

MODALIDAD DE PARTO Y DOLOR: UNA REVISIÓN A CORTO Y LARGO PLAZO.

Renard L(I), Pons N(I), Raggio M(I).

r Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Contacto:

Autor de correspondencia:

Nombre: Luna Renard Rodríguez

Dirección: Patagonia 249 depto 202, Las Condes

Teléfono: +56999193514

Mail: luna.renard@gmail.com

Resumen

El número de partos por cesárea ha sufrido una importante alza en los últimos años. Esto en parte se debe a concepciones poco adecuadas respecto al dolor del parto y postparto de la vía vaginal. Se realizó una revisión de la literatura en cuanto al dolor agudo postparto, el dolor pélvico a largo plazo, la alteración en la vida sexual y otros factores influyentes en la calidad de vida comparando las mujeres que han tenido partos por cesárea y las por vía vaginal. Se encontró una diferencia significativa en el dolor del postparto precoz en relación a la cesárea por sobre la vía vaginal, tanto en intensidad como en duración, la sensación desagradable asociada y el requerimiento analgésico. Esta relación fue más discutible en relación al dolor pélvico a largo plazo, donde existen resultados contradictorios sobre la prevalencia de éste entre ambos grupos, siendo significativamente mayor en varios estudios en el parto por cesárea. También es importante

que mujeres que han pasado por ambos tipos de parto prefieren parto vaginal en sus embarazos subsecuentes. Esta información nos entrega herramientas para la consejería a las embarazadas que solicitan cesárea electiva en pos de disminuir las elevadas tasas de cesárea en Chile.

Palabras clave: Postparto, Dolor, Cesárea, Parto vaginal, Dolor pélvico.

MODE OF DELIVERY AND PAIN: A SHORT AND LONG TERM REVIEW.

Abstract

The number of cesarean deliveries has undergone a major increase in recent years. This partly because of unsuitable mothers' conceptions about pain associated with childbirth and postpartum vaginal route. A review of the literature regarding acute postpartum pain, long-term pelvic pain and disruption in sex life and other factors influencing the quality of life of women was conducted comparing those who have had cesarean deliveries and the one who have had vaginal deliveries. It was found that in the early postpartum there is a significant difference in pain between both groups, in relation to the intensity and duration, and the unpleasant sensation associated thereto and analgesic requirement. This relationship was more questionable in relation to long-term pelvic pain, where there are conflicting results on the prevalence of chronic pelvic pain between the two groups, significantly higher in several studies related to cesarean delivery. It is also

important that women who have gone through childbirth both report a noticeable preference for a vaginal birth in their subsequent pregnancies. This information gives us tools for adequate counseling to pregnant women seeking elective Caesarean section and after the idea of reducing the high rates of caesarean section in Chile.

Key Words: *Post partum, Pain, Cesarean delivery, Vaginal birth, Pelvic Pain.*

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existieron conflictos de interés en la realización de esta revisión.

INTRODUCCIÓN

El número de cesáreas ha aumentado significativamente en los últimos años a nivel mundial(1,2). Pese a que la OMS recomienda un nivel hasta 15% de los partos(3), el 2012 en Chile alcanza un 39,4% en el Sistema Público y un 76% en el Privado(-DEIS).

La indicación de cesárea depende de las condiciones materno-fetales, pero también es afectada por las preferencias de la mujer, del médico y de la política del centro hospitalario. Éstas pueden ser alteradas por las concepciones que se tienen acerca de la salud materna posterior al parto vaginal versus la cesárea(1), lo que ha propiciado un aumento en su frecuencia en base a demanda materna.

Uno de los principales miedos relacionados con el parto vaginal es el dolor asociado(2), tanto durante el parto(4) como el crónico(5,6), además del prolapso, incontinencia urinaria/fecal e insatisfacción sexual con la pareja(1). Numerosos estudios han comparado el parto vaginal con la cesárea evaluando el dolor postparto, el dolor crónico(7,8) y dispareunia(9) a largo plazo asociada(2,5,7-13), con resultados contradictorios.

Es de vital importancia tener un mayor entendimiento de la esfera del dolor en relación a estas vías de parto, para brindar mejores herramientas de consejería en guiar una decisión bien informada(2).

RESULTADOS

Dolor en el post operatorio

Diversos estudios han evaluado las características del dolor los primeros 2 días postparto y han comparado sus características entre el parto vía vaginal y el vía cesárea (2,10,12,13), la mayoría de ellos ha encontrado un aumento del dolor en los primeros días del postoperatorio en relación a la vía abdominal, lo que es un factor de riesgo conocido para el dolor crónico (13). Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Iowa en el 2013 siguió a 126 mujeres en los primeros dos días postparto, donde se les aplicaron escalas de dolor que medían la intensidad (tanto en reposo como en actividad), la localización y la sensación emocional desagradable asociado a éste. En el primer día del postoperatorio las mujeres sometidas a cesárea mostraron significativamente mayores niveles de dolor a la movilización en comparación a las que tuvieron parto vaginal, pero en el segundo día los otros niveles asociados al dolor en esta última disminuyeron considerablemente, haciendo significativa la diferencia hacia una peor sensación emocional asociada, más dolor tanto al reposo como a la movilización y mayor lateralización de éste (todas $p < 0,05$). Dentro de toda la cohorte, la variable más relacionada al dolor en el día 2 fue la cesárea ($p < 0,0001$), seguida por el abuso de sustancias actual ($p < 0,02$). Además, el uso de drogas narcóticas y AINEs fue significativamente mayor en el grupo de cesárea, viéndose hasta 4 veces el uso de oxicodona ($p < 0,0001$) en el segundo día en comparación al grupo de vía vaginal. El único factor que aumentó significativamente el dolor en el grupo de parto vaginal fue la presencia de desgarros perineales de tercer grado(2).

Otro estudio de cohorte prospectivo realizado en

los E.E.U.U. el 2008 en un total de 1224 pacientes, encontró una prevalencia de 66% de dolor incapacitante en las primeras 24 horas, siendo de éstos 57% en partos vía vaginal y 85% de los vía cesárea, teniendo estos últimos un aumento de un 32,5% en las escalas de dolor agudo comparativamente ($p < 0,0001$). Nuevamente, y como era esperable, el uso de fórceps y desgarros perineales de mayor grado estaban asociados con niveles más altos de dolor agudo (10,14).

En términos más subjetivos, el año 2004 en Irlanda se realizó un estudio prospectivo basado en cuestionarios acerca de la satisfacción materna asociada a ambos modos de parto, para lo que se encuestaron 140 mujeres que habían tenido al menos un parto vaginal y una cesárea previa. Se observó mayor satisfacción con su modo de parto en el grupo de la vía vaginal ($p < 0,01$), donde casi la mitad de las pacientes sometidas a cesárea consideraron mayor su dolor postoperatorio en comparación a su parto vaginal anterior, mientras que sólo un 6% consideraron mayor el dolor luego del parto vaginal que el posterior a su cesárea anterior. Por otro lado, las mujeres poco satisfechas con su parto vaginal dieron como razón el alto estrés del trabajo de parto y la poca optimización analgésica, el resto del grupo (62%) se consideraron satisfechas con su experiencia. Esto repercutió en que las mujeres que han pasado por ambos tipos de parto expresen una notoria preferencia por repetir el parto por vía vaginal en sus siguientes embarazos (89% del grupo vía vaginal y 94% del grupo cesárea).

Tomando en cuenta lo anterior, podríamos decir que hay evidencia significativa a favor de un mayor dolor en el postoperatorio temprano asociado a la operación cesárea que asociado al parto vaginal, por lo que ésta sería una información

relevante para las madres que solicitan una cesárea electiva por el miedo al dolor relacionado con esta vía.

Dolor a largo plazo

En ésta esfera ha habido estudios que describen diferentes formas de dolor pélvico y en distintos plazos, se ha hablado de dolor persistente, dolor pélvico crónico y dismenorrea, en tiempos que varían desde 2 meses hasta 11 años postparto.

El mismo estudio de 1224 pacientes en E.E.U.U. evaluó el dolor persistente 8 semanas después del parto, describiendo una prevalencia de 10% luego de parto vaginal y de 9,2% luego de cesárea (10), por lo que no se encontró una asociación significativa con el modo de parto. Esto es concordante con otro estudio realizado el 2013 en el mismo país en 1223 pacientes que mostró una prevalencia de 9,8% (13). Donde sí se ha encontrado una asociación significativa fue entre el dolor agudo postparto con el riesgo de experimentar dolor persistente 2 meses después (10).

El dolor pélvico crónico (DPC) definido como el que ha estado presente al menos 6 meses, que comenzó después del parto y que no estaba relacionado con el embarazo, dismenorrea o dispareunia (5), también ha sido motivo de estudio con resultados controversiales. Éste es un síndrome multifactorial común en la vida reproductiva, de prevalencia entre un 5 y un 20% en mujeres con cesárea previa en estudios anteriores (7, 13). En él es difícil llegar a un diagnóstico etiológico específico y, por ende, puede ser también de difícil tratamiento (15,16), llegando a afectar de manera importante la calidad de vida de las pacientes. Causas potenciales de dolor asociado a cesárea incluyen atrapamiento de los nervios ilioingui-

nal o iliohipogástrico (17), defecto en la cicatriz uterina (18) y adherencias pélvicas (19), por lo que podría existir una relación entre esta cirugía y el DPC. Un estudio realizado en Beijing el 2014 con una muestra de 1456 pacientes mostró que el 9,1% desarrolló DPC luego del parto, siendo más frecuente en las pacientes con cesárea que en las con parto vaginal previo (11,2% versus 6,9% $p=0,007$, con un OR para cesárea de 1,55). Las asociaciones significativas con DPC fueron con parto por cesárea, tiempo desde el parto, uso de un DIU e historia de aborto provocado. El porcentaje de DPC aumentó junto con el tiempo desde el parto, siendo de 2,3% en las de menos de un año postparto, 9,3% en 1 a 5 años, 10,7% en 5 a 10 años y 13,1% en más de 10 años ($p>0,001$). De las pacientes que presentaban el síndrome, un 3,1% fue diagnosticada etiológicamente con adherencias pélvicas (5), por lo que se deben considerar también otros factores contribuyentes a la patogenia de esta asociación.

En contraste, otros estudios contradicen lo anterior. Un estudio realizado el 2013 en E.E.U.U. la prevalencia de DPC fue mucho menor (1,8% a los 6 meses y 0,3% al año postparto), donde se destaca que factores de riesgo esperables como el trauma quirúrgico y la historia previa de dolor crónico no presentan una asociación significativa con el riesgo de DPC, aunque sí se encontró una relación significativa con el dolor agudo postparto(13). Otros que incluyen muestras de 1115 y 917 mujeres tampoco mostró diferencias significativas en el dolor pélvico crónico posterior a ambos

tipos de parto(7,11).

Otro tipo de dolor pélvico a largo plazo que se ha evaluado en los estudios sobre el tema es la dismenorrea. Aunque un estudio mostró que las mujeres que habían pasado por una cesárea mostraban más dismenorrea moderada o severa ($p=0,02$), significancia que se perdió al ajustar por edad y obesidad(7). Otros estudios no muestran diferencias entre ambos grupos en el riesgo de dismenorrea después de 2 años postparto(11).

Dispareunia y vida sexual

Un factor importante sobre el que las pacientes tienen percepciones poco adecuadas es sobre la dispareunia posterior a ambos modos de parto, está demostrado que existe tanto sobre como subestimación de este factor y que éstas son mayores entre las pacientes que tuvieron cesáreas. Las mujeres que cursaron parto vaginal mostraron mayor preocupación acerca del dolor perineal, falta de satisfacción sexual y de un impacto negativo en la relación de pareja que las mujeres que cursaron parto por cesárea(1).

En Checoslovaquia se realizó un estudio para evaluar la influencia del tipo de parto en la sexualidad posterior de la mujer, en cuanto a líbido, excitación, lubricación, capacidad de orgasmo, satisfacción y dispareunia. En éste se mostraron diferencias significativas en la dispareunia, siendo el grupo de parto vaginal el más afectado tanto en incidencia como en intensidad en comparación al grupo de parto por cesárea(9). En otro estudio del año 2014 en donde se estudiaron 1115 mujeres entre 6 a 11 años postparto se encontró que la dispareunia moderada a severa es significativamente más común en pacientes que han pasado por un parto vaginal si éste requirió fórceps y/o si dieron a luz a un recién nacido $\geq 4\text{kg}$ (OR 4,04 y 2,45 respectivamente)(7). En contraposición, el Term Breech Trial que realizó un cuestionario a 917 pacientes con 2 o más años postparto se observó que la mayoría no presentaba dispareunia y se declaraban felices en relación a su vida sexual(11).

Calidad de vida

Existen otros resultados relacionados con el dolor en el postparto que afectan de manera importante la calidad de vida de la mujer sin ser directamente el dolor propiamente tal. En varios estudios se ha visto una asociación entre la severidad del dolor agudo, el dolor persistente y la depresión postparto entre 2 y 12 meses después, con una prevalencia que alcanzaba un 11,2%(10,13), pero no se demostró relación con la vía de parto. Esta es una enfermedad que puede tener graves consecuencias neuropsiquiátricas tanto en la madre como en su hijo, al alterar el apego y generar relaciones discordantes a temprana edad, además de aumentar el riesgo de depresión en la vida futura(20).

Un estudio realizado en Beijing el 2014 en 1456 pacientes midió entre sus resultados la comparación en la calidad de vida entre ambas vías de parto, a través de cuestionarios (EQ-5D utility score), donde se observaron menores niveles en calidad de vida en relación a parto por cesárea, mayor tiempo desde el parto y la presencia de dolor pélvico crónico(5), lo que se encuentra acorde a resultados de estudios previos (21,22,23).

Entre otros factores asociados con los dos tipos de parto, los estudios revisados no muestran diferencias significativas en el riesgo de incontinencia urinaria o fecal, aunque en el Term Breech Trial se encontró una leve tendencia hacia mayor riesgo de incontinencia urinaria en los partos vía vaginal (17,8% post cesárea versus 21,8% post parto vaginal)(11).

CONCLUSIÓN

El dolor es un factor importante relacionado al parto, que puede tener importantes implicancias, tanto al generar percepciones poco adecuadas y miedos que pueden influenciar a la mujer embarazada hacia solicitar una cesárea electiva, como puede generar importantes alteraciones a largo plazo que afecten la calidad de vida de la mujer y repercutan en una mayor incidencia de patología asociada a este dolor.

En el ámbito del dolor agudo postparto se ha observado en todos los estudios un aumento significativo en relación a la vía cesárea en comparación con la vía vaginal, demostrado tanto por la valoración personal a través de escalas de dolor en cuanto a intensidad, de la sensación desagradable asociada a éste y en el requerimiento de analgesia en el postparto precoz. También varios estudios han visto una asociación importante entre la intensidad del dolor agudo con el riesgo de desarrollar dolor crónico posteriormente, por lo que no deja de ser relevante un adecuado manejo de éste en el postparto. Por lo mismo, podría esperarse que exista una relación aumentada entre cesárea y dolor pélvico a largo plazo, asociación que es controvertida y frente a la cual existen resultados contradictorios, pero donde numerosos estudios apuntan a una mayor prevalencia de dolor persistente y dolor pélvico crónico en este grupo, donde la asociación con dismenorrea ha encontrado menor sustento.

La repercusión en la calidad de vida de la paciente también es un tema importante a considerar, ya

que se ha sugerido una relativa disminución en los niveles de ésta asociados a una cesárea previa. Por otro lado la dispareunia y, por consiguiente, la vida sexual de la pareja podría tener mayor riesgo luego de un parto vaginal (significativo si éste requirió fórceps o fue de un recién nacido mayor a 4 kg) en comparación al grupo que sólo ha pasado por cesáreas.

También es relevante que las mujeres que han experimentado ambos tipos de parto, por lo que se podría pensar que son las mejor informadas al momento de tomar una decisión respecto a su próximo parto, refieren una amplia preferencia por un parto vaginal por sobre una nueva cesárea en sus próximos embarazos.

Finalmente todo lo anterior es información que consideramos muy relevante para tomar en cuenta al momento de dar consejería a una paciente, para que al momento de tomar una decisión que tome en consideración las preferencias de la mujer, éstas sean bien informadas y fundamentadas, disminuyendo las concepciones poco adecuadas que podrían estar favoreciendo una tasa de cesáreas cada vez mayor, lo que es sabido que conlleva mayores riesgos tanto para la madre como su hijo. Por lo tanto es una situación en la que el médico debe poner un esfuerzo activo para lograr su disminución.

REFERENCIAS

- Li W, Liabsuetrakul T, Stray-Pedersen B. Effect of mode of delivery on perceived risks of maternal health outcomes among expectant parents: a cohort study in Beijing, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Jan 13;14:12.
- Hardy-Fairbanks A, Lauria M, Mackenzie T, McCarthy M. Intensity and unpleasantness of pain following vaginal and cesarean delivery: a prospective evaluation. *Birth*. 2013 Jun;40[2]:125-33.
- Programa Nacional Salud de la Mujer [2014] Guía Perinatal. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIAPERINATAL201430012014R\[1\].PDF](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIAPERINATAL201430012014R[1].PDF). Accedido el 27 mayo 2015.
- Dunn E, O'Herlihy C. Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after cesarean section and cesarean section after previous vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005 Jul 1;121[1]:56-60.
- Li W, Liabsuetrakul T, Stray-Pedersen B, Li Y, Guo L, Qin W. The effects of mode of delivery and time since birth on chronic pelvic pain and health-related quality of life. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Feb;124[2]:139-42.
- Domingues R, Dias M, Nakamura-Pereira M, Torres J, d'Orsi E, Pereira A, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Publica*. 2014 Aug;30 Suppl 1:S1-16.
- Blomquist J, McDermott K, Handa V. Pelvic pain and mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 May;210[5]:423.e1-6.
- CORONIS Collaborative Group, Abalos E, Oyarzun E, Addo V, Sharma JB, Matthews J, et al. CORONIS - International study of caesarean section surgical techniques: the follow-up study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Nov 21;13:215.
- Langrová P, Vrublová Y. The effect of mode of delivery on woman's sexuality. *Ceska Gynekol*. 2013 Dec;78[6]:584-8.
- Eisenach J, Pan P, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle T. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*. 2008 Nov 15;140[1]:87-94.
- Hannah M, Whyte H, Hannah W, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Sep;191[3]:917-27.
- Mukkannavar P, Desai B, Mohanty U, Parvatikar V, Karwa D, Daiwajna S. Pelvic girdle pain after childbirth: The impact of mode of delivery. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, vol. 26, no. 3, 2013
- Eisenach J, Pan P, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle T. Resolution of pain after childbirth. *Anesthesiology*. 2013 Jan;118[1]:143-51.
- Soares A, Couceiro T, Lima L, Flores F, Alcoforado E, de Oliveira Couceiro Filho R. Association of pain catastrophizing with the incidence and severity of acute and persistent perineal pain after natural childbirth: longitudinal cohort study. *Braz J Anesthesiol*. 2013 Jul-Aug;63[4]:317-21.
- Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20[5]:695-711.
- Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006;332[7544]:749-55.
- Loos M, Scheltinga J, Mulders L, Roumen R. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol*. 2008; 111:839-846.
- Wang C, Chiu W, Lee C, Sun Y, Lin Y, Tseng C. Cesarean scar defect: correlation between cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009; 34[1]:85-89.
- Almeida E, Nogueira A, Cadido dos Reis J, Rosa e Silva J. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. *Int J Gynecol and Obstet*. 2002; 79:101-104.
- Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices M, Farkas C. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Ter Psicol* vol.31 no.2 Santiago jul. 2013.
- Mathias S, Kuppermann M, Liberman R, Lipschutz R, Steege J. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87[3]:321-7.
- Zondervan K, Yudkin P, Vessey M, Jenkinson C, DawesMG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract* 2001;51[468]:541-7.
- McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gross C, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann FamMed* 2006;4[2]:159-67.