(...) claro que al día siguiente me dolerá, pero en ese momento me preocupo por ellas y no por mí. Por su bienestar y por lo que desean para su parto». (A1)

Ante estas cuestiones, se preguntó a los participantes qué **herramientas de gestión del riesgo** (n=3) podrían utilizarse para mitigar el riesgo de LMELT, siempre que existiera concientización sobre el proceso:

(...) durante el momento de corregir el perineo o colocar un banco para sentarme y poder recostarme un poco más, para protegerme en lugar de permanecer de pie, mal posicionada. (A2).

A esto se suman estrategias que recurren al uso de instrumentos en la sala de partos, tales como:

(...) el uso del espejo, que nos permite ver la evolución del bebé y no estar tan, tan encorvadas. (A4)

O adaptando, según otro participante, estos mismos recursos a las necesidades de la EESMO:

(...) suelo elevar la cama siempre a mi altura, cuando estoy en la fase expulsiva y no estoy siempre como quiero por estar en una posición totalmente modificada. Es decir, cuando esté en la cama, solo tengo que hacer la elevación. (A3)

Así, se preguntó a los participantes qué medidas podrían ser importantes, teniendo en cuenta su **desarrollo profesional** (n=14), para esta concientización, para la reducción del riesgo de LMELT y, en última instancia, para la seguridad de la parturienta y del bebé, y las opiniones divergieron, en el sentido de que una de las participantes reforzó que sí:

(...) tuviéramos un poco más de formación, también podríamos adoptar medidas más adecuadas y eficaces para prevenir este tipo de lesiones. (A3)

Especialmente esta formación en el contexto de la práctica clínica, es decir, garantizar la transferencia del conocimiento de los contextos académicos a los contextos profesionales, tal y como subrayó una participante:

(...) sería bueno reforzar esta formación en un sentido más práctico, porque realmente hay cosas que, cuando estamos haciendo en el curso de especialización, luego, cuando llegamos a la práctica, adquirimos una percepción diferente de las cosas. (A4)

Sin embargo, una de las participantes refuerza la necesidad de reflexionar sobre la práctica, concientizando sobre su importancia durante el transcurso de la acción:

(...) no falta la formación. Lo que falta es aplicar los conocimientos. Es decir, tomar conciencia. O cuando estoy asistiendo a un parto, pensando en mi postura y no tanto en el embarazo que viene, que puedo hacerlo. Pero lo que quiero decir es que, en mi caso, no me falta formación, lo que realmente falta es ponerla en práctica. (A2)

Es también en este ámbito donde se refuerza la importancia de aliar el mundo académico con los contextos sanitarios, con el fin de armonizar la formación con la

evidencia. Los participantes mencionaron la necesidad de crear sinergias para mejorar las prácticas:

Era una buena idea realizar este intercambio con la escuela y solicitar la difusión de estos proyectos de investigación, así como algún tipo de apoyo en la formación práctica. (A3)

(...) ir a buscar estos aportes a la escuela para luego poder compartirlos en el contexto profesional. (A1).

Por último, la última dimensión se refiere a los hallazgos que responsabilizan no solo al EESMO en el proceso de seguridad y los contenidos formativos impartidos por la academia, sino que también destaca la importancia de la **organización** (n=5) en la promoción de las mejores condiciones para el desempeño de las funciones:

(...) que exista ese espacio en las empresas, que se promueva y se facilite a los empleados. (A3)

(...) el lugar donde trabajamos, además de proporcionarnos el material adecuado, también nos proporciona el equipo necesario y nos brinda momentos en los que podemos fortalecer nuestro cuerpo para este tipo de situaciones e incluso después. (A1)

(...) formación dirigida a las diferentes áreas de la atención de enfermería, dentro de lo que es la mecánica corporal y la protección de los profesionales. (A2)

Estas mejores condiciones, unidas a los procesos formativos de las organizaciones en las que se debe promover esta seguridad, ya que se reconoce que los resultados tendrán un valor añadido en toda la organización:

(...) tiene todo el sentido del mundo alertar también a las compañeras sobre estas situaciones e incluso trabajar después conjuntamente con el equipo y con nuestros superiores para conseguir mejores condiciones que faciliten nuestro correcto posicionamiento y reduzcan estos riesgos. (A4)

Se proponen así ideas para mejorar la formación y los debates sobre prácticas preventivas que pueden introducirse en los planes de formación profesional, como simulaciones prácticas y entrenamientos centrados en la actividad.

DISCUSIÓN

En este FG, centrado en la prevención de lesiones musculoesqueléticas, los participantes debatieron sus experiencias y la falta de formación adecuada en biomecánica relacionada con su práctica, principalmente en el contexto de la asistencia al parto, reconociendo que se trata de un problema presente en las organizaciones y que repercute en la salud ocupacional de los profesionales. Algunos autores²⁸ advierten que la incomodidad asociada, por ejemplo, al uso de camas de parto no ajustables durante el seguimiento del trabajo de parto y el parto de mujeres embarazadas es una amenaza para la vida tanto de las clientes como de las parteras que las atienden, pues un profesional que no se encuentra bien tiene un mayor riesgo de cometer errores en la prestación de sus servicios y cuidados.

Estos datos apuntan a la necesidad de que las instituciones sanitarias tengan en cuenta no solo la ergonomía, sino también la mejora de los aspectos organizativos del

entorno de trabajo²⁹. Esta preocupación se extiende a la organización de los espacios de trabajo, que deben permitir la permanencia del equipo, los materiales, la parturienta y la persona que la acompaña, y facilitar la movilidad de los distintos miembros del equipo sin obstáculos y sin afectar el equilibrio, la alineación corporal y la adopción de posturas.

Los participantes destacaron que, debido a otras prioridades y urgencias en la atención, la preocupación por la propia postura y mecánica corporal a menudo queda en un segundo plano. Se mencionó que actividades como la asistencia al parto en posiciones verticales y el apoyo de las piernas de las parturientas sobre los hombros de los profesionales son situaciones de riesgo de lesiones.

Por la especificidad de su actividad profesional, los EO están sujetos a riesgos específicos de LMELT⁸⁻¹⁰. Ante esta particularidad, se han encontrado pruebas³⁰ que avalan que el entorno físico de la sala de partos influye en la experiencia de las mujeres durante el parto y también afecta al personal sanitario. Los autores sostienen que el diseño de los entornos sanitarios puede influir en la calidad de la atención sanitaria, la seguridad y la satisfacción del personal, tanto en lo que respecta a los aspectos físicos como a los psicológicos y sociales.

Esta cuestión se vuelve aún más compleja dado que los resultados de este estudio apuntan a que la práctica de las EO en la asistencia al parto en posiciones horizontales o verticales tiene simultáneamente varios focos de atención, que implican posturas inadecuadas e inestabilidad postural, con movimientos rápidos que obligan a cambiar de una posición estática a una dinámica, aplicando fuerza a menudo en exceso, más allá de sus capacidades individuales¹⁰.

Para controlar el riesgo, además de los aspectos arquitectónicos y los equipos, es necesario implementar programas sistémicos y multifactoriales, que incluyan procesos de *workflow*, formación continua, supervisión de competencias y comunicación entre los profesionales sobre el riesgo²⁹, tal y como señalan los participantes en este estudio.

La reflexión sobre la toma de decisiones en la evaluación del riesgo y en la implementación de medidas preventivas está presente en algunas declaraciones. Estudios futuros deberían explorar si sus decisiones se vieron influidas no solo por su experiencia, intuición y circunstancias personales, sino también por sus actitudes hacia la fisiología, la centralidad de la mujer, la toma de decisiones compartida y la colaboración con otros profesionales.

Se sugiere que la formación práctica durante el máster pueda ayudar a reforzar la importancia de la biomecánica en la prevención de lesiones, utilizando simulaciones de alta fidelidad. Los profesionales reconocieron la necesidad de estrategias y formación práctica que aborden estos riesgos no solo durante el periodo expulsivo, sino también en diversas actividades, como la lactancia materna y el baño del bebé.

Algunos profesionales compartieron la experiencia de que sus compañeros corrigieran su postura durante los procedimientos, lo que demuestra que el apoyo entre el equipo puede fomentar la atención a la biomecánica. Se consideró que la preocupación por la biomecánica cobra mayor relevancia con el tiempo, especialmente tras la aparición de lesiones o con el aumento de la experiencia profesional, lo que sugiere la necesidad de concientización y prevención desde el inicio de la carrera profesional. Las enfermeras especialistas expresaron su interés en que la escuela ofrezca formación continua en este ámbito, lo que permitiría aplicar los conocimientos sobre biomecánica de manera práctica en el contexto laboral.

Se discutió el potencial de formación que ofrecen los propios centros de formación de los profesionales, mencionando que algunos ya imparten cursos sobre mecánica corporal, pero no centrados en el ámbito específico de la asistencia al parto.

Este estudio presenta limitaciones asociadas a su naturaleza, método y técnica de recopilación de datos. La elección intencionada de los participantes limita los resultados al contexto, ya que solo participaron mujeres, lo que no nos permitió determinar si existen diferencias en la evaluación del riesgo, la implementación de medidas, la sintomatología musculoesquelética y la toma de decisiones en función del género. La interpretación de los datos puede haber estado influenciada por la experiencia de los investigadores en este campo de investigación.

Sin embargo, los resultados apuntan hacia futuras investigaciones cualitativas para comprender la toma de decisiones en la gestión del riesgo y la introducción de medidas preventivas. Otra sugerencia es comprender la experiencia de estos profesionales con el malestar y otros síntomas musculoesqueléticos, y cómo esto interfiere en su calidad de vida y en la calidad de los cuidados que prestan. La recomendación de realizar más estudios cualitativos sobre el tema se justifica por tratarse de un campo inter y transdisciplinario que permite el diálogo entre la teoría y la praxis, la ciencia –métodos y técnicas, y el desarrollo humano multidimensional.

CONSIDERACIONES FINALES

Del análisis del contenido y los hallazgos de este FG surgen las siguientes categorías: Entorno asistencial, concientización para la práctica, herramientas para la gestión del riesgo, comodidad de la parturienta, desarrollo profesional y papel de la organización. El debate revela que, aunque las enfermeras reconocen la importancia de una buena mecánica corporal, a menudo la urgencia de las tareas y la atención prestada a la paciente hacen que se descuide la ergonomía personal.

La simulación práctica surge como un tema recurrente, indicado como un método eficaz de aprendizaje y concientización sobre la prevención de lesiones. Se identifica una evolución temporal en la forma en que las enfermeras comienzan a dar prioridad a su propia salud y bienestar, a menudo desencadenada por experiencias de dolor o lesiones personales, lo que pone de relieve una oportunidad para intervenciones formativas más tempranas. La conversación gira en torno de la necesidad de encontrar un mejor equilibrio entre el cuidado de los usuarios y el cuidado de la salud de los profesionales, apuntando a un cambio cultural necesario en las instituciones sanitarias.

En el futuro, se deben tener en cuenta estrategias de formación basadas en la introducción, lo antes posible, de contenidos relacionados con la biomecánica, desde una perspectiva transversal de análisis a lo largo de las unidades curriculares teóricas y con reflejo en las prácticas clínicas aún en el ámbito académico. Estos contenidos también deben renovarse en el contexto profesional, siendo muy importante la implicación y la responsabilización de las instituciones sanitarias y sus respectivas unidades orgánicas de formación.

REFERENCIAS

1. Presado MH, Marques FM, Nascimento T, Mineiro AL, Cardoso M, Baixinho CL. Contributos da

- formação pós-graduada na prevenção das lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho: um focus group. *New Trends in Qualitative Research* [Internet]. 2023 [cited 2024 May 3];18:e863. Available from: <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e863>
2. Boakye H, Numarce B, Ameh JO, Bello AI. Work-related musculoskeletal disorders among nurses and midwives at a municipal health facility in Ghana. *Ghana Med J* [Internet]. 2018 [cited 2024 May 3];52:228-34. Available from: <https://doi.org/10.4314/gmj.v52i4.10>
 3. Castelôa L, Luís S, Romeiro T, Oliveira I. Prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2024 May 4];2(1):63-74. Available from: <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.48>
 4. Fernandes CS, Couto G, Carvalho R, Fernandes D, Brito L, Carvalho P, et al. Risk observation in the handling of dependent patients in health professionals of a hospital unit. *Nurs Pract Today* [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 10];5(4):385-394. Available from: <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/issue/view/24>
 5. Ribeiro T, Serranheira F, Loureiro H. Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses. *App Nurs Res* [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 10];33:72-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.003>
 6. Luan HD, Hai NT, Xanh PT, Giang HT, Thuc PV, Hong NM, et al. Musculoskeletal disorders: prevalence and associated factors among district hospital nurses in Haiphong, Vietnam. *Biomed Res Int* [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 10];(1):3162564. Available from: <https://doi.org/10.1155/2018/3162564>
 7. Presado MH, Sousa AD, Baixinho CL, Mineiro AL, Marques FM, Cardoso M, et al. Risco de lesões músculo esqueléticas nos enfermeiros: contributos do Photovoice. *New Trends in Qualitative Research* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 10];8:192-201. Available from: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201>
 8. Okuyucu K, Gyi D, Hignett S, Doshani A. Midwives are getting hurt: UK survey of the prevalence and risk factors for developing musculoskeletal symptoms. *Midwifery* [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 7];79:102546. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102546>
 9. Okuyucu K, Hignett S, Gyi D, Doshani A. Midwives' thoughts about musculoskeletal disorders with an evaluation of working tasks. *Appl Ergon* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 2];90:103263. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103263>
 10. Presado MH, Cardoso M, Marques MFM, Baixinho CL. Analysis of student biomechanics in videos of delivery simulation practice. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 2];53:e03507. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018028203507>
 11. Cardoso M, Presado MH, Sousa AD, Mineiro AL, Marques FM, Baixinho CL, et al. Biomechanical analysis of nurses students of midwifery in vertical deliveries. In: Costa AP, Reis LP, Moreira A, editors. *Computer Supported Qualitative Research WCQR 2019* [Internet]. Cham, CH: Springer; 2019 [cited 2024 Apr 5]. p. 102-113. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-31787-4_8
 12. Sousa AS, Presado MH. O parto horizontal e o risco de lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros obstetras. *New Trends in Qualitative Research* [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 5];3:882-94. Available from: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.882-894>
 13. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 5];7(4):e17-e18. Available from: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30077-8)
 14. Bianchi T, Belingheri M, Nespoli A, De Vito G, Riva MA. Occupational risks in midwifery: from Bernardino Ramazzini to modern times. *Saf Health Work* [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 10];10:245-47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2018.11.002>
 15. Nascimento T, Pestana G. Improving efficiency in organizations by monitoring stress and promoting awareness and wellbeing at the workplace. In: Tome E, Cesario F, Soares RR, editors. *Proceedings of the 20th European Conference on Knowledge Management (ECKM 2019)* [Internet]. Sonning Common, UK: Academic Conferences and Publishing International; 2019 [cited 2024 Apr 10]. p. 1197-1204. Available

from: <http://hdl.handle.net/10400.26/35901>

16. Pyo J, Lee W, Choi EY, Jang SG, Ock M. Qualitative research in healthcare: necessity and characteristics. *J Prev Med Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 7];56(1):12-20. Available from: <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.451>
17. Baixinho CL, Presado MH, Ribeiro J. Qualitative research and the transformation of public health. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 6];24(2):1582. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.05962019>
18. Menary J, Stetkiewicz S, Nair A, Jorasch P, Nanda AK, Guichaoua A, et al. Going virtual: adapting in-person interactive focus groups to the online environment [version 2; peer review: 2 approved]. *Emerald Open Research* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 2];3:6. Available from: <https://doi.org/10.1108/EOR-06-2023-0008>
19. de Oliveira JC, Penido CMF, Franco ACR, dos Santos TLA, Silva BAW. Especificidades do grupo focal on-line: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 10];27(5):1813-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.11682021>
20. Tran B, Rafinejad-Farahani B, Moodie S, O'Hagan R, Glista D. A scoping review of virtual focus group methods used in rehabilitation sciences. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 7];20:16094069211042227. Available from: <https://doi.org/10.1177/16094069211042227>
21. Richard B, Sivo SA, Ford RC, Murphy J, Boote DN, Witta E, et al. A guide to conducting online focus groups via Reddit. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 10];20: 16094069211012217. Available from: <https://doi.org/10.1177/16094069211012217>
22. Daniels N, Gillen P, Casson K, Wilson I. STEER: Factors to consider when designing online focus groups using audiovisual technology in health research. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 10];18:1609406919885786. Available from: <https://doi.org/10.1177/1609406919885786>
23. Cheon J, You SY. Nursing students' witnessed experience of patient death during clinical practice: a qualitative study using focus groups. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 10];111:105304. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105304>
24. Barbour R. Doing focus groups [Internet]. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2018 [cited 2024 Apr 4]. Available from: <https://doi.org/10.4135/9781526441836>
25. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016. 280 p.
26. do Nascimento AB, Maeda ST, Egry EY. Potencialidades do webQDA® para análise qualitativa das barreiras enfrentadas por enfermeiras atuantes em Unidades Básicas de Saúde. *New Trends in Qualitative Research* [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 27];8:263-69. Available from: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.263-269>
27. Machado ALG, Vieira NFC. Uso do software webQDA na pesquisa qualitativa em enfermagem: relato de experiência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 10];73(3):e20180411. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0411>
28. Dartey AF, Dzansi G, Atachie C, Sunnu E, Nyande FK. The experiences of Ghanaian midwives on the use of nonadjustable delivery beds: a qualitative study. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 8];7:23779608211038204. Available from: <https://doi.org/10.1177/23779608211038204>
29. Sousa AD, Baixinho CL, Presado MH, Henriques MA. The effect of interventions on preventing musculoskeletal injuries related to nurses work: systematic review. *J Pers Med* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 8];13(2):185. Available from: <https://doi.org/10.3390/jpm13020185>
30. Rodríguez-García MC, Martos-López IM, Casas-López G, Márquez-Hernández VV, Aguilera-Manrique G, Gutiérrez-Puertas L. Exploring the relationship between midwives' work environment, women's safety culture, and intent to stay. *Women Birth* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 8];36:e10-e16. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.002>

Prevention of musculoskeletal injuries related to the work of obstetric nurses: a focus group**ABSTRACT**

Objective: To analyze the perception of obstetric nurses trained at the Lisbon School of Nursing regarding the need for training to prevent work-related musculoskeletal injuries in their clinical practice and to identify training strategies and proposals. **Method:** Qualitative study using focus group technique, conducted online in November 2022 with the participation of five obstetric nurses. The data was organized based on content analysis and WebQDA® software. **Results:** Five categories emerged that embody the emerging areas for change: Care environment; Awareness for practice; Risk management tools; Comfort of the parturient; Professional development and role of the organization. **Conclusion:** It is essential that organizations promote a balance between patient care and professional ergonomics to mitigate the risk of injury.

DESCRIPTORS: Obstetric Nursing; Occupational Risks; Occupational Health; Cumulative Trauma Disorders; Professional Training.

Recibido en: 31/10/2024

Aprobado en: 06/06/2025

Editor asociado: Dra. Luciana Puchalski Kalinke

Autor correspondiente:

Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal
Av. Prof. Egas Moniz, 1600-190 Lisboa
E-mail: tnascimento@esel.pt

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **do Nascimento TFR, Presado MHCV, Marques MFM, Mineiro ALS**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **do Nascimento TFR, Presado MHCV, Marques MFM, Baixinho CRSL, Cardoso MME**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **do Nascimento TFR, Presado MHCV**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que todos los datos están completamente disponibles en el cuerpo del artículo.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).