

Dolor crónico poscesárea, un problema desconocido

An unknown problem chronic Pain post cesarean section

Alejandro Jankelevich^{1,*}, Carolina Carmona², Rodrigo Gutiérrez¹, Fernando Reyes², Constanza Ásfora³,
Ginger Oñate⁴, Francesca Astele⁵

¹ Anestesiólogo del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Profesor Asistente del departamento de Anestesiología y Reanimación de la Universidad de Chile.

² Anestesióloga del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

³ Matrona del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

⁴ Anestesióloga del Hospital San Juan de Dios.

⁵ Anestesióloga del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Chile.

Fecha de recepción: 15 de agosto de 2022 / Fecha de aceptación: 16 de agosto de 2022

ABSTRACT

Chronic pain after cesarean is a common problem, underdiagnosed and undertreated. In international studies, it has an average incidence of 18% with a clear increase in patients with associated risk factors. In Chile, there are no multicenter studies that evaluate the incidence or the factors that condition chronic pain after a cesarean section. Chile currently has a caesarean section rate of 45%, well above the OECD average. Considering data on cesarean sections in Chile, the percentage of patients who would suffer from post-cesarean section chronic pain and the cost to health of patients with chronic pain, we calculate that in Chile this problem could have a monthly economic cost to the health system of \$3,476,745 dollars. This, in addition to the physical, mental and social consequences in young patients of childbearing age and active at work. Chronic post-surgical pain depends on several factors, some of which may be modifiable, such as preoperative anxiety, pain expectations or perioperative pain management. It's important we know the incidence and conditioning factors of chronic pain after cesarean so we are able to make guidelines and recommendations adjusted to the local reality and also so we can review the real applicability of international guidelines in our country.

Key words: Acute pain, chronic pain, caesarean section, anxiety, depression.

RESUMEN

El dolor crónico poscesárea es un problema frecuente, subdiagnosticado y subtratado. En estudios internacionales, tiene una incidencia promedio de 18% con un claro aumento en pacientes con factores de riesgo asociados. Pese a que Chile actualmente tiene una tasa de cesárea de 45% (muy por encima del promedio de la OCDE), no existen trabajos multicéntricos que evalúen la incidencia o los factores que condicionan el dolor crónico poscesárea. Dada la tasa de cesáreas en Chile, el porcentaje teórico de pacientes que sufriría dolor crónico tras ella y el costo a la salud de pacientes con dolor crónico, calculamos que en Chile que este problema podría tener una carga económica mensual al sistema de salud de \$3.476.745 dólares. Esto, además de las consecuencias físicas, mentales y sociales en pacientes jóvenes en edad fértil y activas laboralmente. El dolor crónico posquirúrgico depende de varios factores, donde algunos pueden ser modificables, como la ansiedad preoperatoria, las expectativas de dolor o el manejo del dolor en el perioperatorio. La importancia de poder conocer la incidencia y los factores condicionantes del dolor crónico poscesárea es poder realizar guías y recomendaciones ajustadas a la realidad local y además poder revisar la real aplicabilidad de las guías internacionales en el medio chileno.

Palabras clave: Dolor agudo, dolor crónico, cesárea, ansiedad, depresión.

janke24@gmail.com

*ORCID: <https://orcid.org/0003-1524-5812>

Relevancia del problema

El dolor crónico poscesárea es un problema frecuente, subdiagnosticado y subtratado. En estudios internacionales, el dolor crónico poscesárea tiene una incidencia promedio de 18% siendo mayor en pacientes con factores de riesgo asociados. De nuestro conocimiento, existe solo un estudio en Chile[1] del año 2012 que encontró una prevalencia de dolor crónico poscesárea de 41,34%. Sabiendo que en Chile se realizan aproximadamente 82.600 cesáreas al año[2], se puede extrapolar que, en Chile, 34.146 pacientes sufrirían de dolor crónico poscesárea. Eso sí, cabe destacar que dicho estudio fue de carácter retrospectivo, monocéntrico y no exploró los diferentes factores involucrados que podrían incidir en el dolor crónico.

La asociación internacional para el estudio del dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define el dolor crónico posquirúrgico como el dolor que se produce posterior a una intervención quirúrgica con una duración de al menos 3 meses, habiendo descartado otras causas que lo justifiquen[3]. La incidencia de dolor crónico posterior a una cirugía mayor varía entre 20% a 50%[3], dependiendo del tipo de cirugía.

La operación cesárea es un procedimiento intraabdominal muy frecuente, que ha aumentado de forma alarmante a nivel mundial, con cifras muy por encima de la tasa de 15% recomendada por la OMS[4]. Chile, no es la excepción a este fenómeno, destacando con un aumento del 26% al 45% durante el período comprendido entre el año 2001 a 2014. La tasa de cesárea promedio de otros países pertenecientes a la OCDE, aumentó del 20% al 27% durante el mismo período de tiempo[2].

Se ha calculado, que el costo mensual del dolor crónico moderado en Chile es de \$101,82 dólares por paciente[5]. Esto considera la discapacidad física, depresión, ansiedad y licencias médicas. Si suponemos que 34.146 pacientes sufrirían de dolor crónico poscesárea, esto representaría un costo económico mensual al sistema de salud de \$3.476.745 dólares. Esto, sin considerar los costos a largo plazo relacionados al lactante. En la actualidad se conoce que el gobierno y las autoridades en salud tienen como preocupación prioritaria contar con estrategias de manejo de dolor crónico no oncológico dentro de esquemas de trabajo como los propuestos por programas de garantía explícita en salud (GES). Aproximadamente, el 40% de los pacientes que reportan dolor crónico no oncológico se encuentran en edades de máxima producción laboral (30-49 años), y las mujeres en edad reproductiva son un porcentaje significativo dentro de este grupo. Por esto resulta imperioso trabajar con una mirada multidisciplinaria, ya sea preventiva, determinando así factores de riesgo que pudieran ser modificados o realizando intervenciones clínicas en el contexto perioperatorio, para eventualmente evitar el dolor crónico poscesárea e impactar positivamente en el bienestar integral bio-psico-social y laboral de las pacientes. Por lo demás, es una realidad que en la actualidad se intenta reducir la estancia hospitalaria en pacientes sometidos a diferentes procesos quirúrgicos a través de una estandarización de la atención hospitalaria con protocolos del perioperatorio llamados Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)[6]. El año 2018 se publicaron las guías de ERAS para cesárea[7],[8],[9] donde se propone dar el alta a la paciente cesarizada al día siguiente de su cirugía. Para que estas guías puedan ser adaptadas en Chile, se necesita conocer la realidad

local sobre el manejo del dolor de las pacientes. Al consultar a las pacientes sobre sus expectativas respecto a la anestesia en su operación cesárea, en primer lugar, esperan no sufrir dolor durante el procedimiento y en segundo lugar no sufrir dolor posterior a él[10]. Por ende, esta es una prioridad para las mismas.

Finalmente, el dolor crónico tiene consecuencias físicas, mentales y sociales[5]. Desde el punto de vista físico produce molestias de diferente intensidad que pueden afectar la funcionalidad e incluso producir discapacidad. En la esfera de la salud mental, puede causar depresión, ansiedad, cambios conductuales y hasta miedo a un nuevo embarazo. En cuanto a sus implicancias sociales, hay mayor carga al sistema de salud debido al aumento de consultas médicas y uso de medicación, como también mayor ausentismo laboral. Todas estas consecuencias tienen aún mayor relevancia después de una operación cesárea, ya que indirectamente pueden afectar al lactante, y al adecuado desarrollo del binomio madre-hijo. Por lo tanto, poder conocer y evitar el dolor crónico poscesárea tiene una importancia fundamental tanto económica, de salud pública, como también de satisfacción de las pacientes en un momento tan importante en sus vidas (Figura 1).

La importancia de conocer los datos locales

Actualmente, a nuestro conocimiento, sólo existe un trabajo en Chile que estudia la incidencia de dolor crónico poscesárea en Chile[1]. Este estudio fue realizado en un solo centro, por lo que tiene alta posibilidad de sesgo por homogeneidad. También, tiene la limitante que realizó preguntas generales vía telefónica en el posoperatorio tardío, sin poder evaluar factores en el preoperatorio ni el dolor durante los primeros días de posoperatorio. Por otro lado, no se objetivó el impacto en funcionalidad.

El dolor, al ser subjetivo, depende de múltiples variables personales como también de la atención intrahospitalaria. Estas variables dependen de factores locales y regionales. Al no tener datos fidedignos en Chile, no podemos conocer la magnitud del problema nacional, como tampoco podemos realizar intervenciones a los factores que son potencialmente modificables en el perioperatorio para disminuir el dolor crónico poscesárea. Por otro lado, es necesario conocer y cuantificar las consecuencias del dolor crónico a nivel local para poder conocer el real costo a la salud pública y el posible impacto de disminuir el dolor crónico modificando factores del perioperatorio.

Por ejemplo, actualmente existen guías y recomendaciones internacionales que sugieren el uso de morfina intratecal para el manejo analgésico en cesárea[11]. Estas guías son diseñadas con datos internacionales y pensadas para otros contextos clínicos. Si quisiéramos implementar estas recomendaciones a nivel nacional, es imperioso contar con datos locales para poder analizar la aplicación real de estas guías en la población chilena. Esto permitirá además realizar un adecuado análisis de costo beneficio para este tipo de medidas, por ejemplo.

Factores asociados a dolor crónico post cesárea

La incidencia de dolor crónico poscesárea varía entre 6% y 55%[3]. Esta gran variabilidad se debe a que el dolor crónico posquirúrgico depende de varios factores que se pueden clasi-



Figura 1.

ficar en 3 (Figura 2):

Hay varios estudios internacionales que estudian el dolor crónico poscesárea, los más recientes de China[12] y Brasil[13]. En este último se pesquisó 25,5% de dolor crónico poscesárea a los tres meses, con 47,5% de las pacientes catalogado como moderado y 36,4% como intenso. Este estudio concluyó también que la edad, nivel de educación, tabaquismo, ansiedad preoperatoria y presencia dolor severo 7 días posterior a la cesárea fueron factores de riesgo para el dolor crónico, y que los factores que contribuyen al dolor son modificables, por lo tanto, el aplicar medidas preventivas podría ser beneficioso.

En el estudio realizado en China[12] se pesquisó una incidencia de 18,3% a los 3, 11,3% a los 6 y 6,8% a los 12 meses poscesárea. Este estudio demostró que el dolor tenía una influencia negativa en la calidad de vida de las pacientes, disminuyendo la actividad física en general y el estado de ánimo. También, se observó una relación directa entre la intensidad del dolor en movimiento a las 24 h posoperatorias con la presencia de dolor a los 3, 6 y 12 meses posteriores. Por último, se concluyó que el síndrome depresivo durante el embarazo aumenta el riesgo de sufrir dolor crónico y, además, pesquisó una relación directa entre duración de la cesárea y dolor crónico.

Al analizar en detalle el rol de los factores psicológicos en la génesis del dolor crónico poscesárea se debe considerar en primera instancia que, si bien este tipo de intervención quirúrgica es un evento estresante, es realizado en mujeres jóvenes que anticipan un evento feliz y que además en un estatus hormonal

específico. A la fecha es sabido que la influencia de la ansiedad preoperatoria, como de la catastrofización del dolor, están bien establecidos sobre la magnitud del dolor agudo posoperatorio, pero no estaba clara la correlación con el dolor crónico. En 2012, Theunissen y cols.[14], realizaron una revisión sistemática que incluyó 29 estudios, para determinar la relación entre los factores psicológicos preoperatorios y el riesgo de dolor crónico luego de múltiples procedimientos quirúrgicos; encontrándose en 55% de estos una asociación estadística positiva. Sin embargo, se debe considerar la variada cantidad de instrumentos implicados en la evaluación de la ansiedad, ya sea la ansiedad general y la asociada a dolor, además de que los estudios pueden no tener suficiente validez externa, por no tener representación adecuada de la población general. Posteriormente, en un estudio de cohorte multicéntrico realizado por Richez y cols., en 2015[15], se reportó una prevalencia de dolor crónico poscesárea a los 3 y 6 meses, de 28 y 19% respectivamente; en el que ninguno de los factores psicológicos estudiados resultó asociado, excepto el bienestar mental provocado por una percepción de buena calidad de vida, lo que fue considerado como factor protector. Otro estudio reciente de Borges y cols., 2020[13], encontró una correlación entre ansiedad preoperatoria y dolor crónico poscesárea, utilizando un instrumento que pareciera ser ideal. En el 2013 Pan y cols.[16], plantearon la realización de un *screening* preoperatorio con la validación de 3 preguntas predictivas de dolor agudo poscesárea; que evalúan la ansiedad, la anticipación del dolor poscesárea y la necesidad

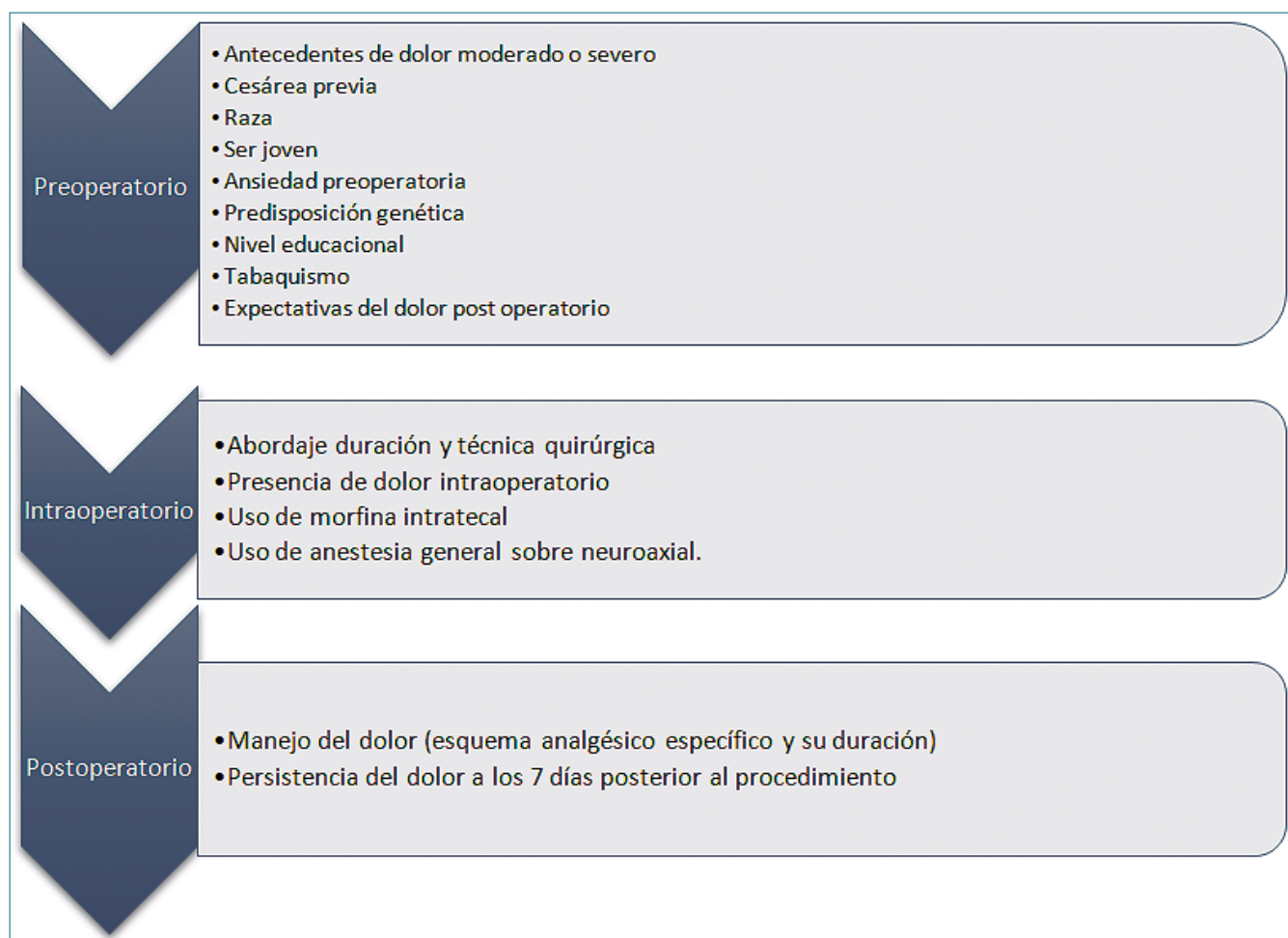


Figura 2.

de uso de analgésicos, encontrando una correlación entre la respuesta a dichas preguntas y la necesidad de mayor uso de opioides en posoperatorio inmediato.

La presencia de dolor agudo severo en el primer día posoperatorio luego de una cesárea se ha relacionado con un incremento del riesgo entre 2,5 y 3 veces de depresión posparto y a la persistencia del dolor durante las 8 semanas siguientes[17]. Además, como se describió anteriormente, existe una clara asociación entre el dolor crónico poscesárea y haber cursado con dolor agudo severo hasta el séptimo día posoperatorio[13]. Estudio que también evidenció una importante correlación entre tabaquismo y dolor crónico poscesárea, aunque podría estar sobreestimado ya que la muestra de mujeres era poco significativa.

¿Como podemos mejorar en Chile?

La evidencia disponible ha permitido concluir que las estrategias preventivas enfocadas en la entrega de información y educación al paciente, en el marco de la medicina perioperatoria, constituyen puntos claves y de impacto sobre variables

tan significativas como lo es la ansiedad; lo que finalmente se traduce en que las pacientes reportan menor dolor y mayor tolerancia a éste, pudiendo evitar así la exposición a fármacos que se consideran potencialmente adversos para el lactante.

Dichas estrategias preventivas son de bajo costo y cuentan con resultados positivos significativos, por lo que la mayor utilidad de pesquisar pacientes con predictores preoperatorios[16],[23] para dolor crónico poscesárea es tener la oportunidad de realizar acciones preventivas específicas, tales como: el uso adecuado de morfina intratecal, uso de paracetamol o gabapentina en el preoperatorio, realización de bloqueos de pared abdominal como el bloqueo TAP (Bloqueo del plano de músculo transversal abdominal), o el uso de ketamina en el perioperatorio, entre otras[24]. En Chile, hasta hoy, no se aplican cuestionarios preoperatorios, no existen protocolos de analgesia o medidas diferenciadas según la predisposición de las pacientes a padecer dolor crónico.

Esperamos que un futuro muy próximo, el dolor crónico poscesárea sea conocido en Chile como un problema de salud pública y así, se puedan realizar intervenciones en el perioperatorio para poder mejorar el puerperio a la mujer chilena.

Referencias

- Elgueta Le-Beuffe Francisca PFP. Cesárea una cirugía frecuente a nivel nacional ¿Es también una causa frecuente de dolor postoperatorio crónico importante?, un aspecto a considerar. 2012;2012.
- Borrescio-Higa F, Valdés N. Publicly insured caesarean sections in private hospitals: A repeated cross-sectional analysis in Chile. *BMJ Open*. 2019;9(4):1–7.
- Rosen M. 2011 - The global year against acute pain. *Anaesthesia Intensive Care*. 2011;39(3):505.
- Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1).
- Vargas C, Bilbeny N, Balmaceda C, Rodríguez MF, Zitko P, Rojas R, et al. Costs and consequences of chronic pain due to musculoskeletal disorders from a health system perspective in Chile. *Pain Reports*. 2018;3(5):1–10.
- Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth*. 1997;78(5):606–17.
- Wilson RD, Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, et al. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 1). *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;219(6):523.e1-523.e15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.015>
- Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;219(6):533–44. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.006>
- Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;221(3):247.e1-247.e9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.012>
- Carvalho B, Cohen SE, Lipman SS, Fuller A, Mathusamy AD, Macario A. Patient preferences for anesthesia outcomes associated with cesarean delivery. *Anesth Analg*. 2005;101(4):1182–7.
- Bauchat JR, Weiniger CF, Sultan P, Habib AS, Ando K, Kowalczyk JJ, et al. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Consensus Statement: Monitoring Recommendations for Prevention and Detection of Respiratory Depression Associated With Administration of Neuraxial Morphine for Cesarean Delivery Analgesia. *Anesth Analg*. 2019;129(2):458–74.
- Jin J, Peng L, Chen Q, Zhang D, Ren L, Qin P, et al. Prevalence and risk factors for chronic pain following cesarean section: A prospective study. *BMC Anesthesiol* [Internet]. 2016;16(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12871-016-0270-6>
- Borges NC, de Deus JM, Guimarães RA, Conde DM, Bachion MM, de Moura LA, et al. The incidence of chronic pain following Cesarean section and associated risk factors: A cohort of women followed up for three months. *PLoS One*. 2020;15(9 september):1–14.
- Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing: A systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. *Clin J Pain*. 2012;28(9):819–41.
- Richez B, Ouchchane L, Guttman A, Mirault F, Bonnin M, Noudem Y, et al. The Role of Psychological Factors in Persistent Pain after Cesarean Delivery. *J Pain*. 2015;16(11):1136–46.
- Pan PH, Coghill R, Houle TT, Seid MH, Lindel WM, Parker RL, et al. Multifactorial preoperative predictors for postcesarean section pain and analgesic requirement. *Anesthesiology*. 2006;104(3):417–25.
- Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* [Internet]. 2008;140(1):87–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.011>
- Cabrera V, Martín-Aragón M, del Carmen Tero M, Núñez R, de los Ángeles Pastor M. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Ter Psicol*. 2015;33(3):181–93.
- Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res*. 2011;63(SUPPL. 11):467–72.
- Nugraha B, Gutenbrunner C, Barke A, Karst M, Schiller J, Schäfer P, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Functioning properties of chronic pain. *Pain*. 2019;160(1):88–94.
- Taylor AM, Phillips K, Patel K V., Turk DC, Dworkin RH, Beaton D, et al. Assessment of physical function and participation in chronic pain clinical trials: IMMPACT/OMERACT recommendations. *Pain* [Internet]. 2016 Sep 7;157(9):1836–50. Available from: <https://journals.lww.com/00006396-201609000-00002>
- Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *Eur J Pain*. 2007;11(2):153–63.
- Granot M, Lowenstein L, Yarnitsky D, Tamir A, Zimmer EZ. Post-cesarean section pain prediction by preoperative experimental pain assessment. *Anesthesiology*. 2003;98(6):1422–6.
- Holland E, Sudhof LS, Zera C. Optimal pain management for cesarean delivery. *Int Anesthesiol Clin*. 2020;58(2):42–9.