

# Lumbago en el embarazo

Viviana Urturbia M.

*Servicio Medicina Física y Rehabilitación, HCUCH.*

## **SUMMARY**

*Low back pain is one of the most frequent causes of pain during pregnancy and often gets worse as it progresses. This pain can interrupt daily activities, work and has a great impact on the quality of life of the pregnant woman. Its etiology is unknown and there are several theories that would explain that the genesis of pain is multifactorial. As the pregnancy progresses, there are several physiological changes that occur in the woman's body, which could contribute to triggering a low back pain. It has been shown that an adequate diagnosis and early management based mainly on education, exercise and physiotherapy, achieve good results in the control of pain and improve the quality of life. In certain cases, the use of drugs for a limited period of time and with medical supervision may be beneficial in controlling pain.*

## **INTRODUCCIÓN**

El dolor lumbar se define como el dolor y la incomodidad localizados debajo del margen costal y por encima de los pliegues glúteos inferiores, con o sin dolor en las piernas. Básicamente, el lumbago es un término general para el dolor que se localiza en las regiones pélvicas o lumbares<sup>(1)</sup>.

El lumbago es una de las causas de dolor más frecuente durante el embarazo y a menudo empeora a medida que este avanza. El dolor puede interrumpir las actividades diarias, el trabajo y el sueño de las embarazadas<sup>(2)</sup>. También se ha visto que tiene un impacto potencial en el desarrollo fetal y crecimiento, por lo que el alivio del dolor beneficiaría tanto a la madre como al hijo<sup>(3)</sup>.

Se estima que la prevalencia mundial de lumbago en la embarazo oscila entre el 24% y el 90%<sup>(2)</sup>. El principal problema para determinar una prevalencia más certera es que no existe un sistema de clasificación universalmente reconocido para la condición, por lo que en la literatura existen diversos términos y definiciones para referirse al dolor lumbar en la embarazada, entre ellos dolor de espalda baja, dolor de la cintura pélvica, dolor lumbar, dolor lumbosacro y dolor pélvico posterior<sup>(1,4,5)</sup>.

En un estudio realizado en Australia, donde se comparó la prevalencia del dolor de espalda entre las mujeres embarazadas y no embarazadas, se determinó que la probabilidad de tener dolor lumbar durante el embarazo fue de 3,5 veces mayor que la de las mujeres no embarazadas<sup>(6)</sup>. El dolor lumbar por lo general comienza al final del primer

trimestre, alcanzando su punto máximo entre las semanas 24 y 36 de gestación. Por lo general, el lumbago se resuelve espontáneamente dentro de los 6 meses posparto. Las tasas de recaída son altas en los embarazos subsiguientes y existe una prevalencia de lumbago en el postparto del 24,7%<sup>(2)</sup>; entre el 8 y 10% de las mujeres continúa con el dolor entre 1 a 2 años después del parto<sup>(7)</sup>.

A pesar de estas cifras, se estima que más del 50% de las mujeres reciben poca o ninguna intervención para el manejo de esta patología<sup>(2)</sup>.

### FISIOPATOLOGÍA

Durante el embarazo el estado hormonal produce un efecto de antinocicepción, en otras palabras, al estar embarazada ocurren diversos mecanismos para presentar menos dolor. Esto resulta de la interacción de niveles circulantes de progesterona y estrógeno, junto con la activación de dos sistemas analgésicos opioides relativamente menores (delta y kappa) que están latentes en condiciones basales, por medio de los opioides endógenos dinorfina y encefalina. La modulación de estos sistemas es lograda por vías descendentes inhibitorias, al activar receptores alfa-2-adrenérgicos, amplificando sinérgicamente la respuesta antinociceptiva. Los beneficios clínicos de esta asociación son disminuir los requerimientos de cada uno de los agentes para lograr igual nivel de analgesia, asociado a un menor riesgo de desarrollar tolerancia para cada tipo de receptor<sup>(3)</sup>. Gracias a estos mecanismos descritos se puede controlar algunas formas de dolor durante el embarazo; sin embargo, no están exentas de presentar dolor.

Aunque el lumbago es el dolor más frecuente del embarazo, su etiología es desconocida y existen diversas teorías que explicarían que la génesis del dolor es multifactorial.

A medida que progresa el embarazo hay diversos cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo de la mujer y que podrían contribuir a desencadenar un lumbago. El primero por mencionar es el cambio que ocurre en el alineamiento tridimensional de la columna y compensaciones músculo-esqueléticas. El útero gravídico progresivamente va aumentando su tamaño y peso por hiperplasia e hipertrofia de las fibras musculares, albergando al feto, la placenta y el líquido amniótico. Esto conlleva a un crecimiento del volumen abdominal y aumento de peso en la parte inferior de la pelvis, lo que produce un desplazamiento del centro de gravedad hacia anterior. Para compensar este desplazamiento se produce un aumento de la lordosis lumbar, llevando el centro de gravedad hacia posterior. Esta acción crea un momento de flexión adicional en la columna lumbar que culmina con una mayor carga en la musculatura lumbar de la columna vertebral. Además la inclinación pélvica anterior aumenta a medida que el centro de gravedad se desplaza hacia delante, causando una mayor carga a través de los ligamentos sacroilíacos, ya que estas estructuras intentan resistir esta rotación pélvica hacia anterior<sup>(7,8)</sup>. Esto conlleva a inclinar el cuerpo hacia delante y se produce una compensación inconsciente llevando la parte superior del cuerpo por sobre la pelvis, produciendo un aumento de la lordosis lumbar para restaurar el centro de gravedad<sup>(2,4,7)</sup>. A medida que avanza el embarazo, estos ligamentos sacroilíacos se vuelven más laxos y producen estrés de las articulaciones facetarias, observándose un aumento de la producción de líquido sinovial con distensión de la cápsula articular, lo cual podría producir dolor<sup>(4)</sup>. A la vez, ocurre un debilitamiento de los músculos abdominales, provocando una mayor sobrecarga mecánica sobre los músculos, ligamentos y discos de la columna, generando fatiga muscular y sobrecarga de partes blandas<sup>(3)</sup>.

Por otra parte, durante el embarazo hay un aumento en la laxitud ligamentosa probablemente

secundario a la influencia hormonal de los estrógenos y la relaxina<sup>(3,7,8)</sup>. La relaxina es un polipéptido que regula la fisiología del colágeno. Es secretada por el cuerpo lúteo y la placenta y aumenta desde el comienzo del embarazo. Entre sus efectos se encuentra el aumento de la laxitud de los ligamentos alrededor de la pelvis y cuello uterino a través del aumento del porcentaje de agua en estas estructuras.

Por otro parte, el estrógeno potencia la sensibilidad del receptor de la relaxina, mejorando así su efecto<sup>(7)</sup>. Esta laxitud es necesaria para acomodar el feto en desarrollo y facilitar el parto, y podría ser la causante de la distensión y aumento del rango de movimiento de las articulaciones sacroilíacas y de la sínfisis, lo cual a su vez podría causar dolor<sup>(4)</sup>. A diferencia de las pacientes embarazadas asintomáticas, las mujeres embarazadas con dolor moderado o grave presentan una laxitud asimétrica de la articulación sacroilíaca. Además, en las mujeres con dolor lumbopélvico relacionado con el embarazo, se ha observado mayor movilidad de la sínfisis del pubis durante el embarazo y el puerperio, en comparación con las mujeres embarazadas asintomáticas<sup>(7)</sup>.

Otro factor que influye en el aumento de laxitud de la columna vertebral y pelvis es la retención de agua propia del embarazo, secundario al aumen-

to de la angiotensina II, aldosterona y hormona natriurética que producen reabsorción de sodio y aumento del contenido de agua corporal. Este aumento de laxitud secundario a la retención de fluidos también favorece a la génesis del dolor<sup>(4)</sup>.

Los cambios vasculares también pueden contribuir al dolor lumbar durante el embarazo. El útero grávido puede causar una compresión considerable tanto en la aorta como en la vena cava en posición supina. Además del riesgo potencial de tromboembolismo venoso, la estasis venosa y la disminución de la saturación regional de oxígeno pueden conducir a hipoxemia que compromete la actividad metabólica de las estructuras neurales, principalmente fibras amielínicas, causando así dolor<sup>(4,7,8)</sup>.

### FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo han sido ampliamente estudiados. A continuación se muestran diversos factores de riesgo de dolor lumbar relacionados con el embarazo según su grado de evidencia (Tabla 1)<sup>(2,4,7,9)</sup>.

### CUADRO CLÍNICO

La presentación clínica del dolor lumbar relacionado con el embarazo varía ampliamente, no sólo entre los pacientes, sino también durante el transcurso de este. La aparición del dolor lumbar ocurre alrededor de la semana 18<sup>a</sup> de embarazo y la

**Tabla 1. Grados de evidencia sobre factores de riesgo en población con dolor lumbar relacionado al embarazo.**

Evidencia fuerte	Evidencia débil	Evidencia conflictiva	Sin evidencia
Trabajo estresante	Peso materno (IMC)	Edad materna avanzada	Densidad ósea
Dolor lumbar previo	Estatura materna	Número de embarazos previos	Abortos previos
Dolor lumbopélvico relacionado al embarazo previo	Peso fetal	Etnia materna	
	Uso de anticonceptivos	(aumento de paridad)	
	Tabaquismo		
	Anestesia epidural		
	Trabajo de parto prolongado		

máxima intensidad se observa entre la semana 24<sup>a</sup> a 36<sup>a</sup>(5,9). La presencia de dolor durante el primer trimestre es un importante predictor de lumbago intenso durante el tercer trimestre. En un 93% de las embarazadas, el dolor lumbar desaparece durante los primeros 3 meses del postparto, sin embargo, un 7% persiste con dolor lumbar crónico(9).

El dolor se localiza en la región lumbar baja, región sacroilíaca o glúteos, pero sin irradiación radicular. En ocasiones puede acompañarse de pubalgia(3,9). Generalmente el dolor es descrito como un dolor tipo “punzada”, “dolor sordo” o “sensación de opresión”. Las pacientes consultan por dolor lumbar bajo que se acentúa por la actividad, principalmente al caminar o flexionar el tronco hacia anterior, y disminuye en reposo. El dolor se intensifica al palpar la musculatura lumbar. Generalmente el dolor es persistente y de intensidad moderada con un promedio de la escala visual análoga 5 a 6 de 10, y un 25% de las mujeres reportan un dolor severo(9).

Entre un 21 a 81% de las pacientes embarazadas con dolor lumbar manifiestan problemas de discapacidad asociada a su dolor. Sus principales dificultades son “levantarse del piso” (97%), las relaciones sexuales (82%) y los problemas durante el sueño (30%). Otras actividades en las cuales el dolor interfiere son el realizar las labores de la casa, el ejercicio, actividades con los niños, trabajo remunerado, entretenimiento y relaciones personales(4).

Padua y colaboradores realizaron un estudio en el que se evaluó la discapacidad asociada a dolor lumbopélvico en mujeres embarazadas a través del instrumento Roland Disability Questionnaire (RDQ). Este estudio concluyó que el 31% de las mujeres no presentaban discapacidad asociada al dolor, un 40% presentaba una discapacidad leve y un 8% estaba severamente discapacitada(9).

Siempre hay que tener en consideración los principales diagnósticos diferenciales del lumbago, entre ellos las hernias discales, espondilolistesis y sacroileítis infecciosa(3,5,7,10). Se estima que las hernias discales en el embarazo, aunque son relativamente poco comunes, ocurren en aproximadamente 1 de cada 10.000 casos de dolor lumbosacro del embarazo(8,10).

A través de una adecuada anamnesis y examen físico, podríamos determinar adecuadamente un diagnóstico definitivo de dolor lumbar. Deben buscarse signos de alarma como antecedentes de trauma, pérdida de peso inexplicable, antecedentes de cáncer, uso de corticoides, abuso de drogas, inmunosupresión, síntomas y signos neurológicos, fiebre o malestar sistémico, ya que apuntan hacia otras causas graves de dolor(5). Estas “banderas rojas” apuntan a la presencia de condiciones subyacentes que pueden ser inflamatorias, infecciosas, traumáticas, neoplásicas, degenerativas o metabólicas. En caso de presentar síntomas severos o asociados a compromiso neurológico, se debe realizar una evaluación imagenológica. La resonancia magnética (RM) es considerada la modalidad de imagen más segura y recomendada durante el embarazo, ya que no se ha demostrado efectos adversos luego de realizarse una RM; sin embargo, la Comisión Internacional de Protección contra la Radiación No Ionizante recomienda retrasar la RM electiva hasta después del primer trimestre, debido a los riesgos potenciales. Por último, las guías del Colegio Americano de Radiología del año 2013 recomiendan que la RM se debe utilizar en pacientes embarazadas, independientemente de la edad gestacional, cuando los beneficios superan los riesgos e incluso en el primer trimestre(7,8).

## TRATAMIENTO

El tratamiento primario es la prevención. Una adecuada preparación física previa al embarazo reduce el riesgo de lumbago durante este periodo. En

caso de presentar lumbago durante el embarazo, se recomienda comenzar con un manejo no farmacológico, basado principalmente en el ejercicio y fisioterapia<sup>(3)</sup>.

Las guías europeas recomiendan que para el manejo del dolor lumbar se debe entregar información adecuada y tranquilizar a los pacientes. Se debe enseñarles a que es mejor mantenerse activo, a continuar las actividades diarias normales y trabajar si es posible, ofreciendo ejercicios individualizados donde sea apropiado<sup>(2,5)</sup>. La educación a la paciente se enfoca en los aspectos relevantes de la anatomía y los cambios durante el embarazo, ergonomía, las estrategias de manejo del dolor y las técnicas de relajación<sup>(5)</sup>.

Las intervenciones que se han utilizado hasta la fecha para ayudar a controlar el dolor incluyen ejercicios, descanso frecuente, compresas frías y calientes, cinturones de apoyo abdominal o pélvico, masajes, acupuntura, quiropráctica, aromaterapia, relajación, hierbas, yoga, reiki, paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos<sup>(6)</sup>.

## MANEJO NO FARMACOLÓGICO

### Ejercicio

Abarca un grupo de intervenciones que van desde el ejercicio aeróbico hasta el fortalecimiento muscular, flexibilidad, estiramiento y ejercicios de relajación muscular progresiva. Los ejercicios recomendados para el lumbago relacionado con el embarazo son similares a los utilizados para pacientes con lumbago no específico, con modificaciones menores y se cree que tienen un mecanismo de acción similar. También previene el aumento excesivo de peso materno y fetal, previene y controla la diabetes gestacional y mejora la capacidad cardiorrespiratoria<sup>(11,12)</sup>. El ejercicio también puede ser eficaz en la prevención secundaria del dolor

lumbar en el embarazo, reduciendo su intensidad, la discapacidad asociada y el permiso laboral por enfermedad<sup>(2,13)</sup>.

Liddle y colaboradores realizaron un metaanálisis publicado por la Cochrane el año 2015<sup>(2)</sup> que evalúa los efectos de cualquier intervención utilizada para prevenir y tratar el dolor lumbar, dolor pélvico o ambos durante el embarazo. Se analizaron 34 ensayos clínicos aleatorizados que analizaron 5.121 mujeres embarazadas entre las 12 a 38 semanas de gestación. Se concluyó que las intervenciones de ejercicio en suelo o en agua (de 5 a 20 semanas) mejoraron significativamente los niveles de dolor lumbar y la discapacidad de las embarazadas con lumbago. Cabe mencionar que las mujeres que participaron en ejercicios acuáticos no desarrollaron más infecciones urinarias ni uterinas que aquéllas que recibieron atención prenatal habitual. Hay evidencia de calidad moderada de que el ejercicio reduce la licencia por enfermedad comparado con los cuidados prenatales habituales. Las mujeres que se ejercitaban eran 60% menos propensas a tomar una licencia por enfermedad debido a su lumbago a las 32 semanas de gestación. La calidad de la evidencia se debe a problemas con el diseño de estudios, un pequeño número de mujeres y resultados variados.

### Terapia manual

Existen diversas técnicas de terapia manual, entre ellas la terapia manipuladora espinal, movilización espinal que favorece la liberación de tejido blando y miofascial. Se piensa que la terapia manual influye en el mecanismo de *gating* espinal y en el sistema de supresión del dolor descendente en los niveles espinal y supraspinal para disminuir el dolor. Además posiciona la vértebra a su posición normal o restaura la movilidad perdida. La terapia craneosacral libera la acumulación de tensión en diferentes áreas del cuerpo y la mente. En el lumbago se

utiliza para liberar la acumulación de tensión en la fascia, los ligamentos y los músculos de la espalda baja y la pelvis, promoviendo una sensación de relajación y una mayor conciencia corporal.

La terapia manual puede ser beneficiosa para el manejo del dolor y la discapacidad funcional con pruebas de calidad moderada. No hubo efectos adversos duraderos en ninguno de los estudios con estas técnicas<sup>(2)</sup>.

### **Acupuntura**

La acupuntura es una punción con aguja en puntos meridianos clásicos, dirigida a promover el flujo de “Qi” o energía. El acupunturista debe evitar ciertos puntos de acupuntura en el embarazo que suministran el cuello uterino y el útero (que se han utilizado para inducir el trabajo de parto), pero la técnica en general se considera segura<sup>(5)</sup>. La analgesia por acupuntura involucra mecanismos neurohumorales complejos que involucran opiáceos endógenos y monoaminas con evidencia de depresión sostenida de las neuronas del asta dorsal en la médula espinal<sup>(14)</sup>. Hay evidencia de baja calidad (limitaciones de diseño de estudio, imprecisión de estimaciones de efectos) de la acupuntura para el manejo del lumbago; sin embargo, los trabajos revisados muestran resultados positivos a favor de la acupuntura para la reducción del dolor y la discapacidad funcional mejorada. Un 60% de las mujeres manifestaron que la intensidad de dolor había disminuido en comparación con sólo el 14% del grupo de control, siendo cuatro veces mayor el beneficio de la acupuntura (RR 4,16; IC del 95%: 1,77 a 9,78)<sup>(2)</sup>. Se observaron efectos adversos transitorios menores como hematomas subcutáneos pequeños, equimosis en el sitio de inserción, dolor local, calor o sudoración, cansancio, náuseas, debilidad. No hubo problemas con ninguno de los recién nacidos<sup>(2,14)</sup>.

### **Cinturones pélvicos**

Los cinturones pélvicos son una forma de apoyo lumbar o pélvico que puede ayudar a corregir la deformidad, limitar el movimiento espinal, estabilizar la columna lumbar y/o la pelvis, reducir la carga mecánica y proporcionar diversos efectos tales como masaje, calor o placebo. Pueden estar hechos de materiales flexibles o rígidos. Los cinturones pélvicos pueden estimular la acción de los músculos abdominales y estabilizar los músculos de la columna vertebral junto con los músculos del suelo pélvico. Existe evidencia de baja calidad (principalmente limitada por el diseño de los estudios y las estimaciones de efecto) de que no había diferencia significativa en el uso de cinturones pélvicos para aliviar el dolor o disminuir la discapacidad funcional<sup>(2)</sup>.

### **Taping**

Vendaje neuromuscular funcional cuya principal acción es apoyar a los músculos lesionados y las articulaciones, ayudando a aliviar el dolor, a elevar la piel y permitir una mejor sangre y flujo linfático. No existe evidencia suficiente para sacar conclusiones sobre la eficacia del *taping* en el dolor lumbar durante el embarazo, pero un estudio muestra que las pacientes que usaron *taping* tienen una disminución significativa del dolor frente a aquellas que no lo utilizaron. No hubo efectos adversos resultantes del uso de *taping*<sup>(2)</sup>.

### **ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA (TENS)**

El TENS es una modalidad no invasiva terapéutica que se utiliza principalmente para el alivio del dolor a través de la inhibición de la transmisión del dolor por la activación de las interneuronas inhibitorias en la sustancia gelatinosa del asta posterior de la médula espinal<sup>(15)</sup>. Existe evidencia de baja calidad (limitaciones de diseño del estudio,

imprecisión de estimaciones de efectos) que el TENS mejoró el dolor y la discapacidad significativamente más que el tratamiento habitual. No hubo efectos adversos derivados de la TENS<sup>(2)</sup>.

### MANEJO FARMACOLÓGICO

La Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos recomienda una clasificación basada en los estudios disponibles para determinar el riesgo versus beneficio de los medicamentos durante el embarazo. La seguridad de un medicamento durante el embarazo está indicada por la categoría asignada por la FDA (Tabla 2)<sup>(16)</sup>. En Australia, la Therapeutic Goods Administration (TGA) cuenta con un sistema de clasificación diferente, en el que se tienen en consideración los efectos dañinos conocidos en el feto en desarrollo, incluyendo defectos del nacimiento, efectos que pueden o no ser reversibles y problemas en la vida futura. Según esta clasificación los medicamentos categoría A son aquellos medicamentos que han sido tomados por un gran número de mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil sin que se observara un aumento demostrado en la frecuencia de malformaciones u otros efectos dañinos directos o indirectos sobre el feto.

**Paracetamol:** es un fármaco que administrado oralmente pertenece a la categoría B según la FDA

y a categoría A, según la TGA<sup>(16)</sup>. Es el analgésico de primera elección para el dolor lumbar leve porque no tiene propiedades teratogénicas conocidas (la forma intravenosa es la categoría C)<sup>(7)</sup>. En la revisión Cochrane previamente mencionada, se muestra un ensayo clínico aleatorizado que compara el efecto del paracetamol y el ejercicio en la disminución del dolor y discapacidad funcional sin encontrar diferencias significativas en los resultados<sup>(2)</sup>.

**AINES:** el ibuprofeno y el naproxeno son fármacos de la categoría C tanto en la FDA como en TGA durante el primer trimestre (0 a 14 semanas) y el segundo trimestre (14 a 28 semanas). En el tercer trimestre (28 a 42 semanas) se consideran drogas de categoría D porque se han demostrado riesgos fetales. El conducto arterioso es esencial para la circulación fetal normal; sin embargo, la estructura puede cerrarse prematuramente cuando se usan AINES durante el término del embarazo y puede conducir a la hipertensión pulmonar<sup>(7,16)</sup>. Por lo tanto, el uso de AINES durante el embarazo debe ser a corto plazo y restringido al primer y segundo trimestre. La aspirina es un fármaco de categoría D a lo largo de los tres trimestres y se ha asociado con una mayor mortalidad perinatal, hemorragia neonatal, disminución del peso al nacer, gestación prolongada y trabajo de parto y posibles

**Tabla 2. Clasificación de FDA de riesgo de fármacos en el embarazo.**

Categoría	Descripción
A	Estudios adecuados en mujeres embarazadas no han mostrado riesgo para el feto en el primer trimestre del embarazo y no hay evidencia de riesgo en trimestres ulteriores.
B	Estudios en animales no han mostrado efectos adversos sobre el feto, pero no hay estudios clínicos adecuados en mujeres embarazadas.
C	Estudios en animales han mostrado un efecto adverso sobre el feto, pero no hay estudios clínicos adecuados en mujeres embarazadas. La droga puede ser útil en mujeres embarazadas a pesar de sus riesgos potenciales.
D	Hay evidencia de riesgo para el feto humano, pero los beneficios potenciales del uso en mujeres embarazadas pueden ser aceptables a pesar de los riesgos potenciales.
X	Estudios en animales o humanos muestran anomalías fetales o las comunicaciones de reacciones adversas indican evidencia de riesgo fetal. Los riesgos involucrados sobrepasan claramente los beneficios potenciales.

defectos de nacimiento. La dosis baja de aspirina se puede utilizar en el embarazo y se considera segura con respecto a los riesgos de malformación fetal y de deterioro importante del desarrollo<sup>(7,16)</sup>.

**Ciclobenzaprina:** es una amina tricíclica utilizada como relajante muscular. Es un medicamento de categoría B. Su uso está autorizado por la FDA para tratamientos sintomáticos de dolor tipo espasmo muscular por un tiempo corto (máximo de 2 semanas). Los estudios en ratas y conejos con dosis 20 veces superiores a las utilizadas en humanos no produjeron efectos en el feto, pero la no existencia de estudios controlados en humanos restringe el uso rutinario de este medicamento<sup>(16)</sup>.

**Opioides:** la mayoría de los opioides, según la FDA, son categoría B o C, pero cuando son usados por tiempos prolongados durante el embarazo se convierten en categoría D. La oxiconona se encuentra en la categoría B; en cambio el tramadol, buprenorfina, codeína y morfina son categoría C. Con respecto a la codeína, según la FDA es categoría C porque se ha asociado con malformaciones respiratorias; sin embargo, reportes posteriores no han encontrado esta asociación, incluso en Australia se considera un medicamento seguro categoría A según la TGA. El tramadol ha demostrado que cruza la barrera placentaria. Estudios en animales han demostrado que a dosis muy altas, este fármaco tiene un efecto sobre el desarrollo de órganos, el crecimiento óseo y la tasa de mortalidad<sup>(17)</sup>. Los analgésicos opioides no deben administrarse a lar-

go plazo y se limitan estrictamente al uso a corto plazo<sup>(7,16)</sup>. El uso prolongado de opioides durante el embarazo puede generar dependencia física en el recién nacido.

**Anestésicos locales:** la lidocaína se encuentra en la categoría B según la FDA y categoría A según TGA, tanto su uso en parches al 5% como en infiltraciones. Este medicamento atraviesa la placenta. Los estudios en animales no mostraron evidencia de daño al feto; sin embargo, no hay estudios adecuados o bien controlados en mujeres embarazadas. La bupivacaína se encuentra en categoría C según la FDA y categoría A en TGA<sup>(17)</sup>. El uso de los anestésicos locales sería de utilidad en infiltraciones de miofasciales asociados al lumbago en la embarazada.

## CONCLUSIÓN

Debido a diversos cambios físicos secundarios al embarazo, la región lumbar es una de las más afectadas, siendo un potencial generador de dolor, repercutiendo en la calidad de vida de la paciente embarazada y, en algunos casos, produciendo diversos grados de discapacidad asociada al lumbago. Se ha evidenciado que un adecuado diagnóstico y un manejo precoz, basado principalmente en educación, ejercicio y fisioterapia, logran buenos resultados en el control del dolor, así como también mejorar la calidad de vida. En determinados casos, el uso de fármacos por tiempo acotado y con supervisión médica puede ser beneficioso para controlar el dolor.



## REFERENCIAS

1. Bhardwaj A, Nagandla K. Musculoskeletal symptoms and orthopaedic complications in pregnancy: pathophysiology, diagnostic approaches and modern management. *Postgrad Med J* 2014;90:450–60.
2. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;30:CD001139.
3. Lacassie QH. Dolor y embarazo. *Rev Médica Clínica Las Condes* 2014;25:641–50.
4. Munjin M, Ilabaca F, Rojas J, others. Dolor lumbar relacionado al embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72:258–65.
5. Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain Pract* 2010;10:60–71.
6. Kristiansson p. Epidemiology of back pain in pregnancy. En: Slipman C, Derby R, Simeone F, Mayer T. *Interventional spine: an algorithmic approach*. Filadelfia: Elsevier, 2008:1307-10.
7. Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW. Low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy. *J Am Acad Orthop Surg* 2015;23:539–49.
8. Borg-Stein J, Dugan SA. Musculoskeletal disorders of pregnancy, delivery and postpartum. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2007;18:459–76.
9. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, van Dieën JH, Wuisman PIJM *et al*. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J* 2004;13:575–89.
10. Han I-H. Pregnancy and spinal problems: *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010;22:477–81.
11. Nascimento SL, Surita FG, Cecatti JG. Physical exercise during pregnancy: a systematic review. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012;24:387–94.
12. Hinman SK, Smith KB, Quillen DM, Smith MS. Exercise in pregnancy: A clinical review. *Sports Health* 2015;7:527–31.
13. Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. Exercise for the prevention of low back and pelvic girdle pain in pregnancy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain Lond Engl* 2018;22:19–27.
14. Ee CC, Manheimer E, Pirota MV, White AR. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:254–9.
15. Keskin EA, Onur O, Keskin HL, Gumus II, Kafali H, Turhan N. Transcutaneous electrical nerve stimulation improves low back pain during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2012;74:76–83.
16. Rivera Díaz R, Lopera Rivera A. Manejo del dolor no obstétrico durante el embarazo. Artículo de revisión. *Rev Colomb Anestesiol* 2012;40:213–23.
17. <https://www.drugs.com/> Consultado en julio 2018.

### CORRESPONDENCIA

Dra. Viviana Urtubia Manríquez  
Servicio Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago  
Fono: 562 2978 8040  
E-mail: vurtubia@hcuch.cl

