



# Año Global Contra el Dolor en las Mujeres

## mujeres verdaderas, dolor verdadero

### Dolor Durante el Embarazo

El dolor durante el embarazo es una afección a la que se presta poca atención, pero que tiene un impacto significativo sobre la sanidad pública (1). Los dolores agudos o crónicos en mujeres embarazadas son difíciles de tratar, sobre todo porque se debe alcanzar un equilibrio entre los intereses de la madre y los del feto.

Cuando el dolor no es tratado adecuadamente, se puedan dar efectos psicológicos adversos (2) que pueden causar depresión prenatal o postnatal. Muchos casos de depresión posparto comienzan antes del parto (3).

El dolor mal tratado puede incrementar el riesgo de inmovilidad de la madre al aumentar el tiempo que deber permanecer en la cama. A su vez, esto puede causar problemas como trombosis venosas profundas o embolias pulmonares. Cuanto más tiempo permanezcan la madre y el bebé en el hospital, aumenta el riesgo de que contraigan infecciones nosocomiales (4).

Los casos graves de dolor no tratado en la madre pueden llevar a un parto prematuro, ya sea causado de forma espontánea o inducido médicamente (5). El parto prematuro del bebé (menos de 36 semanas) requiere que sea ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, que es una de las formas más caras de ingreso en un hospital público (6). Separar a la madre y al recién nacido puede provocar daños emocionales y estrés en ambos, y podría incrementar la morbilidad maternal y neonatal.

#### Epidemiología

El dolor es común durante el embarazo. Entre el 25% y el 56% de las mujeres embarazadas sufre de dolores de espalda y cadera, o de cadera periparto. Aproximadamente el 8% de estas mujeres embarazadas sufrirán minusvalías a causa de esta afección, pudiendo necesitar el ingreso en un hospital (7). En un tercio de las mujeres embarazadas, el dolor es un problema grave que afecta a la vida diaria, al trabajo y al sueño normales (7, 8, 9, 10, 11).

No existen definiciones estándar para estos casos. Los términos que se usan habitualmente incluyen: dolor de la cintura pélvica relacionado con el embarazo, o dolor de la zona lumbar relacionado con el embarazo. Otro término utilizado es disfunción de la sínfisis del pubis, aunque frecuentemente se considera que esta disfunción es más bien un problema secundario que coexiste con dolores lumbares o de las articulaciones sacroilíacas.

En un estudio de 870 mujeres remitidas a fisioterapia por dolores durante el embarazo, más del 76% se quejó de dolores en las articulaciones sacroilíacas, y el 57% se quejó de dolores en la sínfisis del pubis (11). Se encontraron correlaciones con aquellas mujeres con: historia previa de dolores lumbares y pélvicos, un mayor peso o índice de masa corporal (IMC) preparto y al finalizar el embarazo, que aumentos la paridad, o historia previa de hipermovilidad y dolores durante el embarazo (8).

#### Mecanismos propuestos

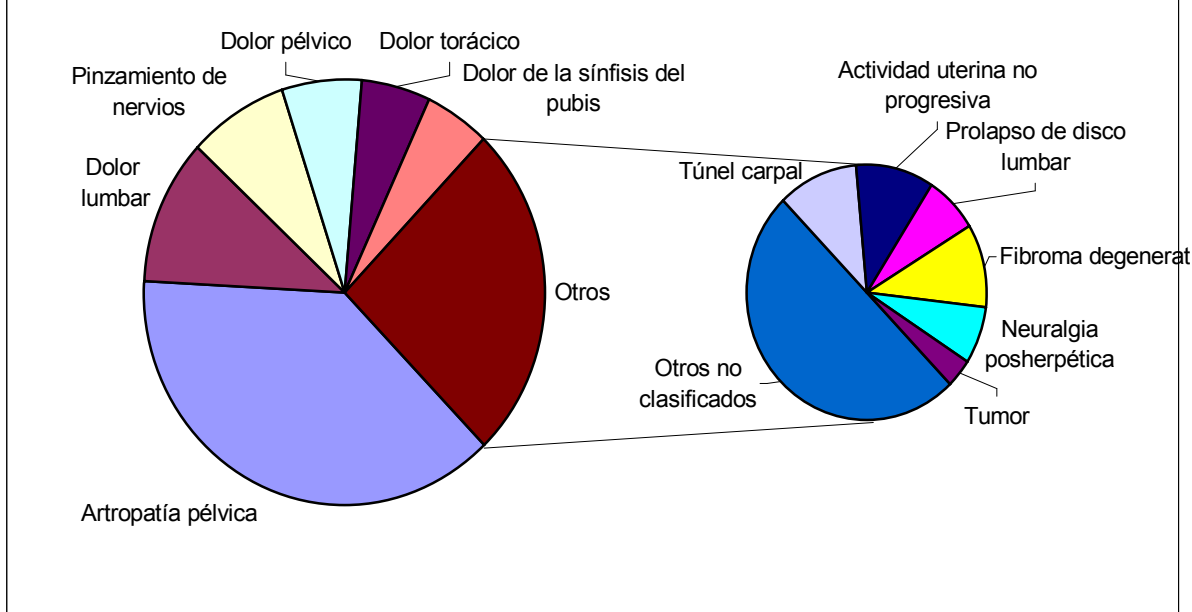
Los factores principales para estos dolores son probablemente mecánicos, debido al cambio de postura necesario para soportar el incremento de masa en el abdomen, y hormonales, debido a cambios en los ligamentos pélvicos.

No está claro cuál es la hormona responsable en estos casos. Aunque la relaxina actúa sobre el tejido uterino humano mediante la regulación de la expresión de las metaloproteinasas en la matriz, no parece que genere problemas de dolor en tejidos musculoesqueléticos. Exámenes de ultrasonidos muestran una relación entre la anchura de la sínfisis del pubis y los casos de dolor en ese lugar, independientemente de las concentraciones de relaxina sérica. El embarazo puede afectar a la estabilidad de huesos y ligamentos tanto en la columna como en la pelvis, lo que a su vez requeriría actividad muscular para mantener la estabilidad de las articulaciones relacionadas.

#### Otros problemas de dolor

Otras categorías de casos de dolor que llevaron a ingresos hospitalarios de mujeres embarazadas fueron denotados en un estudio de auditoría retrospectiva (12). Entre estos casos se incluyen: pinzamiento de nervios, dolor torácico, fibroma degenerativo, neuralgia posherpética, síndrome del túnel carpal, y prolapso del disco lumbar.

## Categorías de presentación del síndrome doloroso (N = 110)



(12)

### Tratamiento

Evitar el ingreso hospitalario es la meta más importante. Una vez que el dolor llega a afectar a las actividades diarias de la mujer, se hace necesario el ingreso en un hospital.

Las metas del tratamiento serían, en primer lugar, el uso de técnicas no farmacológicas, puesto que es importante entender que el feto es un receptor pasivo de cualquier medicamento que se administre.

Entre estas técnicas no farmacológicas, se incluyen educación, asesoramiento, y ejercicio indicado por un fisioterapeuta. Además, el uso de electroestimulación nerviosa transcutánea, compresas frías o calientes, infiltración local con anestesia local, y fisioterapia y terapia de esteroides, puede producir buenos resultados (5, 13, 14).

Los ejercicios de estabilización o de estiramiento para músculos específicos y el masaje pueden contribuir a la reducción del dolor durante el embarazo al romper el círculo vicioso de dolor causado por una mala postura, lordosis en aumento, espasmos musculares, e inmovilidad en aumento (5, 9, 13, 15, 16). El uso de ayudas como muletas, andadores, almohadas terapéuticas usadas para sentarse o tumbarse, cinturones pélvicos, y cinturones de sujeción sacroilíaca pueden incrementar la movilidad y reducir los riesgos relacionados con una inactividad o un descanso en cama prolongados, tales como la formación de trombos y el deterioro del condicionamiento muscular (16, 17).

Dos revisiones completas también deberían servir para guiar la práctica médica en casos de mujeres embarazadas con dolores no específicos en las zonas lumbar o pélvica. Una revisión de Cochrane descubrió que la gimnasia acuática, la acupuntura, y el uso de una almohada para dormir con una forma específica fueron beneficiosos (9). La segunda revisión sistemática no pudo expandir las conclusiones de la revisión de Cochrane debido a la heterogeneidad de las pruebas en las que se basó el estudio. Sí parece que la fisioterapia individual y la acupuntura alivian en parte estos problemas (15). Existe una preocupación sobre el uso de acupuntura y la incidencia de abortos espontáneos subsiguientes. Sin embargo, una revisión de la literatura académica pertinente no ha establecido un vínculo entre ambos eventos (18, 19).

El uso de terapias psicológicas tales como la autohipnosis o el asesoramiento psicológico también puede ser beneficioso.

Todavía no se ha determinado plenamente la eficacia del uso de analgésicos (20, 21), pero el uso de medicamentos durante periodos del embarazo, como la vulnerable etapa de la organogénesis, es una causa de inquietud (semanas 4 – 10). Es importante restringir el uso de medicamentos a aquellos cuya seguridad está comprobada, con el objetivo de minimizar los posibles daños al feto en desarrollo (22). Medicamentos como el paracetamol o la codeína se pueden

utilizar de forma segura durante el embarazo, pero se debería evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Asegurarse de que existe el apoyo y el compromiso de un equipo multidisciplinar es vital para asegurar el éxito del tratamiento (5, 13).

Copyright International Association for the Study of Pain, September 2007.  
References available at [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).