

Artículo de Investigación

Dolor lumbopélvico asociado a discapacidad durante el tercer trimestre de embarazo y su evolución posterior al parto.

Mónica Venegas G.^{1,a}, Bernardita Fuentes V.^{1,a}, Bernardita Carrasco A.^{2,b}, David Cohen S.³, Magdalena Castro C.^{4,c}, Carolina Lemus J.^{5,d}, Bettina Cárdenas R.^{6,e}, María Soledad Sarasua N.^{6,e}, Loreto Cabrera M.^{6,e}.

¹ Centro de Especialidades en Piso Pelviano (CEPP) Clínica Las Condes, Profesora Adjunto Departamento de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Facultad de Medicina, Departamento de Kinesiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

³ Departamento Obstetricia & Ginecología Clínica Las Condes, Centro de Especialidades en Piso Pelviano Clínica Las Condes (CEPP), Santiago, Chile.

⁴ Subdirección de Investigación, Dirección Académica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

⁵ Centro de Especialidades en Piso Pelviano Clínica Las Condes (CEPP), Santiago, Chile

⁶ Departamento Obstetricia & Ginecología Clínica Las Condes, Santiago, Chile

^a Kinesióloga especialista en Kinesiología Pelvipérvica

^b Kinesióloga

^c Enfermera universitaria MSc en Epidemiología

^d Enfermera matrona

^e Matrona tratante

RESUMEN

El dolor lumbopélvico es una condición muy frecuente, afectando un 50 a 70% de las mujeres durante el embarazo. En la mayoría de los casos ha habido una recuperación al mes o 3 meses postparto. Sin embargo, estudios reportan que la mejoría es incompleta, pudiendo persistir o aumentar años posterior al parto. Esta condición puede causar limitaciones en la vida diaria, provocando algún grado de discapacidad que muchas veces no es abordado con la importancia que se merece. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de dolor lumbopélvico y su relación con el grado de discapacidad durante el tercer trimestre de embarazo y 3 meses postparto. **Material y método.** Estudio observacional y cohorte prospectivo; la muestra son 81 mujeres estudiadas en su tercer trimestre de embarazo y 3 meses postparto atendidas durante 2014-2015 en el Departamento de Obstetricia & Ginecología, Clínica Las Condes. Se aplicó un cuestionario y el Índice de discapacidad Oswestry en ambas etapas y autoadministrada. El análisis de datos se realizó con STATA10.0. **Resultados.** El 81,48% de las embarazadas presentaron dolor lumbopélvico, siendo más prevalente y con una asociación significativa en el tercer trimestre (72,84%, $p < 0,001$). El 25,93% de las mujeres lo mantiene después del parto. Existe una asociación significativa entre dolor lumbopélvico y grado de discapacidad ($p < 0,001$), específicamente con actividades de la vida diaria, actividad sexual y actividades domésticas. **Conclusiones.** Existe una alta prevalencia de dolor lumbopélvico en el embarazo, y un porcentaje no menor lo mantiene postparto, y en ambos casos está asociado a un grado de discapacidad.

PALABRAS CLAVE: Dolor lumbopélvico, Embarazo, Postparto, Prevalencia, Discapacidad.

ABSTRACT

Lumbopelvic pain is a very frequent condition that affects between 50 to 70% of pregnant women. In many cases have been a recovery over the month or three months postpartum. However, some studies showed an incomplete improvement, so it could persist or increase through years after childbirth. This condition can cause daily life limitations, it is provoking some disability grade, that many times it didn't understand with the importance that deserve. Aim. To identify the lumbopelvic pain prevalence and the relation with disability grade during the third trimester of pregnancy and three months postpartum. Material and Methods. Observational and prospective cohort study; the sample was 81 women studied in her third trimester of pregnancy and three months postpartum during 2014- 2015 in the "Departamento de Obstetricia & Ginecología de Clínica Las Condes". It applied a questionnaire and the Oswestry Disability Index in both stages and self-administered. Data analysis was using STATA 10.0 software. Results. 81, 48% of pregnant showed lumbopelvic pain, there were being more prevalent and significantly associated with third trimester (72, 84%, $p<0,001$). 25, 93% of women maintained this condition postpartum. There is a significant association between lumbopelvic pain and disability grade ($p<0,001$), specifically with daily life, sexual and domestic activities. Conclusions. There is a high prevalence of lumbopelvic pain during pregnancy, and not less percentage maintained this condition postpartum, that associated with a high disability grade.

KEYWORDS: Lumbopelvic pain, Pregnancy, Postpartum, Prevalence, Disability.

Cuadro de abreviaturas

Dolor lumbopélvico	DLP
Actividades de la vida diaria	AVD
Índice de masa corporal	IMC
Escala visual análoga	EVA

Table of abbreviations

Lumbopelvic pain	LPP
Activities of daily living	ADL
Body mass index	BMI
Visual analogue scale	VAS

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es una de las condiciones musculoesqueléticas más frecuentes a nivel mundial, con una prevalencia entre un 60% a 90% de la población¹. El dolor lumbopélvico (DLP) durante el embarazo es definido como dolor intermitente o continuo, que se ubica en la región lumbar y/o cinturón pélvico, mayor a una semana, afectando a un 50 a 70% de las mujeres², siendo mucho más prevalente en este periodo³. Su aparición ocurre alrededor de la semana 18° y la máxima intensidad entre la 24° a 36°⁴. En la mayoría de los casos hay una recuperación al mes o 3 meses postparto⁵. Sin embargo, estudios reportan que la mejoría es incompleta, por lo que puede persistir o aumentar años después del parto⁶.

La literatura reporta que cuadros de DLP previos al embarazo, la paridad y el sobrepeso u obesidad, son los principales factores de riesgo para el desarrollo de DLP en el embarazo^{2,7,8}. Las causas se relacionan con los cambios fisiológicos normales durante el embarazo tales como, el aumento de masa corporal, la postura alterada por aumento de la lordosis compensatoria al aumento del tamaño del abdomen⁹, la laxitud ligamentosa causada por la hormona Relaxina, los cambios de presión intraabdominal e intrauterina y la retención de fluido dentro del tejido conectivo^{5,9}. Por lo que se considera una condición multifactorial¹⁰.

La presentación clínica del DLP durante el embarazo varía ampliamente. Se observa que la localización más frecuente es a nivel sacro y glúteo,

descrito como profundo, careciendo de distribución radicular^{3,11}. Además, esta localización muchas veces difiere en el curso del embarazo, cambiando desde lumbar a sacro. La intensidad del dolor frecuentemente es moderada, aunque también pueden ser severa e incapacitante^{4,11}.

El grado de discapacidad asociado al DLP en el embarazo en la mayoría de los casos es moderado, y en un 20% se clasifica como severo³, interfiriendo con la vida laboral, el sueño, la vida sexual y las actividades de la vida diaria (AVD)¹². Dentro de ellas las más comunes son: girar en la cama, estar de pie o sentada por mucho tiempo, caminar, agacharse, subir y bajar escalas y realizar quehaceres del hogar, generando una menor calidad de vida durante el embarazo¹³.

La mayoría de las embarazadas con DLP no buscan ni usan tratamientos para el dolor, lo que sugiere una gran necesidad de adoptar modalidades de intervención efectivas basadas en las causas y examen clínico¹⁴. Se prefieren actividades educativas y realización de ejercicios aeróbicos y de estabilización, tanto de forma supervisada como en el hogar^{15,16}. Existe evidencia de moderada calidad que sugiere que el ejercicio reduce la intensidad del dolor, mejora la discapacidad funcional y reduce el número de ausencias laborales por enfermedad^{17,18}, especialmente durante la segunda mitad del embarazo¹⁹.

Generalmente las mujeres con DLP se recuperan dentro de los 3 meses postparto, dado que los cambios biomecánicos y hormonales se revierten en gran medida²⁰. Sin embargo, los estudios han demostrado que el dolor persiste en un 75% de los casos a los 3 días postparto; un 54% a los 90 días²¹ y un 8-20% a los 2 a 3 años^{20,22}. Los factores asociados son muy similares a los del embarazo: edad materna, paridad, IMC alto, tabaco, historia previa de DLP, malas condiciones de trabajo y falta de ejercicio^{20,21}. Esta condición limita las AVD y afecta la calidad de vida, específicamente asociado a falta de sueño, depresión post-parto, fatiga, ansiedad, y limitaciones físicas como levantar o cargar objetos²¹.

Dado que pocas mujeres se recuperan del DLP a los 3 meses postparto, aquellas que todavía lo presentan, se consideran en riesgo de dolor persistente^{20,22}, implicando un mayor nivel de catastrofismo, kinesiofobia y baja capacidad física. Por lo que es fundamental un enfoque biopsicosocial de evaluación y tratamiento durante el embarazo^{20,23,24}.

De acuerdo con la literatura revisada, en nuestro país no existen estudios que registren la prevalencia, las características, la intensidad y el tiempo del DLP durante el embarazo y postparto. Tampoco relacionan este dolor con el grado de discapacidad que genera y que afecta diferentes ámbitos de su vida. Por lo cual, el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de DLP y su relación con el grado de discapacidad durante el tercer trimestre de embarazo y 3 meses postparto en mujeres atendidas durante 2014-2015 en el Departamento de Obstetricia & Ginecología de Clínica Las Condes, e identificar los factores de riesgo asociados a la mantención del DLP postparto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio es de tipo no experimental, con diseño observacional, cohorte y prospectivo. El muestreo es no probabilístico por conveniencia. Dentro de los criterios de inclusión se estableció que los participantes fueran mujeres mayores de 18 años cursando el tercer trimestre de embarazo que se atendieran en el Departamento de Obstetricia & Ginecología en Clínica Las Condes, entre marzo de 2014 y diciembre de 2015. Quedaron excluidas de la muestra las mujeres con antecedentes de trauma lumbo-pélvico, enfermedad reumatoidea o que hayan sido sometidas a cirugía de columna o pelvis.

La recolección de datos se realizó en el tercer trimestre del embarazo, a través de un cuestionario validado por expertos tanto en la metodología como en el tema de investigación, y fue aplicado de forma escrita y autoadministrado. El cuestionario incluyó preguntas de características sociodemográficas y de descripción del DLP (**Anexo 1**). Aquellas pacientes que afirmaron la presencia de DLP, además, se les aplicó el Índice de Discapacidad de Oswestry.

La segunda intervención se realizó a los 3 meses postparto (cumplidas las 13-14 semanas postparto) por vía telefónica o correo electrónico, para evaluar la persistencia de DLP y su nivel de discapacidad, utilizando los mismos instrumentos de evaluación con algunas preguntas modificadas en relación con la evolución del dolor (**Anexo 2**).

El análisis de datos se realizó en el software STATA 10.0, mediante estadística descriptiva y analítica, utilizando el Test Exacto de Fisher para variables categóricas con hipótesis unilateral y el test de Wilcoxon para variables continuas y ordinales, comparando medianas en variables pareadas. Se

consideró una diferencia estadísticamente significativa con un valor $p < 0,025$.

Los documentos relacionados a la entrega de la información y el consentimiento informado fueron presentados y aprobados por el Comité de Ética de Clínica las Condes. El proceso de consentimiento informado se realizó en el control prenatal en el Departamento de Obstetricia & Ginecología de Clínica Las Condes, donde se explicó en detalle aspectos de la investigación y luego se firmó.

RESULTADOS

Se reclutaron 95 mujeres cursando el tercer trimestre de embarazo, durante el período 2014 – 2015, de las cuales 81 completaron el estudio en el seguimiento postparto. Dos pacientes presentaron criterios de exclusión y doce pacientes no completaron el estudio en el postparto, observándose un 15% de pérdida de la muestra en el seguimiento.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Las variables estudiadas tuvieron una distribución de tipo no normal. La mediana de la edad de las pacientes fue 32 años (entre 23 y 42 años), con una mediana del IMC previo al embarazo de 22,6, durante el embarazo de 26,7 y posterior al parto de 23,3. Las mujeres se encontraban en el tercer trimestre de embarazo, entre la semana 27° y 40°. En la variable paridad, se observa una mediana de partos anteriores al embarazo actual de 1, de los cuales un 48,6% de tipo vaginal y 29,6% cesárea. Con respecto a la realización de actividad física, un 69,1% de la muestra total de mujeres afirman no realizar actividad física durante su embarazo y un 30,9% si realizan, mayoritariamente 2-3 veces por semana. Estos datos varían al dividir la muestra en las mujeres con y sin DLP (**Tabla 1**). En el seguimiento posterior al parto, se observó que el tipo de parto actual fue mayoritariamente parto vaginal (49,4%), seguido de cesárea (48,2%) y finalmente fórceps (2,5%). El peso del recién nacido en promedio fue de 3,3 kg (entre 2,5 y 5,8 kg).

Descripción del dolor lumbopélvico relacionado con el embarazo

Los resultados del estudio muestran un 81,5% de DLP durante el embarazo, siendo más prevalente (72,8%) y asociado significativamente durante el tercer trimestre del embarazo ($p < 0,001$).

De los factores estudiados, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad entre el grupo con DLP y el sin DLP durante el embarazo, siendo las con DLP de mayor edad ($p=0.027$). Además, se observó que la mayoría de las mujeres que refieren dolor no realizan actividad física (73,9%), sin embargo, no se encuentra una asociación significativa con la presencia o ausencia de DLP. Al igual que con las variables: tipo de parto ($p= 0.678$), número de partos anteriores al embarazo actual ($p= 0.906$), IMC previo al embarazo ($p=0.874$) y IMC en el posparto (valor $p=0.941$).

En cuanto a la caracterización del dolor durante el embarazo, la media de la intensidad según EVA fue de 6 puntos (mín. 3 – máx. 10). Con respecto a la frecuencia del dolor, la mayoría lo define como intermitente (61,7%), de duración variable y de localización lumbar (40,7%) o púbica (37%). Este análisis fue realizado por región anatómica, sin embargo, hay que considerar que algunas pacientes presentaron dolor en más de una zona, representado en el esquema de localización del dolor. Se observan valores estadísticamente significativos para la presencia de dolor por región, excepto en el caso de dolor en coxis (**Tabla 2**).

Las mujeres refieren alivio al reposo con datos estadísticamente significativos ($p < 0,001$), lo que no se observa a la realización de ejercicios ($p=0,030$) ni al alivio con medicamentos ($p= 0.210$). De las participantes, un 44,4% refiere haber consultado algún médico por esta sintomatología y la mayoría a su ginecólogo. Además, la mayoría nunca ha realizado ejercicios específicos de piso pélvico durante el embarazo (75,3%).

Un 46,9% de las mujeres refiere discapacidad asociada al DLP, y se observa una asociación estadísticamente significativa entre las variables ($p < 0,001$), específicamente en relación con la dificultad en realizar las actividades de caminar ($p= 0,001$), de agacharse o recoger objetos del suelo ($p= 0,001$), giros en la cama ($p < 0,001$), actividad sexual ($p= 0,007$) y actividades domésticas ($p= 0,023$), no así en actividades laborales. También se observa asociación estadísticamente significativa en el nivel de discapacidad según el Índice de Discapacidad de Oswestry y el DLP ($p < 0,001$) (**Tabla 3**).

Evolución del dolor lumbopélvico posterior al parto

El 25,9% de las mujeres mantiene el DLP después del parto. De este grupo, la mayoría de las mujeres describen el dolor de intensidad moderada (EVA 3-5),

de frecuencia intermitente (22,2%), con episodios de duración menor a una semana (13,6%), que no ha desaparecido entre el embarazo y 3 meses postparto (14,8%) y de localización lumbar (16,1%) (**Tabla 2**). Además, se observa que un 7,4% de las mujeres con DLP refiere dolor en la episiotomía, lo que puede estar asociado al dolor a nivel genital, perineal y púbico. El 17,3% refiere discapacidad asociada a esta condición, observándose datos significativos ($p < 0,001$) pero, no al evaluar cada una de las actividades por separado con el grado de discapacidad. Existe una asociación significativa entre el puntaje, porcentaje y nivel de discapacidad según el Índice de Discapacidad de Oswestry en las mujeres que refieren DLP en el embarazo y en el postparto ($p < 0,001$) y, entre nivel de discapacidad final del embarazo y posparto ($p = 0,024$) (**Tabla 3**). Se analizó el puntaje de discapacidad en el embarazo y postparto, en el cual se observa una mayor distribución para el puntaje de discapacidad en el embarazo, con una mediana de 5 puntos lo que se atribuye a un nivel de discapacidad mínimo. Además, el 95% de la muestra llega a 35 puntos de discapacidad, es decir, entre niveles mínimo y moderado. En el postparto la mediana se sitúa en 0 puntos ya que la mayoría de la muestra no presenta DLP o asociación de este cuadro con discapacidad, existiendo outliers entre 2 y 26 puntos, es decir, entre niveles mínimos y moderados (**Gráfico 1**).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de DLP y su relación con el grado de discapacidad durante el embarazo y 3 meses postparto. Los diferentes estudios a nivel mundial entregan porcentajes muy variables de prevalencia de DLP durante el embarazo, que fluctúan entre un 3,9% a 89,9%⁴. Esto se debe a la variada terminología que se utiliza para definir este dolor, ya que algunos autores separan en quienes presentan dolor del cinturón pélvico, del dolor lumbar relacionado con el embarazo. Sin embargo, ambas condiciones están relacionadas a la misma entidad patológica y origen^{4,10}. La persistencia postparto ha sido reportada entre 5-40% transcurrido 6 meses después del parto^{4,22} y un 8-20% después de 2 a 3 años^{19,20}.

Los resultados de esta investigación muestran una prevalencia de DLP durante el embarazo de 81,5% y una persistencia a los 3 meses postparto de 25,9%. Estos valores se encuentran cercanos al máximo reportado, lo cual se podría atribuir a que abarca el

dolor tanto en la región lumbar como cinturón pélvico. Además, al ser un estudio longitudinal y de seguimiento, comprende un mayor número de mujeres con dolor en una etapa particular del embarazo. Esta alta prevalencia sugiere que el DLP durante el embarazo y su persistencia postparto es un problema de salud pública^{2,4}, por lo cual se debe considerar una intervención clínica basada en la evidencia que incluya programas educativos, ejercicio y terapia manual^{18,19}.

Con respecto a los factores de riesgo, no se observan asociaciones significativas, debido a la poca variabilidad de los datos en la muestra. Sin embargo, en estudios con mayor tamaño muestral se observan datos estadísticamente significativos^{2,8}. Con respecto a la paridad, la literatura la describe como un factor predictor importante de DLP relacionado al embarazo²⁵, puesto que constituye un antecedente histórico de dolor para futuros embarazos, pero no tuvo asociación positiva con el DLP²⁵.

De acuerdo a nuestros hallazgos, el DLP tanto en el período del embarazo como en el postparto se asocia a un mayor grado de discapacidad, lo que afecta en actividades domésticas, de la vida diaria, el sueño y actividad sexual^{4,6,20}. Esto repercute en la calidad de vida y estado de salud, por lo tanto, no debe ser considerado como algo normal⁸. A diferencia de otros estudios, la realización de actividades laborales no se asocia significativamente con mayor grado de discapacidad, quizás porque la mayoría de la muestra se encontraba con licencia prenatal, no afectando esta variable.

La principal fortaleza del estudio es la generación de nueva información con respecto a la prevalencia, caracterización clínica, factores de riesgo de DLP en el embarazo y seguimiento postparto en población chilena. Esto permite tener una visión global e integral de esta condición para buscar alternativas de tratamiento. Las debilidades se relacionan con las características de la muestra, ya que al ser pequeña y de un solo centro de salud, con condiciones sociales, educacionales y económicas muy similares, no demostraron asociación significativa. Por lo que se debe considerar estudiar poblaciones distintas, atendidas en centros de salud pública para abordar mayor población en Chile. Otro aspecto por mejorar es la metodología, ya que solo se utilizaron cuestionarios autoadministrados para la evaluación del dolor, no así, un examen físico y pruebas funcionales que permitan confirmar el diagnóstico y presentación clínica del DLP. En nuestro estudio, la mayoría de las mujeres consultó a su gineco obstetra

por este dolor y no a un especialista, lo cual puede influir en un adecuado diagnóstico y derivación.

CONCLUSIONES

Con los resultados de esta investigación, se puede concluir que la prevalencia de DLP en el embarazo es alta y se mantiene en un alto porcentaje posterior al parto, asociado significativamente con un mayor grado de discapacidad, afectando las actividades domésticas, de la vida diaria y actividad sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of Rheumatic Diseases* 2014;73: 968-974.
2. Al-Sayegh NA, Salem M, Dashti L, Al-Sharrah S, Kalakh S, Al-Rashidi R. Pregnancy-related lumbopelvic pain: prevalence, risk factors, and profile in Kuwait. *Pain Medicine* 2012;13: 7-1081.
3. Mens JM, Huis in 't Veld YH, Pool-Goudzwaard A. Severity of signs and symptoms in lumbopelvic pain during pregnancy. *Manual Therapy* 2012;17: 175-179.
4. Munjin M, Rojas J. Dolor lumbar relacionado al embarazo. *Rev Chil Obst Ginecol* 2007; 72(4): 258-265.
5. Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW. Low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy. *J Am Acad Orthop Surg* 2015;23: 539-549.
6. Noren L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *Eur Spine J* 2002, 11(3): 71-267.
7. Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. *Spine* 2005; 30: 983-991.
8. Wang SM, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstet Gynecol* 2004; 104(1): 65-70.
9. Morino S, Takahashi M, Tanigawa A, Nishiguchi S, Fukutani N, Adachi D, et al. Association of Lumbopelvic Pain with Pelvic Alignment and Gait Pattern during Pregnancy. *J Womens Health Issues Care* 2017; 6: 2.
10. Wu W, Meijer O, Bruijn S. Gait in Pregnancy – related Pelvic girdle Pain: amplitudes, timing and coordination of horizontal trunk rotations. *Eur Spine J* 2008;17: 1160-1169.
11. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP): Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J* 2004;13(7): 575-589.
12. Mogren I. Perceived health, sick leave, psychosocial situation, and sexual life in women with low-back pain and pelvic pain during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 647-656.
13. Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 351.
14. Chang HY, Jensen MP, Lai YH. How do pregnant women manage lumbopelvic pain? Pain management and their perceived effectiveness. *J Clin Nurs* 2015, 24(9-10), 1338-1346.
15. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013, 13(1):154.
16. Stuge B., Lærum E., Kirkesola G., Vøllestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. *Spine* 2004, 29(4), 351-359.
17. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, 9.
18. Van Benten, E., Pool, J., Mens, J., Pool-Goudzwaard, A. Recommendations for physical therapists on the treatment of lumbopelvic pain

- during pregnancy: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther* 2014, 44(7), 464-A15.
19. Garshasbi A. and Faghieh Zadeh S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet* 2005, 88: 271-275.
20. Gutke, A., Lundberg, M., Östgaard, H. C., Öberg, B. Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *Eur Spine J* 2011, 20(3), 440-448.
21. Tseng PC, Puthussery S, Pappas Y, Gau ML. A systematic review of randomized controlled trials on the effectiveness of exercise programs on Lumbo Pelvic Pain among postnatal women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015, 15: 316.
22. Noren L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow up. *Eur Spine J* 2002, 11: 267-271.
23. Christina B. Olsson, Lena Nilsson-Wikmar, Wilhelmus J.A. Grooten. Determinants for lumbopelvic pain 6 months postpartum. *Disabil Rehabil* 2011, 34(5): 42-416.
24. Vøllestad NK, Stuge B. Prognostic factors for recovery from postpartum pelvic girdle pain. *Eur Spine J* 2009, 1: 718.
25. Bastiaanssen, J. M., de Bie, R. A., Bastiaenen, C. H., Essed, G. G., Van den Brandt, P. A. A historical perspective on pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2005, 120(1): 3-14.
-

Anexo 1.

CUESTIONARIO: Dolor lumbopélvico asociado a discapacidad durante el embarazo y su evolución posterior al parto.

Esta encuesta tiene por objeto evaluar la presencia de dolor lumbar (zona baja de la espalda) y dolor en la pelvis (pubis, glúteo, sacro, coccis, genitales) durante el embarazo. La información que usted entregue será absolutamente confidencial y sus respuestas serán analizadas solamente por el equipo investigador de Clínica Las Condes.

NOMBRE			
Correo electrónico			
Edad	Fecha de nacimiento	___/___/___	Actividad laboral
Peso antes del embarazo		Peso actual (Kg.)	Talla (cms.)
Semanas de embarazo		Número de partos	Vaginales <input type="checkbox"/>
Fecha de última regla		___ / ___ / ___	Cesáreas <input type="checkbox"/>
Tipo de embarazo actual: <input type="checkbox"/> único <input type="checkbox"/> doble <input type="checkbox"/> triple			
Actividad física: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuál?	Frecuencia:/semana
Usted presenta o ha presentado alguna de estas enfermedades: (marque con una cruz)			
SI NO			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HTA (Hipertensión Arterial)			

¿Cómo ha percibido su estado de salud durante el embarazo?

mala

regular

buena

muy buena

excelente

1.- Usted ha sufrido dolor en la zona lumbar o pélvica durante el embarazo?

(Puede marcar más de un período)

Sí

No

Entre 1 – 12 semanas

Entre 13 – 26 semanas

Entre 27 – 40 semanas

(Si Ud. ha presentado dolor Lumbo-Pélvico continúe contestando la encuesta)

2.- ¿En qué momento presentó el primer evento de dolor Lumbo-Pélvico?

Antes del embarazo

Entre la semana 0- 12 de embarazo

Entre la semana 13 y 26

Entre la semana 27 y 40

Embarazos anteriores

3.- El dolor Lumbo-Pélvico que usted ha sentido es:

Intermitente

Continuo

4.- Cuánto tiempo se ha mantenido el dolor?

Menos de una semana

Menos de un mes

Entre 1 y 3 meses

Más de 3 meses

5.- El dolor que usted ha sentido se ubica en (puede marcar más de una alternativa):

Glúteo

Región genital

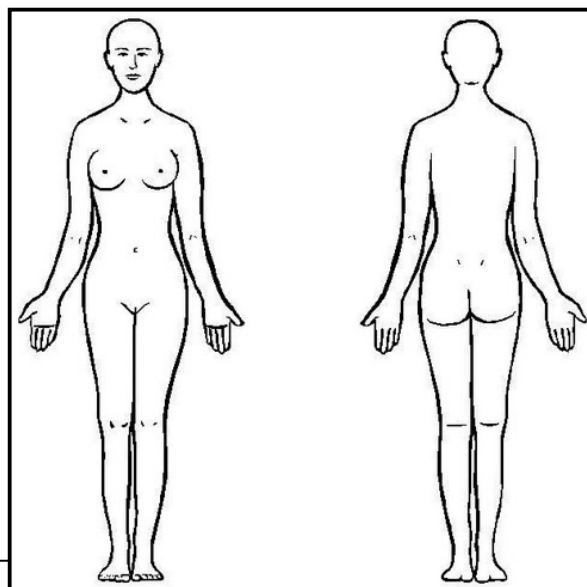
Sacro

Pubis

Cóccix

Lumbar

6.- Marque con una cruz en el esquema, la (s) región (es) donde usted ha sentido dolor:



7.- Cuál (es) de las siguientes actividades no ha podido realizar por dolor? (puede marcar más de una alternativa)

Caminar

Recoger objetos

Hacer giros en la cama

Actividad sexual

Actividad laboral

Actividades domésticas

No me limita en mis actividades

Otro:.....

8.- Evalúe la intensidad máxima de dolor Lumbo-Pélvico que usted ha sentido, en la siguiente escala:

0	1-2	3-4-5	6-7	8-9	10
SIN	DOLOR	DOLOR	DOLOR	DOLOR	MÁXIMO
DOLOR	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY SEVERO	DOLOR



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



9.- El dolor que usted ha sentido, se alivia de alguna forma ?

Reposo

Medicamentos

Ejercicios

Otro. Especifique:.....

No se alivia

10.- Usted ha consultado a algún especialista por el dolor Lumbo-Pélvico:

Traumatólogo Ginecólogo Otro:.....

11.- Usted ha realizado ejercicios de Piso Pélvico durante el embarazo?

Nunca Regularmente A veces

Desconozco qué es el Piso Pélvico

Gracias por su tiempo.

CUESTIONARIO 3 MESES POST PARTO

Esta reevaluación tiene por objeto completar el estudio al cual Ud. accedió participar.

NOMBRE		PESO ACTUAL	
TIPO PARTO	VAGINAL <input type="checkbox"/>	FORCEPS <input type="checkbox"/>	CESÁREA <input type="checkbox"/>
PESO NACIDO	RECIEN	FECHA	

1.- Usted, actualmente, ¿presenta dolor en la zona lumbar o pélvica?

Si No (Si su respuesta es NO, sólo responda las preguntas 10, 11 y 12)

2.- El dolor Lumbo-Pélvico que usted presenta es:

Intermitente Continuo

3.- Cuánto tiempo se ha mantenido el dolor?

nunca ha desaparecido

desapareció con el parto pero reapareció al mes

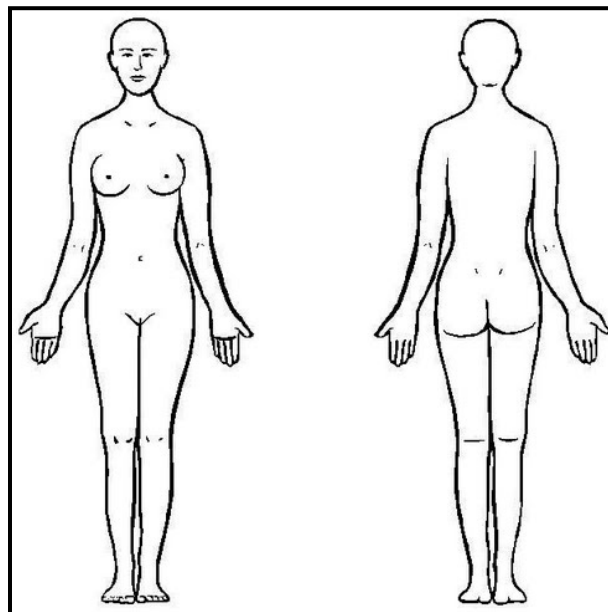
desapareció con el parto pero reapareció a los 2 meses

desapareció con el parto pero reapareció a los 3 meses

4.- El dolor que usted ha sentido se ubica en (puede marcar más de una alternativa):

- Glúteo
- Región genital
- Sacro
- Pubis
- Cóccix
- Lumbar

5.- Marque con una cruz en el esquema, la (s) región (es) donde usted ha sentido dolor:



6.-Cuál (es) de las siguientes actividades no ha podido realizar por dolor? (puede marcar más de una alternativa)

- Caminar
- Actividad laboral
- Recoger objetos
- Actividades domésticas
- Hacer giros en la cama
- No me limita en mis actividades
- Actividad sexual
- Otro:.....

7.- Evalúe la intensidad máxima de dolor Lumbo-Pélvico que usted ha sentido, en la siguiente escala:

0	1-2	3-4-5	6-7	8-9	10
SIN	DOLOR	DOLOR	DOLOR	DOLOR	MÁXIMO
DOLOR	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY SEVERO	DOLOR



0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10



8.- El dolor que usted ha sentido, se alivia de alguna forma?

Reposo

Medicamentos

Ejercicios

Otro. Especifique:.....

No se alivia

9.- Usted ha consultado a algún especialista por el dolor Lumbo-Pélvico:

Traumatólogo

Ginecólogo

Otro:.....

NO

10.- Usted ha realizado ejercicios de Piso Pélvico durante el post- parto?

Nunca

Regularmente

A veces

No me los han indicado

Tabla 1. Características de las pacientes con y sin dolor lumbopélvico (n=81)

Variables	Dolor lumbopélvico	
	No (n=15)	Si (n=66)
Edad (años): Mediana (min. - máx.)	33 (29 - 42)	32 (23 - 42)*
IMC kg/m²: Mediana (min - máx.)		
- <i>Previo al embarazo</i>	22,3 (16 - 28)	22,7 (17,3 - 37,2)
- <i>Durante el embarazo</i>	26,5 (21,6 - 33,7)	26,7 (19,6 - 42,4)
- <i>Posterior al parto</i>	23,7 (18,4 - 31,6)	23,3 (17,3 - 35,9)
Nº partos anteriores: Mediana (min. -máx.)	1 (0 - 4)	1 (0 - 5)
Realización actividad física en el embarazo: %		
- <i>No realiza</i>	73,08%	73,91%
- <i>1 vez por semana</i>	0%	4,35%
- <i>2 veces por semana</i>	15,38%	10,14%
- <i>3 veces por semana</i>	7,69%	7,25%
- <i>Mayor a 3 veces por semana</i>	3,85%	4,35%

* p<0.025 Datos estadísticamente significativos

Tabla 2. Características del dolor lumbopélvico en el embarazo y postparto (n=81)

Variables	Embarazo (%)	Postparto (%)
Presencia dolor lumbopélvico	81,5%	25,9%
Tipo de dolor		
-Intermitente	61,7%	22,22%
-Continuo	19,8%	3,7%
Intensidad del dolor		
-EVA < 3	27,2%	76,5%
-EVA 3 - 5	38,3%	14,8%
-EVA > 5	34,6%	8,6%
Duración del dolor		
-Menor a una semana	24,7%	13,6%
-Entre una semana y un mes	25,9%	3,7%
-Entre un mes y tres meses	14,8%	4,9%
-Mayor a tres meses	16,1%	2,5%
Localización del dolor		
-Lumbar	40,7% *	16,1%
-Pubis	37% *	6,2%
-Glúteo	24,7% *	2,47%
-Genital perineal	22,2% *	3,7%
-Coxis	21%	4,9%
-Sacro ilíaco	17,3% *	7,4%
Factores aliviantes		
-Reposo	72,8% *	4,9%
-Medicamentos	4,9%	4,9%
-Ejercicio	13,6%	1,2%
-Otros	21%	7,4%
* p<0.025		

Tabla 3. Nivel de discapacidad asociado al dolor lumbopélvico (Índice de Oswestry) (n=81)

Variables	Embarazo %	Postparto %	Valor p
Nivel de discapacidad			0.025*
-Mínimo	67,9%	93,8%	
-Moderada	23,5%	4,9%	
-Severa	7,4%	1,2%	
-Grave	1,2%	-	

Discapacidad Mínima: hasta 20% (N1); Discapacidad Moderada: 21-40% (N2); Discapacidad Severa: 41-60% (N3); Discapacidad Grave: > 60% (N4)

**Valor p significativo usando test de chi2 porque se comparan más de dos grupos.*

Gráfico 1.

