



DOLOR LUMBOSACRO EN EMBARAZADAS: PREVALENCIA, ABORDAJE Y TRATAMIENTO EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE MONTEVIDEO EN EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2022.

NÚMERO DE GRUPO: 76

INVESTIGADORES

Br. Martin Carrasco ¹ martin98carra@gmail.com
Br. Lucas Dubarry ¹ ldgiachero@me.com
Br. Candela Errecart ¹ canderre2@gmail.com
Br. Francisco Noboa ¹ franciskonoboaernst1998@gmail.com
Br. Sofía Rosso ¹ sofi.rossodel@gmail.com
Br. Romina Silva ¹ romi.silva99@gmail.com

TUTORAS

Asist. Dra. Lilián Ledesma ² lilianledesmavalle@gmail.com
Prof. Adj. Dra. Valentina Zubiaurre² valezubi2@gmail.com
Prof. Adj. Dra Natalia Bernardi ³ nbernardi79@gmail.com

1. Facultad de Medicina, Universidad de la República.
2. Clínica Médica B Prof. Dr Leonardo Sosa. Unidad de Medicina Materno-Fetal Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.
3. Unidad Interdisciplinaria de Dolor Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	1
Índice	2
Resumen	3
Palabras clave.	3
Introducción..	4
Objetivos generales	11
Objetivos específicos.....	11
Metodología.....	11
Resultados	13
Discusión	21
Conclusiones	27
Bibliografía	28
Agradecimientos	30
Anexos	31

RESUMEN

Introducción: el abordaje del dolor en las embarazadas es un desafío para los equipos de salud. La dificultad es multifactorial, destacando desde el punto de vista metodológico, la ausencia de ensayos clínicos y estudios con un n elevado. El aspecto cultural y ético en el abordaje del binomio materno-fetal resultan una limitante para el desarrollo de estudios con alto nivel de evidencia científica. Esta investigación expone datos sobre la prevalencia de mujeres que experimentan dolor lumbosacro (DL) durante el embarazo, características del mismo, terapéutica ofrecida por equipo de salud (farmacológica y no farmacológica) y respuesta a la misma. **Objetivo:** Evaluar el abordaje del dolor lumbosacro en el embarazo en diferentes prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio observacional de tipo transversal con una población de 98 embarazadas. Se realiza muestreo no probabilístico por conveniencia. Las herramientas de recolección de datos son: encuesta presencial y formulario autoadministrado. El análisis descriptivo de las variables se realizó con los programas JASP y Epi Info. **Resultados:** el DL afecta a más del 70% de las mujeres embarazadas. Se presentó predominantemente como un dolor de tipo mecánico, de intensidad moderada, menos de la mitad presentaron irradiaciones, siendo en el caso de las que sí presentaron, más frecuente a rodilla y pubis. Un dato a destacar es que 96% presentaron afectación de la vida cotidiana por el dolor. En cuanto al abordaje terapéutico, tanto terapias farmacológicas como no farmacológicas son ampliamente utilizadas presentando una efectividad también muy alta, cercana al 80%. **Conclusiones:** el DL en el embarazo es muy frecuente y debe ser conocido, diagnosticado y tratado por los profesionales de la salud que atienden a esta población, con base en un equipo de tratamiento multidisciplinario, teniendo en cuenta la mejor opción brindando un tratamiento individualizado.

Palabras claves: dolor en espalda baja, embarazo, farmacológico, no farmacológico, terapias.

Fuentes: Pubmed, Timbo, Lilacs.

ABSTRACT

Introduction: the approach to pain in pregnant women is a challenge for health teams. The difficulty is multifactorial, highlighting from the methodological point of view, the absence of clinical trials and high n studies. The cultural and ethical aspects in the approach to the maternal-fetal binomial are a limitation for the development of studies with a high level of scientific evidence. This research presents data on the prevalence of women who experience lumbosacral pain (LBP) during pregnancy, its characteristics, the therapy offered by the health team (pharmacological and non-pharmacological) and the response to it. **Objective:** to evaluate the approach to low back pain during pregnancy in different providers of the National Integrated Health System. **Materials and methods:** a cross-sectional observational study was carried out with a population of 98 patients. Non-probabilistic convenience sampling was performed. The data collection tools were: face-to-face survey and self-administered form. The descriptive analysis of the

variables was performed with JASP and Epi Info programs. **Results:** LBP affects more than 70% of pregnant women. In most cases it presented as a mechanical type of pain, of moderate intensity, less than half presented irradiation, and in the case of those who did, it was more frequent in the knee and pubis. It is worth mentioning that 96% of the patients presented with pain that affected their daily life. As for the therapeutic approach, both pharmacological and non-pharmacological therapies are widely used presenting an effectiveness also very high, close to 80%. **Conclusions:** LBP in pregnancy is very frequent and should be known, diagnosed and treated by health professionals who care for this population, based on a multidisciplinary treatment team, taking into account the best option providing individualized treatment.

Key words: low back pain, pregnancy, pharmacological, non-pharmacological, therapies.

Sources: Pubmed, Timbo, Lilacs.

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia, las gestantes experimentan diferentes tipos de dolor durante el embarazo. Por un lado, aquellos asociados a cambios fisiológicos, anatómicos, hormonales y patologías intercurrentes, denominados en este trabajo como “dolores no periparto” y por otro, dolores relacionados al trabajo de parto y vía de finalización del mismo, denominados “dolores periparto”. Durante los siguientes apartados, se destacará y profundizará sobre el dolor lumbosacro presente en período no periparto.

La medicina basada en evidencia ha avanzado ampliamente en el manejo del dolor periparto, de la mano de diferentes técnicas analgésicas y anestésicas. Sin embargo, el dolor no periparto suele ser abordado de manera incompleta por parte de los equipos de salud, generando impacto negativo en la calidad de vida de la gestante y configurando un problema a nivel de salud pública. Así mismo, cuando una paciente con dolor crónico se embaraza este problema se acentúa; dado por la limitación de utilización de fármacos durante la gestación y la re-adecuación insuficiente por parte del equipo médico de la propuesta terapéutica. Dado que existen escasos reportes con alta calidad de evidencia científica durante el embarazo, se presenta un gran desafío a la hora de generar nuevos conocimientos y buscar la mejor escala de valoración del dolor en esta área. Como consecuencia, el personal de salud no cuenta con suficientes fuentes de medicina basada en evidencia a la hora de tomar consensos para conducta terapéutica y control evolutivo.

Al momento, existe suficiente evidencia que el dolor no controlado durante el embarazo se relaciona a posibles malos resultados obstétricos. Dicho esto, es de suma importancia realizar aportes continuos a la comunidad científica para optimizar el abordaje del dolor en población de mujeres embarazadas.

LUMBALGIA

Se define “lumbalgia” como el dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas (1).

Existen diferentes clasificaciones aplicables al dolor lumbosacro. Una de ellas es la clasificación temporal, la cual considera, según múltiples autores, tres grupos. Sin embargo, la falta de consenso se pone de manifiesto a la hora de intentar delimitar el periodo correspondiente a cada grupo. Una posibilidad aceptada, sería definir la lumbalgia aguda como un cuadro doloroso agudo en la zona lumbar de aparición brusca e intensa inferior a 4 semanas de evolución; la lumbalgia subaguda como aquella con tiempo de evolución entre las 4 y 12 semanas y por último, la lumbalgia crónica como aquella con tiempo de evolución superior a los 3 meses (2).

La clasificación etiopatogénica valora el mecanismo generador del dolor. Para la cual se identifican dos grupos relevantes; el dolor nociceptivo y el neuropático. En el primer grupo se encuentran las lumbalgias mecánicas y no mecánicas. La lumbalgia mecánica es aquella que mejora con el reposo y empeora con el movimiento; se debe principalmente a la sobrecarga funcional o postural. A nivel de la población general es el tipo más frecuente con una prevalencia del 80%. Las lumbalgias no mecánicas son aquellas que no se modifican con el esfuerzo, suelen tener una repercusión mayor en la calidad de vida y pueden acompañarse de otros síntomas como malestar general, sensación febril o afección de otros órganos y sistemas. Dentro de este grupo se encuentran las lumbalgias de tipo inflamatorias, infecciosas, tumorales y referidas, entre otras. (3). Otra posibilidad, es clasificar al dolor lumbosacro de acuerdo a su severidad. La medición de severidad del dolor (independiente a su localización) incluye aspectos objetivos y subjetivos con repercusión individual y colectiva.

A nivel de la población general existen múltiples estudios que demuestran que la lumbalgia es un problema de gran importancia en la población de edad activa, generando gran ausentismo laboral (2). Por este motivo, es necesario desde el punto de vista científico y clínico, establecer herramientas que permitan unificar criterios para el diagnóstico y abordaje del dolor, así como la reproducibilidad científica. Por esta razón surgen diferentes escalas y cuestionarios validados para poblaciones con iguales características. Los mismos son verbales, numéricos, gráficos, etc., destacando que todas las herramientas validadas disponibles cumplen un rol de orientación sin tener criterio diagnóstico definitivo.

LUMBALGIA DURANTE LA GESTACIÓN

El dolor lumbosacro (desde ahora en adelante DL) relacionado con el embarazo, es aquel que aparece durante el transcurso del mismo y ha cobrado importancia en los últimos años por el impacto que tiene en la calidad de vida de la embarazada y en los costos económicos que involucra (4). Aproximadamente 70% de las mujeres reportarán DL en algún momento de sus vidas. Sin embargo, sólo durante el embarazo, la incidencia del mismo es reportada por 50-80% de las mujeres (5). Estos datos son similares en varios estudios como en un estudio transversal llevado a cabo en Blantyre, Malawi, de diciembre de 2017 a enero de 2018, que determinó una prevalencia de DL en el embarazo de 62%. A su vez, el estudio publicado en "Obstetrics & Gynecology" en Julio de 2004 por Wang S. M et. al en Malawi, informó una prevalencia del 68,5%. Por último, en cuanto a la prevalencia de DL en embarazadas en nuestro medio (Uruguay), se destaca un estudio realizado por Berazategui S y Sosa L en 2015 junto a estudiantes de la

Facultad de Medicina UDELAR, el cual estimó una prevalencia de 70%. En este mismo estudio, en concordancia con el resto de la bibliografía, se vio que la mayoría presentó DL de intensidad moderada a severa, siendo significativamente más frecuente en el tercer trimestre y repercutió frecuentemente sobre sus tareas habituales.

Las distintas clasificaciones nombradas anteriormente para la lumbalgia en general también son utilizadas para el DL en las embarazadas. Destacando la dificultad en las pacientes embarazadas para valorar correctamente el dolor ya que no se cuenta con escalas validadas para este tipo de población. Por esta razón, el abordaje clínico y metodológico son un desafío.

Para lograr el objetivo del presente estudio, fue necesario adaptar diferentes escalas de dolor para una valoración completa del mismo ya que no hay escalas validadas en poblaciones de embarazadas. Se seleccionaron y adaptaron dos tipos de escalas, ambas validadas en población general por lo que permiten reproducibilidad. Por un lado, la Escala Visual Analógica (EVA) la cual es una escala visual numérica que permite valorar la intensidad del dolor con valores del 1 al 10. Por otro lado, la escala Brief Pain Inventory (BPI), es un instrumento de medida de dolor crónico en pacientes oncológicos en el que se valora en profundidad la repercusión psicosocial del dolor. Se utilizaron en forma combinada, debido a que por separado no valoran de forma integral el dolor brindando una valoración incompleta, en cambio la combinación de ambas resulta más objetiva.

Como se mencionó anteriormente la afectación en la calidad de vida es de suma importancia en el DL en las embarazadas. Las gestantes con DL no periparto experimentan una disminución de la capacidad para estar de pie, caminar, sentarse y alteraciones del sueño, con repercusión negativa sobre su salud general (6). Además, aumenta el riesgo de mayor duración del trabajo de parto, parto vaginal instrumental y cesárea de emergencia (7). Dentro de las consecuencias psicosociales, se ha visto que existe una relación entre la alta intensidad del dolor, la depresión y la ansiedad. La ansiedad, cuando aparece en el embarazo, se relaciona con complicaciones tales como aborto, preeclampsia, prematuridad y bajo peso al nacer. Por otro lado, la depresión y la ansiedad son importantes predictores de depresión posparto. Las embarazadas con dolor lumbar tienen tres veces más posibilidades de presentar síntomas de depresión posparto que las embarazadas sin dolor (8). A nivel económico, la lumbalgia tiene graves consecuencias, ya que entre el 21% y el 50% de las bajas por enfermedad durante el embarazo pueden atribuirse al dolor lumbar (6). Un reporte recientemente publicado indica que la duración del dolor en el embarazo se correlaciona directamente con la duración de ausentismo laboral, disfunción física y bajo rendimiento (7).

En un estudio publicado en 2004 por Wang, S. M. et al, se expone que en la mayoría de las encuestadas se vieron afectados los aspectos de la vida cotidiana como el sueño y la actividad general. El 30 % dejó de realizar al menos una actividad diaria debido al dolor (9).

Con respecto al abordaje por parte del equipo de salud muchas gestantes con dolor lumbosacro no lo manifiestan a su médico, otras, al manifestarlo no sienten suficiente contención por parte del mismo (7).

Esto se debe a que culturalmente se considera que el dolor es temporal, autolimitado y “normal” durante el embarazo (10). Sumado a esto, los equipos de salud no cuentan con conocimiento unificado sobre las estrategias de manejo disponibles por lo que su abordaje es variable (9).

FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DEL DOLOR LUMBOSACRO EN EMBARAZADAS

Se describen distintos factores de riesgo para la población general para presentar DL. En el trabajo realizado por Do Nascimento P. et al. en el año 2015, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia del dolor lumbar crónico inespecífico dentro de la población general en Brasil, reveló como factores de riesgo para padecer DL, las largas jornadas de trabajo con el trabajador en posición sentada, obesidad y sobrepeso, embarazo, el antecedente personal de DL en el embarazo, tabaquismo, edad avanzada, levantamiento y transporte de cargas pesadas, trabajo doméstico, sedentarismo y duración del empleo actual. El 65% de la población que fue expuesta a dichos factores de riesgo presentó dolor lumbosacro.

El embarazo, como está escrito anteriormente, se toma como un factor de riesgo para presentar DL esto se debe a los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren durante el embarazo (variaciones en la volemia, variaciones en el peso corporal, laxitud articular, desplazamiento del centro de gravedad) favorecen el desarrollo de dolor. (11).

Existe la teoría de que cambios posturales caracterizados por un aumento de la lordosis lumbar pueden contribuir al desarrollo de dolor lumbar, esto se debe a que la mayor parte del peso ganado por la embarazada está concentrado en la parte inferior de la pelvis junto con el aumento de volumen abdominal. Debido a esto, ocurre un desplazamiento del centro de gravedad, lo cual se compensa inconscientemente, desarrollando una posición hacia atrás de la parte superior del cuerpo por sobre la pelvis, restaurando su centro de gravedad, pero aumentando la lordosis del segmento lumbar. Es posible que, en mujeres susceptibles, la postura anormal en lordosis que presentan durante el embarazo, resulta en estrés de las articulaciones facetarias y ligamentos, observándose aumento de la producción de líquido sinovial con distensión de la cápsula articular lo cual produciría finalmente dolor (12) (4). Pudiendo ser esta la razón por la cual el DL aparece con gran prevalencia en el embarazo y dentro de éste con mayor frecuencia en el tercer trimestre (13)(14). Sin embargo, en la mayoría de los casos, la causa no se puede establecer de forma definitiva (15).

En el estudio publicado en “Obstetrics & Gynecology” previamente mencionado, se valoró la edad de las pacientes, el antecedente de DL, DL durante ciclos menstruales y antecedentes en embarazos anteriores, como factores de riesgo propios de las embarazadas para presentarlo. Siendo mayor la incidencia en mujeres con antecedentes de dolor lumbar en embarazos anteriores, con un índice de masa corporal (IMC) elevado, hiperlaxitud articular, intensificación del dolor al acostarse por períodos prolongados y mujeres con niveles altos de ansiedad. (16)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de dolor lumbar en el embarazo generalmente se basa en los síntomas dado que hay pocas pruebas complementarias disponibles por miedo a dañar al feto. La evaluación del dolor lumbar durante el embarazo es difícil porque el dolor es subjetivo y generalmente es resultado de una combinación de problemas (5). La anamnesis es fundamental para identificar la presencia de signos de alarma del DL en embarazadas, siendo estos: fiebre, náuseas, vómitos, sudoración, cambios en movimientos fetales, contracciones uterinas dolorosas, genitorragia y disuria.

El examen físico por su parte, puede ayudar a distinguir el dolor pélvico posterior del dolor lumbar mediante ciertas maniobras específicas.

Cuando la fuente del problema es difícil de determinar por la historia y el examen físico, las técnicas de imagen están disponibles para su consideración. Siendo la resonancia magnética la técnica preferida para el dolor lumbar severo que no se alivia con una terapia más conservadora durante el embarazo (5).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El abordaje del dolor en el embarazo, fuera del periparto, se vuelve controvertido a la hora de elegir las terapias farmacológicas del mismo (14). Esto puede deberse a distintos factores como la pobre evidencia sobre su uso en las embarazadas, el desconocimiento acerca de todas las opciones terapéuticas por el personal de salud, o la paciente cursando el embarazo no siempre está de acuerdo con el tratamiento.

En cuanto al dolor lumbar, un metanálisis realizado por Jiang, J et al. evaluó el efecto de los fármacos sobre el dolor lumbar agudo, subagudo y crónico. Concluyeron que para el dolor lumbar agudo, los relajantes del músculo esquelético redujeron la intensidad del dolor con una calidad moderada de la estimación del efecto. Para el dolor lumbar crónico y radicular, una combinación de AINE (incluidos los AINE selectivos de COX2) y pregabalina (o gabapentina) pareció ser el mejor tratamiento no invasivo para aliviar el dolor (16). No se encuentra evidencia del efecto de estos fármacos en poblaciones embarazadas.

En nuestro país, se realizó en julio del 2015 un estudio sobre el perfil de consumo de medicamentos en mujeres embarazadas en el Centro Hospitalario Pereira Rosell y el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Se detectó una prevalencia de 83.3% de embarazadas que consumían medicamentos en algún trimestre del embarazo, la mayoría cursando el tercer trimestre.

En ese mismo estudio, también se evidenció el origen de la prescripción de los medicamentos consumidos, obteniendo los siguientes datos: 79.1% fueron prescritos por médicos, 13.3% fueron prescritos por parteras, 5.6% fueron auto prescritos y el 2% de los casos no encontraron datos de prescripción. Por otra parte, otras de las variables que se consideraron en el estudio fueron los principios activos consumidos por las embarazadas, dentro de los cuales se encontraban los analgésicos y antiinflamatorios. Observaron que dentro de estos 2 grupos se encontraban: Paracetamol (8.2%), ibuprofeno (2.8%), Dipirona (0.9%) y otros como clonixinato de lisina, indometacina, ketoprofeno, bencidamina y analgésicos no especificados (1.2%). A estos principios activos los podemos clasificar según la Food and Drug Administration (FDA) en fármacos de categoría A, B, C, D, X. Esta clasificación se basa en el riesgo vs beneficio de los medicamentos durante el embarazo, en base a la evidencia disponible para

cada fármaco. (17)

La categoría A se refiere a los fármacos para los cuales existen estudios controlados en embarazadas que demuestran que no tienen ningún riesgo para el feto en ningún trimestre, siendo el mismo muy lejano si se utilizan durante el embarazo. Dentro de la categoría B, se encuentran los fármacos en donde estudios realizados en animales no han mostrado efectos adversos sobre el feto, pero no hay estudios clínicos adecuados en mujeres embarazadas. Continuando con la categoría C, en este caso, los estudios en animales han mostrado un efecto adverso sobre el feto, pero no hay estudios clínicos adecuados en mujeres embarazadas, pero establece que la droga puede ser útil en este grupo de pacientes a pesar de sus efectos adversos potenciales. Con respecto a la categoría D, se encuentran los fármacos para los cuales existe evidencia que apoya el potencial riesgo para el feto, siendo su uso únicamente habilitado en casos específicos. Por último, la categoría X, en ésta se encuentran los fármacos contraindicados en el embarazo, debido a que está demostrado el riesgo para el feto durante la gestación. (17)

En cuanto a analgésicos y antiinflamatorios: el paracetamol, el cual es el más utilizado, pertenece a la categoría B (17). Si bien este es el tratamiento de primera línea elegido por la mayoría de los profesionales, es importante conocer que existen publicaciones que han encontrado asociación entre el consumo de paracetamol en embarazadas y el riesgo fetal. Se relaciona con desarrollo de trastorno de déficit de atención e hiperactividad y desórdenes del espectro autista, asma, criptorquidia o cierre del ductus arterioso en el feto. (18)

Por otro lado, el ibuprofeno, pertenece a la categoría C de la FDA. La dipirona, se encuentra en la categoría D de la FDA. El uso de AINES durante el embarazo no está recomendado por los riesgos que presentan para el feto en los diferentes trimestres. Detallando, en el primer trimestre aumentan el riesgo de aborto y en el segundo y tercer trimestre, riesgo de oligoamnios y cierre prematuro del ductus arterioso (18).

En cuanto a los opioides, según la FDA pertenecen a la categoría B, pero al usarse por períodos prolongados, cambian a categoría D. Es por eso que se recomienda la utilización de opioides de acción corta en dolores agudos y por cortos períodos de tiempo. Cuando se utilizan para tratamiento de dolor crónico, debe reducirse su dosis a la mínima eficaz o en efecto suspender su uso. No realizar una suspensión abrupta debido a que el síndrome de abstinencia puede producir irritabilidad uterina y aborto o parto prematuro (17).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El manejo de patologías que generan dolor durante el embarazo suele requerir fármacos fáciles de prescribir y usar, pero con grandes limitaciones en cuanto a sus efectos adversos en madre y feto; no siempre son lo suficientemente seguros como se describió anteriormente. La implicación más importante es el posible riesgo de toxicidad o teratogenicidad de los fármacos o de las intervenciones disponibles para el alivio del dolor (19). Cuando se busca tratamiento; se prefiere el manejo conservador del dolor lumbar durante el embarazo por razones obvias, aunque tales tratamientos generalmente no tienen una alta incidencia de éxito (7).

En cuanto a la prevalencia de los distintos tipos de terapias no farmacológicas, como detalla el estudio publicado por Shu-Ming Wang, Peggy De Zinno, Leona Fermo, Keith William, Alison A. Caldwell-Andrews, Ferne Bravemen, y Zeev N. Kain, se descubrió que la mayoría de las mujeres embarazadas que participaron en la encuesta (61,7%) informaron que aceptarían la terapia de medicina complementaria y alternativa (CAM) como tratamiento para el DL durante el embarazo. Del mismo modo, el 61 % de los proveedores de atención médica prenatal en la muestra informaron que considerarían el uso de la CAM como tratamiento para el DL durante el embarazo. El masaje (61,4%), la acupuntura (44,6%), la relajación (42,6%), el yoga (40,6%) y la quiropráctica (36,6%) fueron las terapias de CAM más comunes recomendadas para el DL en el embarazo por los proveedores de atención de salud prenatal de nuestra muestra. (20)

Además, una variedad de estudios citados a continuación, destacan la terapia física, yoga y la acupuntura. Terapia física: como métodos de prevención, se recomiendan ejercicios de acondicionamiento postural para prevenir el dolor bajo de espalda. Es de destacar los buenos resultados obtenidos con ejercicios de relajación y educación sobre posiciones al dormir. Los ejercicios hidroaerobicos producen mejoría sintomática, dado que al estar en el interior del agua se disminuyen las cargas gravitacionales sobre la musculatura materna, siendo estas de las principales causas de dolor. En cuanto a las terapias con masajes, aplicaciones de calor y frío local, hay resultados contradictorios; series de casos reportan beneficios, pero una revisión sistemática reporta que no hay evidencia fuerte sobre el beneficio de esta terapia. Además, se debe considerar que los masajes realizados por personal no idóneo pueden tener más riesgo (19).

Yoga: un ensayo clínico aleatorizado publicado en 2014 realizado por Martins, R. F., & Pinto E Silva, J. L., evaluó la terapia de yoga y su impacto en el tratamiento del dolor. Este mostró que esta terapia disminuye el dolor en comparación con la orientación de la postura. Sin embargo, el nivel de evidencia de la eficacia del yoga fue muy limitado (21).

Acupuntura: los estudios y revisiones realizados por Pennick, V. E. y Young, G. (2007) y Carolyn C. et al (2008), han apoyado el uso de la acupuntura para el manejo del dolor osteomuscular durante el embarazo. (22, 23). Es de destacar que los efectos adversos observados son menores y temporales, como moretones, dolor o hinchazón en el sitio de la punción, astenia o náuseas (24).

En suma, en la actualidad hay a disposición mayor cantidad de estudios sobre terapias alternativas a las farmacológicas como opción terapéutica para el DL en el embarazo. Se debe avanzar en evidencia científica, accesibilidad a las diferentes terapias y formación de los equipos de salud.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el abordaje del dolor lumbosacro en el embarazo en diferentes prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia del dolor lumbosacro en el embarazo.
2. Caracterizar el dolor lumbosacro en la embarazada.
3. Determinar la oportunidad del diagnóstico y la caracterización del dolor lumbosacro durante el embarazo por parte del equipo de salud tratante.
4. Valorar adherencia, características y respuesta al tratamiento farmacológico.
5. Valorar el uso de terapias no farmacológicas.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: estudio observacional de tipo transversal.

Aspectos Éticos: el manejo de todos los datos recabados en esta investigación se manejaron de forma anónima bajo la normativa nacional vigente, Decreto 158/019, Ley de protección de datos N° 18.339. La presente investigación fué presentada y aprobada por el comité de ética de investigación del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela el día 27 de julio de 2022, por el comité de ética de Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica el día 13 de Octubre de 2022 y comité de ética de Seguro Americano Medicina Privada el día 10 de agosto de 2022.

Ámbito de estudio: centros de Salud; Hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela (de ahora en adelante HC), Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica y Seguro Americano Medicina Privada.

Muestra: Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. Se encuestaron 98 embarazadas pertenecientes a las instituciones de salud mencionadas en el ámbito de investigación. 54 participantes pertenecen al Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, 20 pacientes al Seguro Americano Medicina Privada (de ahora en adelante SA) y 24 a la Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (de ahora en adelante MUCAM).

Criterios de inclusión: pacientes embarazadas que controlan su embarazo en policlínicas de las instituciones y consentir de forma escrita la participación en el estudio.

Criterios de exclusión: pacientes menores de edad, estar ingresada en emergencia o sala de centro hospitalario, diagnóstico de malformación en columna vertebral, dificultad en la comprensión de la encuesta y el formulario, negación de participar en el estudio, embarazada cursando trabajo de parto.

Recolección de datos: se realizó de manera presencial en las salas de espera de las respectivas instituciones. Se utilizó un formulario autoadministrado con el fin de caracterizar el dolor, recoger aspectos de interés con respecto al tratamiento del dolor. Previo a la realización de la encuesta, el participante firmó el consentimiento informado. La información recabada en la misma será registrada en tabla de recolección de datos para su posterior análisis de manera digital. Se adjuntan en los anexos los instrumentos de recolección: consentimiento informado (Ver anexo 1), hoja de información para paciente

(Ver anexo 2), formulario autoadministrado (Ver anexo 3).

Definición de variables: las variables utilizadas en el estudio fueron todas cualitativas, diferenciándose en cualitativas nominales y cualitativas ordinales.

Las variables cualitativas nominales son: edad de la paciente (menor de 30, mayor de 30); trimestre del embarazo que se encuentra actualmente: primer trimestre (1-14 semanas/0-3 meses), segundo trimestre (15-28 semanas/3-6 meses), tercer trimestre (más de 28 semanas/6-9 meses); dolor lumbosacro diagnosticado por un médico antes de este embarazo (SI/NO); tratamiento de lumbalgia antes de este embarazo (SI/NO), tratamiento farmacológico (SI/NO); embarazos previos (SI/NO); dolor lumbosacro en embarazos previos (SI/NO); dolor lumbosacro durante sus ciclos menstruales (SI/NO); presencia de dolor lumbosacro durante el embarazo actual (SI/NO); tipo (mecánico/no mecánico); aspectos de vida cotidiana afectados (SI/NO); cuales aspectos: actividad general (SI/NO), estado de ánimo (SI/NO), capacidad de andar (SI/NO), trabajo (intradomiciliario y extra domiciliario) (SI/NO), relaciones con otras personas (SI/NO), sueño (SI/NO), disfrute de la vida (SI/NO); Irradiación (SI/NO); lugar de irradiación: rodilla (SI/NO), planta del pie (SI/NO), abdomen (SI/NO), pubis (SI/NO); evolución (aumentó, disminuyó, no cambió sus características); fenómenos acompañantes (SI/NO); cuales fenomenos: fiebre (SI/NO), náuseas (SI/NO), vómitos (SI/NO), sudoración (SI/NO), cambios de los movimientos fetales (SI/NO), contracciones uterinas dolorosas (SI/NO), genitorragia (SI/NO), disuria (SI/NO); conocimiento del dolor por parte del equipo de salud tratante (SI/NO); realización de examen físico (SI/NO); solicitud de paraclínica (SI/NO); tratamiento farmacológico (SI/NO); indicación del mismo por el equipo de salud (SI/NO); fármaco utilizado: Paracetamol (SI/NO), AINES: Ibuprofeno (SI/NO), Diprofona (SI/NO), Diclofenac (SI/NO), Ketoprofeno (SI/NO), OPIOIDES: Tramadol (SI/NO), Morfina (SI/NO), Codeína (SI/NO), Fentanil (SI/NO); administración del fármaco (reglado/a demanda); efectos secundarios: (SI/NO), Efectividad (SI/NO); abandono (SI/NO); motivo de abandono: efecto indeseado del fármaco (SI/NO), tratamiento no le calmó el dolor (SI/NO), miedo a los efectos sobre el feto (SI/NO), no lo tenía disponible (SI/NO), otros (SI/NO); tratamiento NO farmacológico (SI/NO); tipos de tratamientos no farmacológicos: corrección de la postura (SI/NO), ejercicios de relajación (SI/NO), posiciones para dormir que mejoren el dolor (SI/NO), ejercicios en el agua (hidroterapia) (SI/NO), masajes (SI/NO), aplicaciones de calor o frío local (SI/NO), yoga (SI/NO), acupuntura (SI/NO), otros (SI/NO); efectividad de el/los tratamiento/s no farmacológicos/s (SI/NO); percepción de la paciente con respecto a la asistencia brindada por el equipo de salud; abordaje suficiente (SI/NO).

Las variables cualitativas ordinales son: momento de aparición del dolor (primer trimestre/segundo trimestre/tercer trimestre), intensidad (leve, moderado o severo), cuántos días al mes presenta dolor (<6, 7-14, >15 días).

Plan de análisis: luego de realizada la encuesta, con la información recabada se realizó una tabla innominada para el procesamiento de los datos. En dicha tabla se organizaron las variables en columnas verticales y se les asignó un número para codificar la respuesta utilizando el número 1 para SI, el número 2 para NO y el número 88 para NO CORRESPONDE. Por otro lado, a las embarazadas se colocaron en

columnas horizontales clasificándolas según su centro asistencial y fueron ordenadas en forma creciente según orden de encuestada, por ejemplo: HC 1.1, 1.2; SA 2.1, 2.2 y MUCAM 3.1, 3.2.

Al finalizar con la tabla innominada se realizó el análisis descriptivo de las variables utilizando los programas JASP y Epi info. Por un lado, se realizará un análisis univariado, en el cual las variables cualitativas se presentarán mediante tablas de distribución donde se indica el número de casos y frecuencias. Gráficamente se presentarán mediante gráficos de barras. Se calcularán los intervalos de confianza al 95% para proporciones.

Por otro lado, se realizarán análisis bivariados, entre las variables cualitativas; realizándose tablas de contingencia.

Se usarán métodos de estadística inferencial para evaluar la diferencia significativa entre los grupos utilizando test de chi-cuadrado o test de comparación de proporciones cuando se trate de variables cualitativas nominales.

En las pruebas de hipótesis, se considerará un nivel de significación del 5%

Los gráficos se realizarán utilizando el programa graphPad Prism 5.

Los resultados y su discusión se presentan desde el análisis realizado luego de obtener la información del análisis de los datos recabados.

RESULTADOS

Fueron encuestadas un total de 98 pacientes embarazadas entre los tres centros. Correspondiendo a 54 pacientes del HC, 24 de MUCAM y 20 de SA.

Del total del registro, 55,1% corresponden a pacientes de centros públicos (HC) y 44,9% de centros privados (MUCAM y SA).

Respecto a la edad se agrupó la muestra en mayores y menores de 30 años. Se evidenció que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre la edad de las pacientes de los centros privados y el público. Obteniéndose en el ámbito público, 24 pacientes mayores de 30 años (44,4%) y 30 pacientes menores de 30 años (55,6%), y en los centros privados 35 (79,5%) mayores de dicha edad y 9 menores (20,46%) (Figura 1).

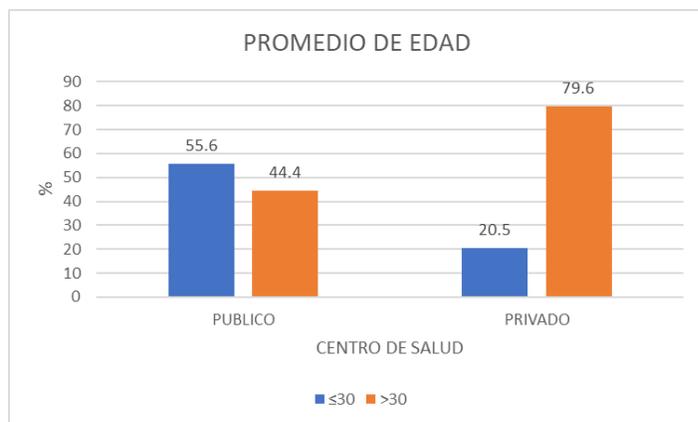


Figura 1: Gráfico de barras: prevalencia de pacientes mayores y menores a 30 años distinguiendo según centros (privados y públicos)

De la totalidad de las pacientes encuestadas sin hacer distinción entre centros (98 pacientes), la mayoría, 59 pacientes, se encontraban cursando el tercer trimestre (60%), 30 el segundo (30%) y 9 el tercero (%). A su vez, 68 pacientes incluidas en el estudio (69% de la muestra) tuvieron embarazos previos y 30 (31%) eran primigestas.

Se utilizó estadística descriptiva para calcular la prevalencia del dolor lumbosacro en la población de gestantes y relación con características maternas. Para investigar las diferencias entre las variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado.

Del total de 98 embarazadas encuestadas (100%), 73 de ellas (74,4%) presentaron DL sin discriminar entre centros. En la Figura 2 por otro lado, se representa gráficamente la elevada prevalencia de dolor lumbosacro distinguiendo entre ambos centros (públicos y privados). Se destaca que la prevalencia en los centros privados fue significativamente mayor ($p=0,049$), correspondiendo a 84,09% mientras que en el HC fue de 66,67%.

Embarazadas	Dolor lumbar durante este embarazo	Frequency	Percent
PUBLICO	SI	36	66.667
	NO	18	33.333
	Missing	0	0.000
	Total	54	100.000
PRIVADO	SI	37	84.091
	NO	7	15.909
	Missing	0	0.000
	Total	44	100.000

Figura 2: Tabla de frecuencias: prevalencia de dolor lumbosacro según centro de salud.

De las pacientes con DL, un 64% eran mayores de 30 años mientras que 36% menores de 30 años. Sin embargo, no se encontró asociación entre la edad y la prevalencia del dolor, así como tampoco en relación al trimestre del embarazo ($p=1,49$ y $p=0,853$ respectivamente).

En base al estadístico, se concluye que no hay asociación significativa ($p=0,862$) entre la presencia de dolor lumbosacro en el actual embarazo y ser primigesta o multigesta. Además, la presencia de dolor lumbosacro en algún momento previo a la gestación, no aumenta el riesgo de presentar dolor en el embarazo de manera significativa ($p=0,635$).

De igual manera, la presencia de dolor lumbosacro en embarazos previos, no está asociado de forma significativa ($p=0,862$) a tener dolor lumbosacro en embarazos siguientes.

En cuanto a la caracterización del dolor en la embarazada, en primer lugar, se evaluó el trimestre de aparición del dolor. La encuesta arroja que el DL apareció en el primer trimestre en 15 pacientes (20,5%), segundo trimestre en 51 pacientes (69,9%) y tercer trimestre en solo 7 pacientes (9,6%). Por tanto la

mayoría de estas se encontraba cursando el segundo trimestre al momento de la aparición del dolor. Sin embargo, el estadístico arrojó que la aparición de DL durante el embarazo, no se relaciona de forma significativa con el trimestre cual se encuentre la paciente ($p=0,853$).

El siguiente aspecto valorado fue el tipo de dolor (mecánico o no mecánico) que presentaban las embarazadas con lumbalgia en este embarazo. Dicha población fue de 73 (100%) embarazadas de las cuales 40 (55%) presentaron dolor de tipo mecánico, mientras que 33 (45%) presentaron dolor de tipo no mecánico. Se analizó la asociación del tipo de dolor con la edad de las pacientes siendo no significativa ($p=0,711$). También se buscó la asociación con la intensidad pero no hubo asociación estadísticamente significativa entre ellos ($p=0,613$).

Sí existió asociación estadísticamente significativa entre el tipo de dolor y la respuesta al tratamiento farmacológico con un valor p de 0,049. Siendo el tipo de dolor mecánico el que respondió mejor al tratamiento farmacológico.

En tercer lugar se analizó la intensidad del DL presentado por las pacientes, del cual se pudo concluir que la mayoría de estas presentó un dolor de intensidad moderada, correspondiendo a 47 embarazadas (64,38%). Mientras que entre el dolor severo y leve no se vio una gran diferencia en sus frecuencias presentándose en 12 (16,43%) y 14 (19,17%) embarazadas respectivamente. Además, podemos decir que la intensidad no se asocia a la edad de la embarazada ni al trimestre de aparición del dolor lumbosacro ya que el valor p dio no significativo en ambas, siendo este 0,314 y 0,344 respectivamente.

Posteriormente, se evaluó si el DL presentaba alguna irradiación. De 73 embarazadas que presentaron dolor en el embarazo, en la minoría de los casos, 22 pacientes el dolor se irradió hacia algún sector. Mientras que 49 pacientes no presentaron ninguna irradiación.

Consecuentemente, se encuestaron los cuatro sectores más prevalentes de irradiación del dolor lumbosacro: rodilla, pubis, abdomen y planta del pie, pudiéndose seleccionar más de una opción. De las embarazadas que presentaron irradiación (22 pacientes), en 11 de ellas se irradiaba a rodilla, seguida por el pubis 7, planta del pie 2 y por último abdomen 2 (Fig. 3).

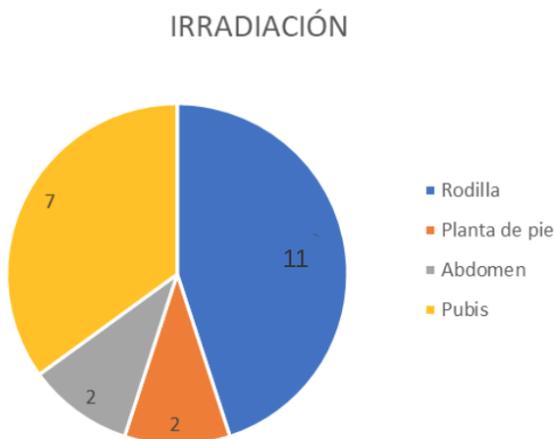


Figura 3. Gráfico circular de frecuencia: representa los sectores hacia donde irradia el dolor en las pacientes que presentaron alguna irradiación.

En cuanto a la evolución del DL, 36 embarazadas (49%) presentaron dolor por 6 días o menos, 25 de ellas (34%) por 15 días o más y un total de 12 (16%) lo presentaron en un período de 7-14 días.

Se analizaron además los fenómenos acompañantes, los cuales estuvieron presentes en 26 (36%) de las embarazadas con dolor en este embarazo.

En la figura 4 se graficaron los que estuvieron presentes y la prevalencia de cada uno de estos, (6 en total), estos cinco fueron los que estuvieron presentes. Cada embarazada tenía la posibilidad de seleccionar más de uno. El más prevalente fueron las náuseas, vómitos y sudoración presentes en 14 embarazadas (50%), luego los cambios en los movimientos fetales en 7 embarazadas (25%), disuria en 5 (17.8%), fiebre en 3 (10.7%) de ellas y por último, genitorragia en 2 (7.1%).

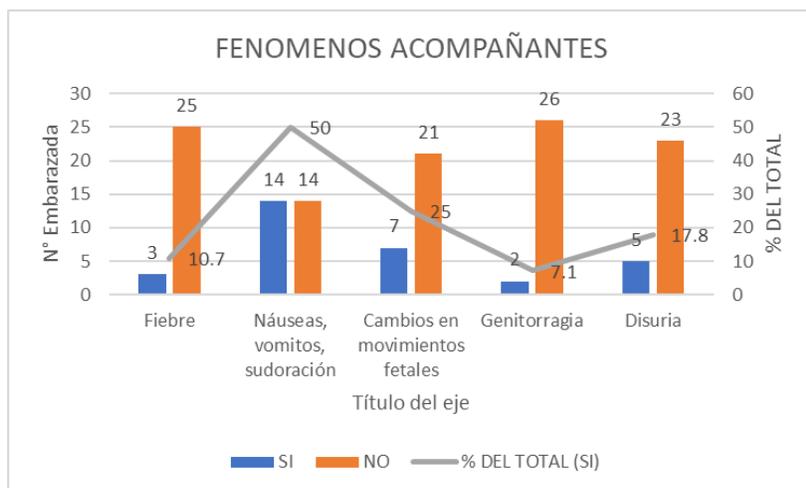


Figura 4. Gráfico de barras: fenómenos acompañantes. En el eje izquierdo está plasmado el n de embarazadas (explicitado encima de las barras) y en el eje derecho el porcentaje que representa el n de embarazadas (explicitado en línea gris, el porcentaje del total del SI en cada grupo).

Los fenómenos acompañantes no estuvieron relacionados con la edad ($p > 0,520$) ni con los centros asistenciales de las embarazadas ($p > 0,120$).

En 70 embarazadas (96%) de las 73 que presentaron dolor en este embarazo se vieron afectados los aspectos de la vida cotidiana por el dolor. En la figura 5 se observan las 7 opciones que se podían seleccionar en la encuesta (teniendo la posibilidad de marcar más de una) ya que todas fueron elegidas por al menos una embarazada. Se observa que la afectación del sueño fue el aspecto de la vida más elegido estando presente en 43 embarazadas, lo cual corresponde al 61.4% del total. Luego, continúa la actividad general presente en 31 embarazadas (42%); el estado de ánimo en 20 de ellas (28,6%); la capacidad de andar en 18 (25,7%); el trabajo en 14 (20%); el disfrute de la vida en 5 (7,14%); la relación con las demás personas en 4 (5.14%) y por último se muestra la cantidad de embarazadas en las que no se afectó ningún aspecto de la vida que fueron 3 (4%).

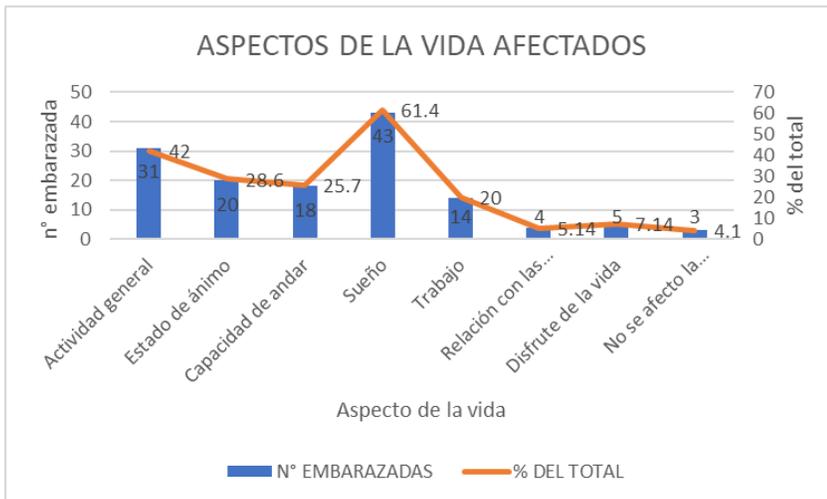


Figura 5. Gráfico de barras: aspectos de la vida cotidiana afectados. En el eje izquierdo está plasmado el n de embarazadas (explicitado dentro de las barras) y en el eje derecho el porcentaje que representa ese n de embarazadas (explicitado encima de las barras, línea naranja).

Del total de pacientes con dolor lumbo-sacro, 51 (69,87% de la muestra) respondieron que el equipo de salud estaba en conocimiento sobre su dolor. De ese porcentaje de pacientes, 33 (64,7%) les realizaron examen físico específico y 6 (11,7%) se les realizó paraclínica específica para el dolor.

En cuanto a realización de examen físico a la embarazada, en ambos centros (público y privado) se realiza en igual proporción. La encuesta arrojó que 17 pacientes (47,2% de las gestantes) con dolor lumbo-sacro en el ámbito público y 17 del ámbito privado (45,9%) les realizan examen físico.

La solicitud de paraclínica se asocia al centro de salud al que pertenece la paciente de forma significativa ($p < 0,031$), dado que se solicitó más paraclínica en el público (5 pacientes o 13,89%), en comparación con el privado (1 paciente o 2,7%).

En cuanto al tratamiento empleado, se evaluaron distintos aspectos de las intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas del DL en el transcurso del embarazo.

Con lo que respecta al tratamiento farmacológico, 41 pacientes con DL en el embarazo utilizaron este método, lo que corresponde a un 56,2% del total que presentaron dicho dolor. Las 32 pacientes restantes, que corresponden al 43,8%, no realizaron esta intervención.

En la siguiente gráfica se detallan los fármacos más utilizados por las embarazadas pesquisadas. Los resultados encontrados refieren que la terapia farmacológica más utilizada fue el uso de Paracetamol (53,4%), lo que corresponde a 39 pacientes. Le siguen el uso de AINES, como Ibuprofeno, 9 pacientes (12,3%), Diclofenac 2 pacientes (2,7%) y Ketoprofeno 2 pacientes (2,7%). Por último, dentro del grupo de los Opioides, el único utilizado fue el Tramadol por un 5,5% de la población pesquisada (4 pacientes).

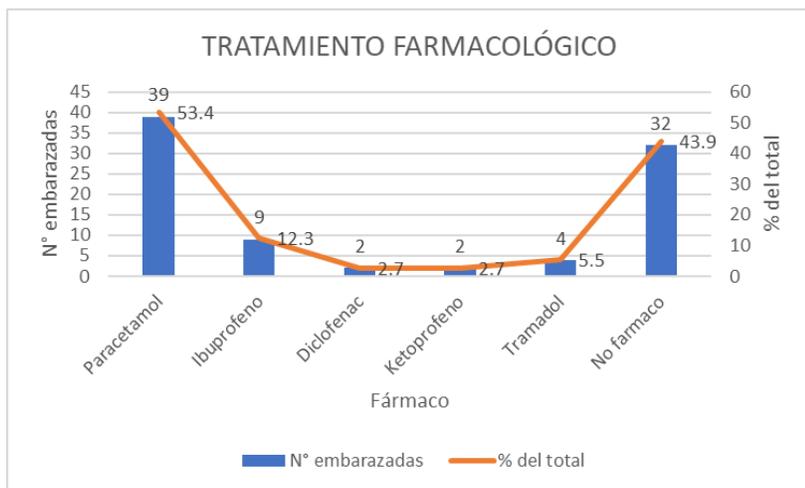


Figura 6: Gráfico de barras: fármacos utilizados en el tratamiento del DL, tanto en el centro público como en el privado. En el eje izquierdo está plasmado el número (N) de embarazadas (explicitado encima de las barras) y en el eje derecho el porcentaje que representa ese N total (explicitado en la línea naranja).

Al discriminar los diferentes centros, se pudo observar que en ambos casos (centros públicos y centros privados) se eligió como primera opción terapéutica el Paracetamol. En el centro público corresponde a 14 pacientes (35% del total) y en el privado a 18 pacientes (45%). Por lo tanto se evidencia que el uso de Paracetamol no está asociado al centro de salud ($p < 0,97$).

Luego del Paracetamol, en el centro público le sigue en frecuencia el Ibuprofeno, con un 11% y Tramadol, con un 3% del total. No se utilizó en ningún caso diclofenac ni Ketoprofeno. Con respecto a los centros privados, al Paracetamol le siguen en frecuencia el Ibuprofeno con un 7%, Diclofenac 5%, Ketoprofeno 5% y por último Tramadol 2%.

En cuanto a la eficacia del tratamiento farmacológico, se descubrió que en el 85,3% del total de las pacientes que utilizaron este método, existió mejoría del dolor lumbosacro, lo que corresponde a 35 pacientes. Por otro lado, en el 14,6% de las mismas no calmó dicho dolor. Por lo tanto podemos decir que existe mejoría del dolor al utilizar tratamientos farmacológicos ($p < 0,001$).

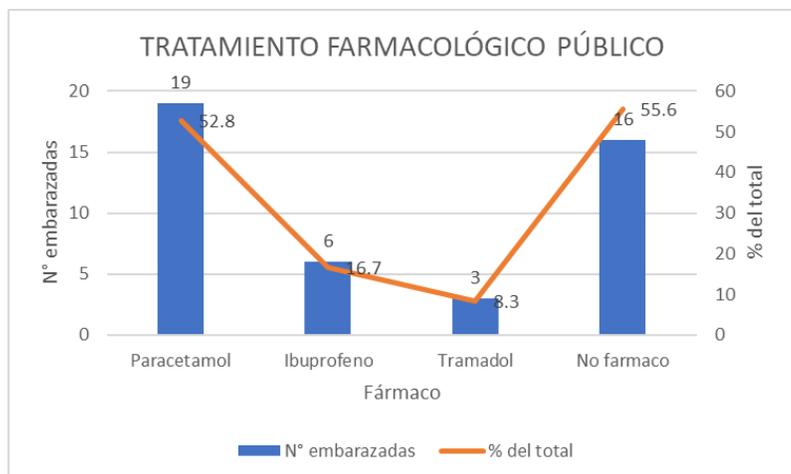


Figura 7: Gráfico de barras: variedad de distintos fármacos utilizados en el Centro de salud público para el tratamiento del dolor lumbosacro en embarazadas. N total 36.

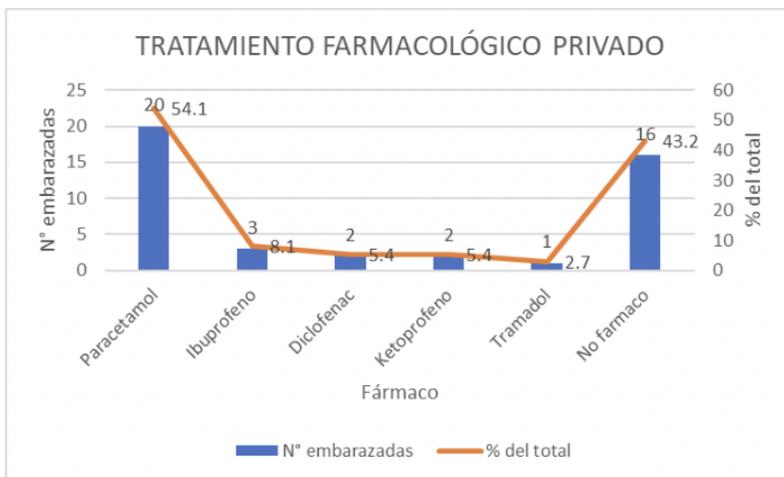


Figura 8: Gráfico de barras: variedad de fármacos empleados en los Centros de salud privados para el tratamiento del dolor lumbosacro en embarazadas. N total 37.

Si discriminamos los distintos centros, podemos observar que, en el centro privado recibieron tratamiento farmacológico 21 pacientes (47,7% del total). Dentro de estas, existió una mejoría del dolor en 17 pacientes (80,9%), pero no calmó en 4 pacientes (19%).

Con lo que respecta al centro público, las que recibieron tratamiento farmacológico fueron 20 pacientes (37%). De estas, 18 tuvieron mejoría del dolor (90%) y en las restantes 2 pacientes (10%) no mejoró.

Existe relación entre el tiempo de administración del fármaco con la eficacia del tratamiento, siendo la administración de este entre 1 a 3 días la más eficaz, ya que presentan una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,033$). Además se observó que en 13 pacientes (31,7 %) la administración fue prescrita por el personal de salud (sin discriminar médicos y parteras) y en 28 pacientes (68,1%) fueron auto prescritos.

El abandono del tratamiento existió en un 27% del total de embarazadas que usó este tratamiento, pero el mismo no está asociado al centro de salud al cual corresponde la paciente ($p = 0,228$).

Otra de las modalidades de tratamiento que se evaluó fueron las terapias no farmacológicas utilizadas por parte de las pacientes que presentaron dolor lumbosacro durante el embarazo actual.

Se ha reportado que de las gestantes que padecen dolor lumbosacro un alto porcentaje de ellas realiza tratamiento no farmacológico, alcanzando en 51 pacientes (69,86%). Solamente en 22 (30,14%) de las gestantes incluidas no se adhieren a ninguna variante del mismo.

En cuanto a la prevalencia de dicho tratamiento en ambos centros, se descubrió que el uso de tratamiento no farmacológico, no se asocia con el centro asistencial al que asisten las pacientes (privado/público). No se encontró una diferencia significativa entre la utilización de tratamiento no farmacológico entre los pacientes de ambos centros ($p = 0,56$), presentando el privado una prevalencia de 36,98% y el público una de 32,88%.

Otro de los factores estudiados, fue la relación del tratamiento no farmacológico con el trimestre del embarazo actual de las gestantes. Frente a esto, se comprobó con un nivel de significancia ($p = 0,26$) que el

uso de terapias no farmacológicas no se relaciona de forma significativa con el trimestre de embarazo en el que se encuentra la paciente, es decir, que es realizado en los tres trimestres del embarazo sin predominancia significativa de uno sobre otro.

Frente a la hipótesis de que las primigestas, por la posibilidad de que presenten mayor miedo a realizar algún tipo de tratamiento farmacológico, realizan más este tipo de tratamiento que las multíparas, se decidió realizar una prueba de contraste de hipótesis para evidenciar la relación que tenía el número de embarazos previos y la realización de tratamiento no farmacológico. Sin embargo, no se encontró asociación entre dichas variables, siendo similar el porcentaje de pacientes que llevan a cabo tratamiento no farmacológico en ambos grupos ($p=0,84$).

En la encuesta se pesquisaron diferentes terapias de medicina complementaria y alternativa que fueron realizadas por las pacientes embarazadas con el fin de tratar su dolor lumbosacro, siendo 8 las posibilidades a marcar en la encuesta, pudiendo marcar más de una si así lo deseaban. Los resultados encontrados (Figura 9) refieren que la terapia no farmacológica más empleada fueron los masajes realizados por 28 pacientes (38,6%), seguidos por la educación postural 23 pacientes (31,5%), en tercer lugar se encuentran tanto los ejercicios de relajación como las posiciones para dormir en 19 pacientes (26%), luego las terapias frío/calor 16 pacientes (21,9%), la hidroterapia 5 pacientes (6,9%) y por último la yoga 4 pacientes (5,5%). De las terapias planteadas, la única que no fue realizada por ninguna de las pacientes fue la acupuntura.

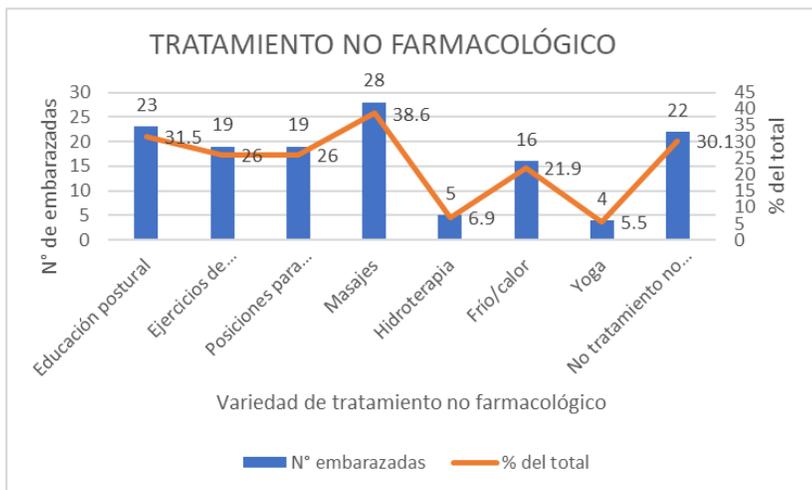


Figura 9: Gráfico de barras, representa la frecuencia de las variedades pesquisadas de tratamiento no farmacológico realizado por las pacientes.

En el eje de la izquierda se plasma el n y (representado en números sobre las barras) y en el eje de la derecha el porcentaje que representa el n para cada categoría (línea naranja).

Frente a los porcentajes obtenidos de las diferentes variables de terapia, se propuso evidenciar la asociación entre estos y la procedencia de institución privada o pública. No se encontró asociación significativa entre ninguna de las variedades de tratamiento no farmacológico y el centro asistencial ($p>0,557$), por lo que podemos concluir que la realización de las diferentes terapias se distribuyen de manera similar en ambos centros y ninguna predomina ampliamente sobre el resto en público ni tampoco

en el privado.

Sabiendo que un alto número de pacientes realizan este tipo de terapias, se decidió evaluar qué tan efectivas son estas para calmar el DL en esta población. Se pudo concluir que un 84,3% de las pacientes que utilizaron alguna variedad del mismo, presentaron disminución de su dolor lumbosacro y solo un 15,7% no lo consideraron efectivo. Discriminando según centro, las pacientes procedentes del público mostraron un 91,67% de disminución con dicha terapia, siendo menor pero igualmente importante este porcentaje para las del privado, en el que se encontró una efectividad de 77,78% para este tipo de tratamiento.

La última pregunta que se les realizó a las pacientes encuestadas fue si consideraban que el abordaje de su dolor por el equipo de salud había sido suficiente.

Se destaca que no se asocia el centro de salud (público o privado) con el abordaje suficiente del dolor, esto es así porque en ambos centros aproximadamente un 70% está conforme con el abordaje del equipo de salud, sin diferencias significativas ($p = 0,93$) en dicho porcentaje de conformidad. Representado gráficamente en Figura 10.

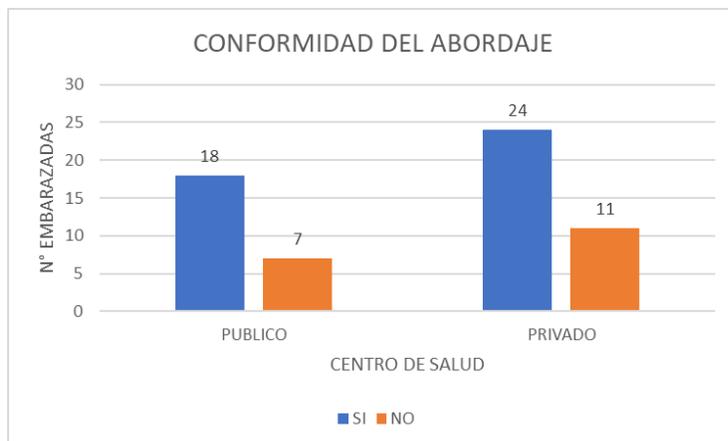


Figura 10. Gráfico de barras, representa la conformidad de las pacientes en cuanto al abordaje del DL por parte del equipo de salud con distinción según centro..

Privado: 24 pacientes (69%) conformidad. 7 pacientes (31%) disconformidad.

Público: 23 pacientes (72%) conformidad. 11 pacientes (28%) disconformidad.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se buscó establecer una muestra representativa de centros públicos y privados de asistencia de salud del Uruguay. En cuanto al número de pacientes encuestadas, se logró un n total similar entre cada centro. Sin embargo, existieron claras diferencias en cuanto a la edad de las pacientes y el trimestre en el que se encontraban al momento de la encuesta. A pesar de ello se encontró una elevada prevalencia de dolor lumbosacro entre las 98 pacientes encuestadas (100%), presentándolo 73 de las mismas (74,49%). existiendo una diferencia significativa entre públicos y privados, predominando en este último.

Luego de determinada la prevalencia general de dolor lumbosacro, se procedió a evaluar si esta se relacionaba con ciertas características maternas, como el trimestre del embarazo, la edad de la paciente, cantidad de gestas previas y haber presentado DL previamente dentro y fuera del embarazo.

Contrario al trabajo realizado por Ana Aguilera y Arturo Herrera en 2013 (3), donde se establece que el dolor estaba asociado directamente a los cambios de la distribución del peso a nivel del eje corporal en el tercer trimestre, en el presente estudio se encontró que el trimestre no se asociaba a mayor prevalencia de DL. La edad tampoco fue un factor asociado. Se podrían asociar estas diferencias a la variabilidad de la muestra recabada.

En cuanto a la cantidad de gestaciones previas, la evidencia aportada por el estadístico demuestra que no hay asociación significativa ($p=0,862$) en cuanto a la presencia de dolor lumbosacro en el actual embarazo, y haber tenido o no embarazos previos. Por tanto, se concluye que la probabilidad de presentar dolor lumbosacro en un embarazo es independiente de ser primigesta o multigesta.

Por otro lado, la presencia de dolor lumbosacro en algún momento previo a la gestación, no aumenta el riesgo de presentar dolor en el embarazo ($p=0,635$). Dado que, del total de embarazadas con dolor en el actual embarazo, solo 24,66% tuvo diagnóstico de lumbalgia antes del mismo. Esta evidencia es discordante a la presentada en el año 2007 por Milan Munjin L et al en Chile (4), los cuales concluyeron de que el dolor lumbar previo y dolor lumbopélvico en embarazos previos se asocia a mayor riesgo de presentar dolor en la gestación con un nivel de evidencia fuerte (por lo menos 10 trabajos publicados a favor del factor estudiado y sin estudios en contra) (tabla 2).

Siguiendo en la misma línea, se concluye que la presencia de dolor lumbosacro en embarazos previos, no está asociado de forma significativa ($p=0,862$) a tener dolor lumbosacro en embarazos siguientes, si bien en nuestro estudio, la encuesta arrojó que 45,59% de las pacientes con dolor en el actual embarazo, presentaron dolor en embarazos previos. Como se mencionó anteriormente, esto es discordante respecto a los resultados del estudio presentado por Milan Munjin L et al en el año 2007 y también con el estudio publicado en "Obstetrics & Gynecology" en Julio de 2004 por Wang S. M et. al en Malawi, el cual concluyó que el antecedente de DL en embarazos anteriores era un factor de riesgo propio de las embarazadas para presentar DL en el siguiente embarazo.

Se procede a la caracterización del dolor, la cual se valoró siguiendo la mnemotecnica ATILIEF.

En cuanto al momento de aparición del dolor, el estudio muestra que el DL apareció en el primer trimestre en 15 pacientes (20,5%), segundo trimestre en 51 (69,9%) y tercer trimestre en solo 7 (9,6%). Desde el punto de vista estadístico la aparición de DL durante el embarazo, no se relaciona con el trimestre en que apareció el dolor ($p=0,853$).

En contraposición al estudio realizado por Berazategui S et al en 2015 junto a estudiantes de la Facultad de Medicina UDELAR, se vio que la mayoría presentó dolor en el tercer trimestre (13).

Otra variable evaluada es el tipo de dolor, el cual fue evaluado en las embarazadas que presentaron DL en este embarazo (73 pacientes). De ellas, 40 embarazadas (55%) presentaron dolor de tipo mecánico. El dolor de tipo no mecánico estuvo presente en 33 embarazadas (45%). Estos resultados coinciden, aunque en menor porcentaje, con la evidencia a nivel internacional, donde se destaca que la lumbalgia de tipo mecánica es el tipo más prevalente en esta población, que al igual que en la población general es de 80% (3).

Se buscó la asociación del tipo de dolor con la edad de las pacientes, resultando esta no significativa. No se encontró bibliografía que asocie directamente estas dos variables pero sí la edad como factor de riesgo del dolor. En el estudio realizado por Munjin, et al. (2007) se describe que no existe evidencia significativa de que la edad sea un factor de riesgo para la aparición del dolor (4).

Se destaca la asociación entre el dolor de tipo mecánico y la respuesta al tratamiento farmacológico ($p<0,049$), siendo que este tipo de dolor responde mejor a dicho tratamiento que el dolor de tipo no mecánico.

Continuando con la intensidad, se analizó el grado de dolor según la escala analógica EVA, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el peor dolor experimentado. Se pudo concluir que la mayoría de las embarazadas presentó dolor de moderada intensidad. Esto concuerda con un estudio realizado en nuestro medio por Berazategui S y Sosa L en 2015 junto a estudiantes de la Facultad de Medicina UDELAR, en el cual se vio que la mayoría de las pacientes presentaron DL de intensidad moderada a severa (13)

Posteriormente, se evaluó la irradiación del DL hacia distintas regiones. El trabajo arrojó que, de las 22 pacientes que presentaron irradiaciones, en 11 embarazadas irradió hacia rodilla, en 7 hacia el pubis, 2 hacia la planta del pie y 2 hacia el abdomen. Esto es similar a lo que se describe en la bibliografía. En la revisión sistemática *Pregnancy Related Lumbosacral Pain* describe que el DL en el embarazo se puede presentar irradiaciones para la región glútea, rodilla, pelvis y pie pero que las dos irradiaciones predominantes son hacia la pierna y hacia el pubis. Diferenciándolos entre sí como dos entidades diferentes: dolor pélvico y dolor lumbar por presentar etiologías y tratamientos diferentes (8). Esto de diferenciar las lumbalgias según sus irradiaciones también se vio en el artículo *Pelvic Girdle Pain and Low Back Pain in Pregnancy: a Review* donde los clasifica en un grupo como dolor pélvico a las que presentan irradiaciones hacia la región pélvica y glútea y dolor lumbar solo los que presentan dolor en la región lumbar (10).

Se clasificó el dolor según tiempo de permanencia, donde se vio que en la mayor parte de las embarazada, 36 (49%), presentó dolor por 6 días o menos, 12 embarazadas (16%) mantuvieron el dolor en un período

de 7 a 14 días, mientras que 25 embarazadas (34%) presentaron dolor por 15 días o más.

Se analizaron los fenómenos acompañantes los cuales estuvieron presentes en 26 embarazadas (36%) de pacientes. De estos fenómenos acompañantes los más prevalentes fueron las náuseas y vómitos presentes en 14 embarazadas (50%).

También se evaluaron los aspectos de la vida cotidiana afectados por el dolor .

En el estudio publicado en 2004 por Wang, S. M. et al, se expone que la mayoría de las encuestadas con DL presentaron trastornos del sueño (58 %; IC del 95 %, 54-62 %) y deterioro de la vida diaria (57 %; IC del 95 %, 53-62 %). Siendo la intensidad promedio del dolor moderada. El 30 % dejó de realizar al menos una actividad diaria debido al dolor.

En nuestro estudio, el sueño y la actividad general fueron los más afectados. El sueño con una prevalencia de 61%, es decir 43 embarazadas y la actividad general con una prevalencia de 31%, es decir 31 embarazadas. En el estudio realizado por Manyozo D et al. También se observaron resultados similares, siendo el sueño y la actividad general los más afectados (12).

Desde el punto de vista del abordaje del dolor por parte del equipo asistencial, es de destacar que, del total de pacientes embarazadas con DL, 51 (69,87% de la muestra) respondieron que el equipo de salud estaba en conocimiento sobre su dolor.

Esta proporción de pacientes es mayor a la concluída en los estudios de la bibliografía consultada. Sabino et al. comenta que alrededor del 50 % de las pacientes visitan a un médico por dolor lumbar o pélvico. Esto se debe a que la mayoría de las mujeres consideran que los dolores lumbosacros son una parte inevitable del embarazo (5). Adicional a esto, Wang, S.M. et al, refieren que un 32 % del total de las encuestadas con DL informaron al equipo de salud sobre este síntoma (9).

Además, como se explica en *Low Back Pain during Pregnancy and Delivery Outcomes* (7), muchas gestantes con dolor lumbosacro no lo manifiestan a su médico, otras, al manifestarlo no sienten suficiente contención por parte del equipo de salud. Esto se debe a que culturalmente se considera que el dolor es temporal, autolimitado y “normal” durante el embarazo (10).

De ese porcentaje de pacientes, la encuesta muestra que a aproximadamente la mitad de ellas (64,7%) les realizaron examen físico específico y a un 7,8% se les realizó paraclínica específica para el dolor. Como es sabido, el diagnóstico de dolor lumbar es clínico, pero la imagen puede ser complementaria cuando se sospechan condiciones de riesgo.

De lo analizado, destaca que no existen diferencias en el abordaje del dolor al comparar prestador público y privado. Sin embargo, la solicitud de paraclínica si se asocia al centro de salud (público o privado) al que pertenece la paciente de forma significativa ($p<0,031$), dado que más paraclínica se envió en el público

(13,89% de la pacientes con dolor), en comparación con el privado (2,7%).

Se concluye que la realización paraclínica específica para el DL en pacientes embarazadas, es baja en ambos centros. Es de destacar que, como explica en *Low back pain* (1), no se recomienda la realización de pruebas de imagen (ya sea radiografía, resonancia nuclear magnética, tomografía axial computada) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma. A esto se suma que, en pacientes embarazadas, se evita la realización de estudios que impliquen radiación. De ser necesaria una valoración imagenológica, la resonancia magnética será el estudio de elección. Sin embargo, en nuestro trabajo no se valoró qué paraclínica específica se solicitó.

Es de relevancia destacar, que la gran mayoría de las pacientes están conformes con cómo el equipo de salud manejó su dolor.

En cuanto a un factor fundamental como es el abordaje terapéutico de una patología extremadamente prevalente, se evaluó la prevalencia y efectividad de las terapias farmacológicas y no farmacológicas. Los equipos de salud no cuentan con conocimiento unificado sobre las estrategias de manejo disponibles en embarazadas, por lo que su abordaje es variable (9).

La evidencia en nuestro estudio sugiere que las terapias no farmacológicas son ampliamente usadas en la gran mayoría de las pacientes evaluadas, casi 70% de estas, en una proporción similar en ambos centros, tanto privado como público. No se encontró relación entre la utilización de terapias no farmacológicas con el del trimestre de embarazo ni con la existencia o no de embarazos previos.

Con lo que respecta al tratamiento farmacológico, se observó que más del 50% de las pacientes utilizaban esta modalidad para calmar el dolor, siendo este porcentaje mucho menor al no farmacológico. Esto podría deberse a un menor uso de este tipo de terapias por temor a efectos adversos por parte de la madre, tanto maternos como fetales, como se plantea en el artículo de revisión publicado en la Revista Colombiana de Anestesiología por Díaz, R. R., & Rivera, A. L. (2012): el manejo de patologías que generan dolor durante el embarazo suele requerir fármacos fáciles de prescribir y usar, pero con grandes limitaciones en cuanto a sus efectos adversos en madre y feto; no siempre son lo suficientemente seguros. La implicación más importante es el posible riesgo de toxicidad o teratogenicidad de los fármacos o de las intervenciones disponibles para el alivio del dolor (19).

Pasando a las distintas variedades incluidas en ambos tratamientos, se destaca dentro del no farmacológico la alta prevalencia de las terapias físicas, las cuales fueron las más empleadas por las pacientes incluyendo en este grupo en primer lugar los masajes, los cuales se realizaron en 28 pacientes (38,6%), seguido por la educación postural 23 pacientes (31,5%), ejercicios de relajación y posiciones para dormir 19 pacientes (26%), terapia frío calor 16 pacientes (21,9%), hidroterapia 5 pacientes (6,9%), yoga 4

pacientes (5,5%) y acupuntura ninguna (0%).

El subtipo más frecuente, la realización de masajes, concuerda con el estudio publicado por Shu-Ming que destaca que el masaje (61,4%), la acupuntura (44,6%), la relajación (42,6%), el yoga (40,6%) y la quiropráctica (36,6%) fueron las terapias de CAM más comunes recomendadas para el DL en el embarazo por los proveedores de atención de salud prenatal de nuestra muestra. (20)

En cuanto al tratamiento farmacológico, en un estudio realizado en 2015 en nuestro país sobre el perfil de consumo de medicamentos en mujeres embarazadas en el Centro Hospitalario Pereira Rosell y el Hospital de Clínicas, se detectaron los diferentes medicamentos utilizados por las pacientes, siendo el Paracetamol el más utilizado con un 8.2%, Ibuprofeno 2.8%, Dipirona 0.9% y otros como clonixinato de lisina, indometacina, ketoprofeno, bencidamina y analgésicos no especificados (1.2%) (17).

Con lo que respecta a nuestro estudio, en el mismo se encontró que el medicamento más utilizado también fue el Paracetamol, pero con un 39% del total de embarazadas. Luego, le siguen en frecuencia los AINES como el Ibuprofeno (9%), Diclofenac (2%), Ketoprofeno (2%) y Opioides como Tramadol (4%). El Paracetamol no está asociado al centro de salud, por lo tanto es el más frecuente en ambos (público y privado).

Sobre la efectividad de los tratamientos, el estudio publicado por Sabino, J., & Grauer, J. N. (2008). Pregnancy and low back pain. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine, refiere que el manejo no farmacológico del DL durante el embarazo no tiene una alta incidencia de éxito (7). En el presente estudio por el contrario, se destaca la alta efectividad de dichos tratamientos no farmacológicos, la cual es cercana al 80% tanto en centros privados como públicos.

Un metanálisis realizado por Jiang, J et al. evaluó el efecto de los fármacos sobre el dolor lumbar agudo, subagudo y crónico, y en el mismo concluyeron que para el dolor lumbar agudo, los analgésicos del primer escalón de la escalera analgésica de la OMS redujeron la intensidad del dolor con una calidad moderada de la estimación del efecto. En cuanto a la efectividad del tratamiento farmacológico de nuestro estudio, se descubrió que en el 85,3% del total de las pacientes que utilizaron este método, existió mejoría del DL. Por otro lado, en el 14,6% de las mismas no calmó el dolor. Por lo tanto, podemos decir que existe mejoría del dolor al utilizar tratamientos farmacológicos.

Además, encontramos que existe relación entre el tiempo de administración del fármaco con la eficacia del tratamiento, siendo la administración del fármaco entre 1 a 3 días la más eficaz.

Como se describió en la introducción, en el estudio realizado en 2015 en nuestro país sobre el perfil de consumo de medicamentos en mujeres embarazadas en el Centro Hospitalario Pereira Rosell y el Hospital de Clínicas, se evidenció el origen de la prescripción de los medicamentos consumidos (17). En comparación con nuestros datos, se evidencian diferencias. Se observó que el 31,7 % del total fueron

prescritos por el personal de salud (sin discriminar médicos y parteras) y el 68,1% fueron auto prescritos. Cabe destacar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el centro público y privado.

Finalizando este apartado; en cuanto a las limitaciones del presente trabajo, en el cuestionario dirigido a las pacientes no se incluyeron aspectos sobre el área laboral de estas, destacando que la bibliografía nombra a los trabajos con peso como factor de riesgo para DL previo y durante el embarazo. Por otro lado y en la misma línea, no se incluyeron en el cuestionario datos antropométricos que serían útiles al momento de colocarlos como factores favorecedores o protectores de DL.

Por último, si bien se concluyó de manera exitosa e interesante sobre la efectividad de los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos, existe un sesgo. Numerosas pacientes incluidas en la muestra, realizaron ambos tratamientos y no se obtuvo información si fue al mismo tiempo o no. Por lo tanto, la efectividad de un tipo de terapia puede haber sido influenciada por la otra, si bien en la encuesta ambos sectores (preguntas sobre tratamiento farmacológico y luego no farmacológico) están bien diferenciados.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Existen porcentajes variables de prevalencia de dolor lumbosacro publicados en artículos internacionales, por lo que se considera relevante obtener datos en nuestro medio sobre esta situación clínica.

En el presente proyecto se evaluó la prevalencia, caracterización y manejo del dolor lumbosacro en el embarazo en centros de salud públicos y privados en Montevideo, Uruguay, para conocer las similitudes y diferencias significativas de un problema de salud frecuente, muchas veces desestimado, en una población con características particulares como es la mujer embarazada.

Se evidenció que el DL es muy frecuente entre las mujeres embarazadas, afectando a más del 70% de las gestantes. Sumado a esa alta prevalencia, el mismo presenta un efecto negativo en la calidad de vida de las embarazadas, afectando a casi todas las pacientes con dolor. Es por esto que los equipos de salud deben proporcionar un abordaje oportuno e integral. Se demostró que tanto las terapias farmacológicas como las no farmacológicas tuvieron una significativa mejoría del DL, destacando el elevado uso de estas últimas como una alternativa complementaria segura y eficaz. Esto refuerza en gran medida la relevancia de dichas terapias para control del DL de pacientes gestantes en nuestro medio. Se resalta que en todos los casos el mejor abordaje debe ser individualizado para cada paciente, pudiendo brindarles todas las herramientas disponibles para que la paciente pueda decidir por el que considere más adecuado.

Al analizar estos hallazgos, surge una brecha de conocimiento sobre aquellas terapias no farmacológicas más efectivas, indicaciones y contraindicaciones, abriendo camino a su análisis en futuras investigaciones y generación de conocimiento con respecto al tema. Es fundamental reconocer la relevancia de este tipo de terapias en vistas a generar políticas de salud que las incluyan de manera homogénea y protocolizada a

toda la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Juan Carbayo García, J., Rodríguez Losañez, J., Félix Sastre, J., España, T., José Juan Carbayo García, C., de Salud Talavera, C., Luis Gallo no, J., & de la Reina Toledo, T. (2012). Low back pain. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(2), 0–143. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X201200020001114>
2. do Nascimento, P. R. C., & Pena Costa, L. O. (2015). Low back pain prevalence in Brazil: A systematic review. *Cadernos de Saude Publica*, 31(6), 1141–1156. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046114>
3. Aguilera A., Herrera A. Lumbalgia: una dolencia muy popular y a la vez desconocida. (n.d.). Retrieved May 24, 2022, from http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932013000200010
4. Munjin, M., Ilabaca, F., & Rojas, J. (2007). DOLOR LUMBAR RELACIONADO AL EMBARAZO. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 72(4), 258–265.
5. Sabino, J., & Grauer, J. N. (2008). Pregnancy and low back pain. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 1(2), 137–141. <https://doi.org/10.1007/S12178-008-9021-8>
6. Backhausen, M. G., Bendix, J. M., Damm, P., Tabor, A., & Hegaard, H. K. (2019). Low back pain intensity among childbearing women and associated predictors. A cohort study. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 32(4), e467–e476. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2018.09.008>
7. Frusclazo, A., Cocco, P., Londero, A. P., & Gantert, M. (2022). Low Back Pain during Pregnancy and Delivery Outcomes. *Zeitschrift Fur Geburtshilfe Und Neonatologie*, 226(2). <https://doi.org/10.1055/A-1553-4856>
8. Aragão, F. F. de. (2019). Pregnancy-related lumbosacral pain. *BrJP*, 2(2), 176–181. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190031>
9. Wang, S.M., Dezinno, P., Maranets, I., Berman, M. R., Caldwell-Andrews, A. A., & Kain, Z. N. (2004). Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 104(1), 65–70. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000129403.54061.0E>
10. Vermani, E., Mittal, R., & Weeks, A. (2010). Pelvic Girdle Pain And Low Back Pain In Pregnancy: a review. *Pain Practice : The Official Journal of World Institute of Pain*, 10(1), 60–71. <https://doi.org/10.1111/J.1533-2500.20>

11. Vleeming, A., Albert, H. B., Östgaard, H. C., Sturesson, B., & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal : Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 17(6), 794–819.
<https://doi.org/10.1007/S00586-008-0602-4>
12. Manyozo, S. D., Nesto, T., Bonongwe, P., & Muula, A. S. (2019). Low back pain during pregnancy: Prevalence, risk factors and association with daily activities among pregnant women in urban Blantyre, Malawi. *Malawi Medical Journal : The Journal of Medical Association of Malawi*, 31(1), 71–76.
<https://doi.org/10.4314/MMJ.V31I1.12>
13. Berazategui S, Escoto F. Docentes Responsables: Retamoso I, Sosa L. (2015) PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN EL EMBARAZO. *Clínica Médica “B” - Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina – UdelaR.*
14. Díaz, R. R., & Rivera, A. L. (2012). Manejo del dolor no obstétrico durante el embarazo. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 40(3), 213–223.
<https://doi.org/10.1016/J.RCA.2012.05.006>
15. Maternal adaptations to pregnancy: Musculoskeletal changes and pain - UpToDate. (n.d.). Retrieved May 24, 2022, from <https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-musculoskeletal-changes-and-pain>
16. Jiang, J., Pan, H., Chen, H., Song, L., Wang, Y., Qian, B., Chen, P., Fan, S., & Lin, X. (2022). Comparative Efficacy of Pharmacological Therapies for Low Back Pain: A Bayesian Network Analysis. *Frontiers in Pharmacology*, <https://doi.org/10.3389/FPHAR.2022.811962>
17. Perfil de consumo de medicamentos en mujeres embarazadas asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas | Anales de la Facultad de Medicina. (n.d.). Retrieved May 24, 2022, from <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/148>
18. Castillo Barrio, B., Bravo Laguna, M. C., de la Calle Fernández, M., & Pellicer Martínez, A. (2020). Consumo de paracetamol durante la gestación. *Anales de Pediatría*, 93(3), 196–197.
<https://doi.org/10.1016/J.ANPEDI.2019.12.016>
19. Díaz, R. R., & Rivera, A. L. (2012). Manejo del dolor no obstétrico durante el embarazo. Artículo de revisión. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 213–223.
<https://doi.org/10.1016/J.RCA.2012.05.006>
20. Wang, S. M., DeZinno, P., Fermo, L., William, K., Caldwell-Andrews, A. A., Bravemen, F., & Kain, Z. N. (2005).

- Complementary and Alternative Medicine for Low-Back Pain in Pregnancy: A Cross-Sectional Survey. <https://Home.Liebertpub.Com/Acm>, 11(3), 459–464. <https://doi.org/10.1089/ACM.2005.11.459>
21. Martins, R. F., & Pinto E Silva, J. L. (2014). Treatment of pregnancy-related lumbar and pelvic girdle pain by the yoga method: a randomized controlled study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* (New York, N.Y.), 20(1), 24–31. <https://doi.org/10.1089/ACM.2012.0715>
 22. Pennick, V. E., & Young, G. (2007). Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001139.PUB2/INFORMATION/EN>
 23. Ee, C. C., Manheimer, E., Pirotta, M. v., & White, A. R. (2008). Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(3), 254–259. <https://doi.org/10.1016/J.AJOG.2007.11.008>
 24. Kvorning, N., Holmberg, C., Grennert, L., Åberg, A., & Åkeson, J. (2004). Acupuncture relieves pelvic and low-back pain in late pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(3), 246–250. <https://doi.org/10.1111/J.0001-6349.2004.0215.X>
 25. Martins, R. F., & Pinto E Silva, J. L. (2014). Treatment of pregnancy-related lumbar and pelvic girdle pain by the yoga method: a randomized controlled study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* (New York, N.Y.), 20(1), 24–31. <https://doi.org/10.1089/ACM.2012.0715>

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, es de destacar la voluntad de las pacientes en participar en el estudio, las cuales nos proporcionaron un ameno ámbito de trabajo.

Agradecemos a los tres centros de salud, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica y Seguro Americano Medicina Privada. Gracias a su predisposición, este estudio pudo llevarse a cabo dentro de sus instalaciones y así poder aportar cada día más un poco de información científica a la comunidad, siendo esta el centro de nuestro labor.

La UdelaR nos brinda a diario a docentes, estudiantes y comunidad la posibilidad de investigar y aprender, lo cual es de destacar y agradecer. Esta no es la excepción, siendo la base para poder realizar el presente estudio.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE LA INVESTIGACIÓN MÉDICA

PROYECTO: DOLOR LUMBOSACRO EN EMBARAZADAS; PREVALENCIA, ABORDAJE Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE MONTEVIDEO EN EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2022.

En el día de hoy he leído el material de información acerca del estudio titulado “Dolor lumbosacro en embarazadas; prevalencia, abordaje y respuesta al tratamiento en tres centros asistenciales de Montevideo en el período agosto-setiembre 2022”.

Tras hablar con el/la Br. se me ha explicado y he comprendido el objetivo y metodología del estudio. He podido hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias.

Accedo a participar en dicho estudio en forma voluntaria y soy consciente que puedo abandonarlo en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello influya en la asistencia brindada por el equipo de salud. Se me ha explicado que la identidad del paciente es absolutamente confidencial y en ningún momento será revelada.

Nombre del participante: _____

C.I.: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Investigador que recibe el consentimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 2

INFORMACIÓN PARA LA PACIENTE

PROYECTO: DOLOR LUMBOSACRO EN EMBARAZADAS; PREVALENCIA, ABORDAJE Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN TRES CENTROS ASISTENCIALES DE MONTEVIDEO EN EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2022.

Centro de realización del estudio: Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” , Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM) y Seguro Americano Medicina Privada.

Investigadores responsables: Prof Adj Dra.Valentina Zubiaurre, Prof Adj Dra.Natalia Bernardi, Asist Dra. Lilian Ledesma, Br. Martín Carrasco, Br. Sofía Rosso, Br. Romina Silva, Br. Candela Errecart, Br. Lucas Dubarry, Br. Francisco Noboa.

¿Por qué se realiza este estudio?

Con frecuencia, las gestantes experimentan diferentes tipos de dolor durante el embarazo. Los mismos se

asocian a cambios fisiológicos, anatómicos y hormonales que ocurren durante el mismo. La medicina basada en evidencia ha avanzado ampliamente en el manejo del dolor periparto, de la mano de diferentes técnicas analgésicas y anestésicas pero no así en el manejo del dolor que no se encuentra vinculado al trabajo de parto.

El dolor no periparto suele ser abordado de manera incompleta por parte de los equipos de salud, generando impacto negativo en la calidad de vida de la gestante y configurando un problema a nivel de salud pública.

Así mismo, cuando una paciente con dolor crónico se embaraza este problema se acentúa; dado por la limitación de algunos fármacos en el primer trimestre (por riesgo de teratogenia) y la no re-adequación por parte del equipo médico de la propuesta terapéutica con fármacos "seguros" para el embarazo.

¿Qué se le va a realizar?

Se realizará una encuesta anónima de manera presencial y por otro lado, se le entregará un formulario breve para que usted complete.

La encuesta contendrá lenguaje sencillo para su fácil comprensión y será realizada por los miembros del grupo en sala de espera de la consulta obstétrica

El formulario autoadministrado se utilizará con el fin de la caracterización del dolor. Previo a la realización de la encuesta, usted deberá firmar el consentimiento informado

¿Qué se hará con los resultados de los estudios?

La finalidad de esta investigación es exponer datos sobre la prevalencia de mujeres que experimentan dolor lumbosacro durante el embarazo, características del mismo, terapéutica ofrecida por equipo de salud (farmacológica y no farmacológica) y respuesta. A su vez, comparar los diferentes abordajes en el ámbito público y privado.

La información recabada en la encuesta será registrada en tabla de recolección de datos para su posterior análisis de manera digital.

Los resultados de los estudios estarán disponibles para las pacientes y equipo médico tratante, así como para los investigadores del proyecto.

Los valores obtenidos serán utilizados para estudios científicos, publicaciones en revistas y congresos. La identidad de la paciente es absolutamente confidencial y no será revelada en ningún momento.

¿Qué beneficio recibe la paciente?

El proyecto de investigación busca generar información científica para optimizar diagnóstico y tratamiento en pacientes con Dolor lumbosacro durante el embarazo

De esta manera se beneficiará a futuras pacientes embarazadas

Participación voluntaria y derecho de retirarse del estudio

La participación en el estudio es completamente voluntaria. La paciente tendrá derecho a negarse a participar o retirarse de la investigación en cualquier momento, sin dar explicaciones. La decisión de no participar o retirarse del estudio no afectará de ninguna forma la atención que recibirá por parte del equipo de salud tratante.

Riesgos

Ninguno de los procedimientos planteados en este estudio es invasivo ni representa riesgos para la salud de la paciente ni del feto. Todas las instancias serán supervisadas por el equipo médico responsable del proyecto.

¿A quién contactar en caso de dudas?

Datos de contacto: Dra.Valentina Zubiaurre, Dra.Natalia Bernardi, Dra. Lilian Ledesma. Teléfono: 24809326. Mail: climedcab@gmail.com

ANEXO 3

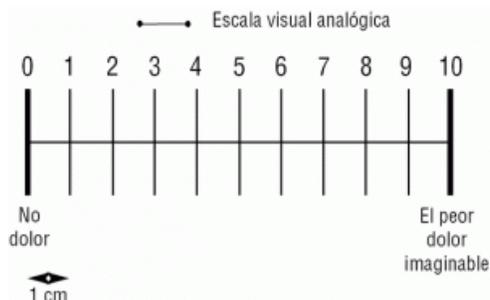
ENCUESTA

1. ¿Qué edad tiene?
2. ¿En qué trimestre del embarazo se encuentra? (1er trimestre: 1, 2do trimestre: 2, 3er trimestre: 3)
3. ¿Ha tenido dolor en la espalda baja (dolor lumbar) diagnosticado por un médico ANTES de este embarazo? (Si - No)
4. De ser así, ¿qué tratamiento le indicó?
5. En el caso de haber tenido embarazos previos, ¿ha presentado dolor en espalda baja (dolor lumbar) durante los mismos?
No he tenido embarazos previos - Si he presentado dolor - No he presentado dolor
6. Durante sus ciclos menstruales, ¿presenta dolor en espalda baja (dolor lumbar)? - Si - No
7. ¿Ha presentado dolor en espalda baja (dolor lumbar) durante ESTE embarazo? - Si - No

Si respondió SI a la pregunta 7, continúe:

Características del dolor:

8. ¿En qué momento apareció el dolor? - Primer trimestre (1-14 semanas/0-3 meses) - Segundo trimestre (15-28 semanas/3-6 meses) - Tercer trimestre (más de 28 semanas/6-9 meses)
9. ¿Qué tipo de dolor es? - Aparece con el movimiento, calma con el reposo - No tiene relación con el movimiento
10. ¿Qué aspectos de su vida cotidiana se vieron afectados por el dolor? (puede marcar más de una)
- Actividad general - Estado de ánimo - Capacidad de andar - Trabajo normal (intradomiciliario y extra domiciliario) - Relaciones con otras personas - Sueño - Disfrute de la vida
11. ¿Qué tan intenso es su dolor? (siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el peor dolor de su vida)



12. ¿El dolor se le va para algún otro lado? - No se mueve - Se mueve hacia otro sector
13. Si se va hacia otro sector, indique hacia qué parte del cuerpo: - Hasta la rodilla - Hasta planta de pie - Hacia el abdomen - Hacia el pubis
14. ¿Cuántos días al mes presenta dolor? - 6 o menos días- Entre 7 y 14 días- 15 días o más días
14. Desde el momento que el dolor inició hasta ahora, el mismo fue: - Aumentando - Disminuyendo - Siempre fue igual
16. ¿Asociado al dolor, presentó alguno de estos síntomas? (Puede marcar más de 1):- Fiebre - Náuseas, vómitos, sudoración
- Cambios en los movimientos fetales - Contracciones uterinas dolorosas - Salida de sangre por la vagina- Ardor al orinar y/o ganas de orinar frecuentes sin lograr hacerlo.

Identificación y abordaje del dolor por parte del equipo de salud tratante:

17. ¿El equipo de salud tratante conoce sobre su dolor? - Si - No
- 18 ¿Se le realizó examen físico? - Si - No
19. ¿Se le solicitaron exámenes paraclínicos? - Si - No

Tratamiento, adherencia y respuesta al tratamiento

20. ¿Tomó algún analgésico/fármaco para calmar el dolor? - Si - No
21. Si respondió que SI en la anterior ¿Se lo indicó el equipo de salud? - Si - No
22. ¿Qué fármaco utilizó?
- AINES, indique cual (si utilizo más de uno, márkuelo): - Paracetamol - Ibuprofeno - Diprofona - Diclofenac - Ketoprofeno
- OPIOIDES, indique cual (si utilizo más de uno, márkuelo): - Tramadol - Morfina - Codeína - Fentanil
23. La administración del mismo: - Lo tomaba reglado según la indicación del médico (cada 6-8 hs) - Lo tomaba solo cuando sentía dolor (a demanda)
24. ¿Tuvo efectos secundarios como: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, mareos? Si tuvo alguno de ellos o varios, marque SI. - Si - No
25. ¿El fármaco disminuyó el dolor durante el tratamiento? - Si - No
26. ¿Duración del tratamiento? - 1 a 3 días - 4 a 7 días- 8 a 15 días- más de 15 días
27. ¿Abandonó el tratamiento en algún momento? - Si - No
28. Si marcó que SI en la anterior, ¿por qué motivo fue? - algún efecto indeseado del fármaco - porque el tratamiento no le calmó el dolor - por miedo a los efectos sobre el feto - porque no lo tenía disponible. - otros.
29. ¿Realizó algún tratamiento NO farmacológico? - Si - No
30. Si la respuesta anterior fue SI ¿Cuál/es utilizó? - Corrección de la postura - Ejercicios de relajación - Se le enseñó posiciones para dormir que mejoren el dolor - Ejercicios en el agua (hidroterapia) - Masajes - Aplicaciones de calor y frío local - Yoga - Acupuntura - Electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS). - Otros

31. Si marcó alguna respuesta en la pregunta anterior, ¿disminuyó el dolor dicha terapia? -Si-No

32. ¿Piensa que el manejo de su dolor lumbar ha sido suficiente por parte del equipo de salud? - Si -No.