

Dolor crónico tras la cirugía de la cesárea

Valencia Sola, L.; Santana Suárez, R.; Barroso Rosa, S.; Hernández Hernández, D.; Caballero Martel, J.

Antecedentes y objetivos

Existen muchos estudios sobre la cronificación del dolor en diversos tipos de cirugía, como puede ser la toracotomía, la amputación de un miembro, o el dolor crónico tras mastectomía. Sin embargo, no se ha profundizado en el estudio y evolución del dolor en la cirugía de la cesárea, a pesar de ser una de las cirugías más frecuentes y afectar a pacientes jóvenes. Actualmente, en la literatura existe solamente un estudio retrospectivo, realizado en Dinamarca¹, que encuentra una incidencia de cronificación del dolor tras la cirugía de la cesárea del 12.3%.

Debido al creciente número de cesáreas realizadas en nuestro país, alrededor del 25% de los partos; y el desconocimiento de la evolución del dolor postcirugía, el objetivo de nuestro estudio es cuantificar la incidencia de dolor crónico en nuestra población y los posibles factores relacionados tras la cirugía de la cesárea.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, realizado mediante entrevista telefónica

durante noviembre del 2006, a pacientes intervenidas de cesárea en nuestro hospital entre octubre del 2005 y junio del 2006. El tiempo intervalo entre la cirugía y nuestra encuesta varía entre 6-14 meses. Los datos sobre el acto quirúrgico (cicatriz horizontal versus vertical), datos epidemiológicos (edad, país de origen, peso y talla), tipo de anestesia realizada y el ASA de las pacientes fueron obtenidos de la historia clínica. El resto de los datos fueron recogidos mediante encuesta telefónica personal por tres anesthesiólogos, siendo las variables preguntadas las siguientes:

1. Características del dolor:

- intensidad (leve, moderado, severo, muy severo).
- influencia en las actividades de la vida diaria.
- influencia en el sueño.
- consumo de analgésicos por este tipo de dolor.
- aumento del dolor en actividad o en reposo.

2. Duración del dolor post-operatorio:

- menos de 1 mes
- entre 1-3 meses
- 3-6 meses
- más de 6 meses.

3. Factores coadyuvantes:

- presencia de dolor intenso previo y en las dos horas siguientes a la cesárea.
- antecedentes de cirugía abdominal y cesáreas previas.
- presencia de dolor en otras partes del cuerpo.
- personalidad ansiosa.

Los datos fueron analizados mediante el test de ji-cuadrado o test exacto de Fisher. Para las variables edad o IMC se aplicó T de student. Se asumió como estadísticamente significativo una $p < 0.05$.

Resultados

Un total de 250 cesáreas fueron realizadas en nuestro centro durante ocho meses, obteniéndose la entrevista en 101 pacientes. Estas pérdidas las atribuimos al gran porcentaje de inmigración en nuestra población (hasta un 50%), pues fue difícil el contacto con ellas, bien por cambio de domicilio, por regreso a su país o bien por haber una barrera idiomática importante. Sin embargo la muestra obtenida fue representativa. En la tabla 1 podemos ver las características de las pacientes.

Características de las pacientes

Edad (años)	31.95	(17-44)
IMC	25.45	(15.57-53.42)
Cirugía abdominal previa	8	(7.9%)
Cesárea anterior	20	(19.8%)
Incisión vertical/horizontal	5/96	(5%/95%)
Anestesia general/intradural/epidural	6/55/40	(5.9%/54.5%/39.6%)
Tipo nacionalidad: Europea	56	(55.4%)
Sudamericana	29	(28.7%)
Africana	6	(5.9%)
Asiática	10	(9.9%)

Tabla 1

La mediana de tiempo desde la cesárea a la realización de la encuesta fue de 9.7 meses (rango 5.9-14.29 meses).

El dolor post-operatorio se resolvió en el 65,3% de las pacientes en los 6 primeros meses. Sin embargo, en 35 pacientes (34.7%) el dolor persistió más de 6 meses. En este subgrupo, el dolor fue referido como leve en el 60%, moderado 31,4% y severo en el 8,6%. En 7 (20%) pacientes el dolor era diario, en 12 (34,3%) influyó en la actividad diaria, y en 21 (60%) derivó en trastornos del sueño. El 29% de las pacientes requirieron consumo habitual de analgésicos para el control del dolor y en el 71.4% de los casos el dolor se acentuaba con la actividad. Solamente, 12 mujeres del total (34%) consultaron al médico por este motivo.

El análisis estadístico (tabla 2), demuestra que la cronificación del dolor tiene relación con el país de origen: Europeas (23.2%), sudamericanas (44.8%), africanas (50%), y asiáticas (60%) ($p = 0.007$). Además se observa que un 57.1% de las pacientes con ansiedad tenían dolor crónico mientras que las pacientes que no la presentaban, el porcentaje de dolor crónico era de 42.9% siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.045$). En cuanto a la edad también se encontraron diferencias estadísticamente significativas pero con escasa relevancia clínica (la media de edad de las pacientes con dolor era de 30 años, mientras que la de las pacientes sin dolor era de 32 años). No existieron diferencias entre el grupo con dolor y el grupo sin dolor en el resto de variables estudiadas.

Discusión

En nuestro estudio hemos objetivado que la persistencia de dolor más de seis meses después de la cirugía se sitúa entorno al 35% de los casos. Nuestra incidencia es más alta que la encontrada por Nikolajsen et al¹, que era del 12.3%. Sin embargo, no hay otros estudios en este tipo de intervención para comparar esta diferencia de incidencias. Cuando comparamos nuestros resultados de dolor crónico tras cesáreas con otras cirugías, encontramos porcentajes similares. Así por ejemplo, el dolor crónico tras una toracotomía puede tener una incidencia de más de 50%^{2,3}, similar a la cirugía de mama⁴. Hay que destacar que en un porcentaje importante de las pacientes con dolor crónico, éste

Características	Total	Con dolor	Sin dolor	Valor p
Cirugía abdominal previa	8	2	6	0.711
Antecedente cesárea	20	5	15	0.311
ASA: I	74	27	47	0.536
II	25	7	18	
III	2	1	1	
Tipo de anestesia: Intradural	55	20	35	0.556
Epidural	40	12	28	
General	6	3	3	
Dolor en otra localización	42	19	23	0.089
Ansiedad	44	20	24	0.045
Dolor previo a la cesárea	42	15	27	0.850
Dolor después de la cesárea	38	15	23	0.429
Tipo de cicatriz: Horizontal	96	32	64	0.338
Vertical	5	3	2	
Edad*		30.34(±5.2)	32.8(±5.9)	0.043
IMC**		25.78(±4.8)	25.28(±5.6)	0.659
Nacionalidad: Europeas	56	13	43	0.007
No europeas	22	23		

* Edad expresada en media de años y DE.

** IMC expresado en media y DE.

Tabla 2

influye en su vida diaria e incluso un 60% muestran trastornos del sueño asociados al dolor.

Hemos encontrado que las pacientes con ansiedad y las extranjeras refieren más dolor. Tasmuth et al⁵, encontraron que la depresión y ansiedad era un factor que influía en el dolor crónico aunque no establecieron diferencias estadísticas.

Perkins et al⁶, establecieron un número de factores susceptibles de prolongar el dolor postoperatorio y los dividieron en tres categorías: factores preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios. El dolor preoperatorio mantenido es un

factor predictivo positivo en algunas cirugías, pero es difícil de considerar en las cesáreas, al tratarse de un dolor agudo de corta duración. En cambio, la severidad del dolor postoperatorio también es un factor predictivo de dolor crónico, y se ha visto relación en cirugía de mama⁷, torácica^{3,8} y tras reparación de hernia inguinal⁹. A pesar de que en nuestro estudio no hemos encontrado relación entre ambas variables, seguramente serían necesarios más estudios para evaluarlas detenidamente y optimizar el tratamiento de dolor agudo postoperatorio¹⁰ para disminuir la inciden-

cia de hiperalgesia y dolor crónico postcesárea.

Conclusiones

Nuestro estudio confirma que tras la cirugía de la cesárea, en un tercio de las pacientes el dolor persiste más de 6 meses. El 20% lo presentan diariamente e influye en la vida diaria, provoca trastornos del sueño y en el 29% necesidad de administración de analgésicos. El 8,6% lo define como dolor severo. La cronificación del dolor es significativamente más elevada en pacientes ansiosas y de nacionalidad no europea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nikolajsen L, Sorensen HC, Jensen TS, Kehlet H.: *Chronic pain following Caesarean section*. Acta Anaesthesiol Scand 2004; 48: 111-6
2. Bertrand PC, Regnard JF, Spaggiari L, Levi JF, Magdeleinat P, Guibert L et al.: *Immediate and long-term results after surgical treatment of primary spontaneous pneumothorax by VATS*. Ann Thorac Surg 1996; 61: 1641-5
3. Katz J, Jackson M, Kavanagh BP, Sandler AN.: *Acute pain after thoracic surgery predicts long-term post-thoracotomy pain*. Clin J Pain 1996; 12: 50-5
4. Kwekkeboom K.: *Postmastectomy pain syndromes*. Cancer Nurs 1996; 19: 37-43
5. Tasmuth T, Estlanderb AM, Kalso E.: *Effect of present pain and mood on the memory of past postoperative pain in women treated surgically for breast cancer*. Pain 1996; 68: 343-7
6. Perkins FM, Kehlet H.: *Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors*. Anesthesiology 2000; 93: 1123-33
7. Tasmuth T, Kataja M, Blomqvist C, von Smitten K, Kalso E.: *Treatment-related factors predisposing to chronic pain in patients with breast cancer a multivariate approach*. Acta Oncol 1997; 36: 625-30
8. Kalso E, Perttunen K, Kaasinen S: *Pain after thoracic surgery*. Acta Anaesthesiol Scand 1992; 36: 96-100
9. Callesen T, Bech K, Kehlet H.: *Prospective study of chronic pain after groin hernia repair*. Br J Surg 1999; 86: 1528-31
10. Lavand'homme P.: *Postcesarean analgesia: effective strategies and association with chronic pain*. Curr Opin Anaesthesiol 2006; 19: 244-8