



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



ARTÍCULO CIENTÍFICO

Asociación de la Catastrofización del Dolor con la Incidencia y la Intensidad del Dolor Perineal Agudo y Persistente posteriormente al Parto Normal: Estudio Longitudinal Tipo Cohorte

Anne Danielle Santos Soares ¹, Tânia Cursino de Menezes Couceiro* ², Luciana Cavalcanti Lima ³,
Fernanda Lobo Lago Flores ⁴, Eusa Maria Belarmino Alcoforado ⁵, Roberto de Oliveira Couceiro Filho ⁶

1. Anestesiólogo, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil
2. TSA; Magíster en Neurociencias, Universidad Federal de Pernambuco, Recife; Coordinadora, IMIP, Recife, PE, Brasil
3. PhD en Anestesiología, por la *Universidade Estadual Paulista* Júlio de Mesquita Filho, São Paulo; Profesora & Coordinadora de la *Faculdade Pernambucana de Saúde*, Recife, PE, Brasil
4. MR, IMIP, Recife, PE, Brasil
5. TSA; Médica del Ministerio de Sanidad, Brasil
6. TSA; Anestesiólogo

Recibido del Instituto de Medicina Integral *Professor Fernando Figueira*, Recife, PE, Brasil.

Artículo recibido el 11 de abril de 2012. Aprobado el 5 de diciembre de 2012.

Descriptor:

Catastrofización;
CIRUGÍA, Obstétrica;
DOLOR, Aguda;
Parto Normal;
Perineo;
TÉCNICAS DE MEDICIÓN,
Dolor.

Resumen

Justificativa y objetivos: El parto vaginal puede traer dolor perineal agudo y persistente postparto. Este estudio evaluó la asociación de la catastrofización, fenómeno de mala adaptación psicológica al dolor, que hace con que el individuo exagere la experiencia dolorosa, convirtiéndola en algo más intenso, con la incidencia y la intensidad del dolor perineal y su relación con el trauma perineal.

Método: Estudio de cohorte realizado con gestantes en trabajo de parto. Se aplicó la escala de pensamientos catastróficos sobre el dolor durante el ingreso, y se evaluaron el grado de la lesión perineal y la intensidad del dolor perineal en las primeras 24 horas y después de ocho semanas del parto, por medio de la escala numérica del dolor.

Resultados: Fueron evaluadas 55 mujeres. Sintieron dolor agudo 69,1% de las pacientes. De ellas, un 36,3% se quejaron de dolor de moderado/fuerte intensidad y 14,5% de dolor persistente. La puntuación promedio de catastrofización fue de $2,15 \pm 1,24$. Las pacientes catastrofizadoras tuvieron un riesgo 2,90 veces mayor (95% IC: 1,08-7,75) de presentar dolor perineal agudo y 1,31 veces mayor (95% IC: 1,05-1,64) de desarrollar dolor perineal persistente. También tuvieron un riesgo 2,2 veces mayor de desarrollar dolor perineal agudo de mayor intensidad (95% IC: 1,11-4,33).

*Correspondencia para: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Departamento de Anestesiología.
Rua dos Coelhos 300, Recife, PE, Brasil. CEP: 50070-550.

E-mail: taniacouceiro@yahoo.com.br

ISSN/\$ - see front matter © 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

doi: 10.1016/j.bjanes.2012.12.001

Conclusiones: La incidencia de dolor perineal agudo y persistente posteriormente al parto vaginal es elevada. Las gestantes catastrofizadoras tienen un mayor riesgo de desarrollar dolor perineal agudo y persistente, como también dolor de mayor intensidad. El trauma perineal aumentó el riesgo de prevalencia de dolor perineal persistente.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

Introducción

El parto es un proceso natural que puede resultar en una morbilidad materna por un largo período¹. Según la literatura, en los tres primeros meses después del parto, entre un 87% a un 94% de las mujeres se quejan de algún problema de salud². Un problema de importante prevalencia es el dolor perineal agudo, que alcanza 57-92% de las parturientas³⁻⁶. Su incidencia parece estar relacionada con diversos factores, entre los cuales tenemos la paridad, la duración del período expulsivo activo, el grado del trauma perineal, el tipo de hilo usado para la sutura y la realización de episiotomía^{6,7,8}. La intensidad del dolor agudo está relacionada con un riesgo 2,5 veces mayor de desarrollar dolor crónico y tres veces mayor para la depresión postparto, independientemente del tipo de parto, vaginal o por cesárea^{1,9}. Recientes estudios han verificado la relación entre la catastrofización del dolor durante el trabajo de parto con la intensidad del dolor perineal agudo, con la incidencia de depresión postparto y con la capacidad de rehabilitación funcional posterior al nacimiento^{4,10}. Originalmente la catastrofización se estudió en pacientes portadores de dolor crónico y su influencia en el contexto del parto permanece abierta a nuevas investigaciones⁴. En este estudio, se analizó la asociación de la catastrofización del dolor durante el trabajo de parto y del trauma perineal con la incidencia y la intensidad del dolor perineal agudo y persistente.

Método

Después de la aprobación por el comité de ética en investigación de la institución, fue realizado un estudio longitudinal tipo cohorte, en el Centro Obstétrico del Instituto de Medicina Integral *Professor Fernando Figueira* (IMIP), Recife (PE), entre junio de 2010 y octubre de 2011. La recopilación de los datos se dio en dos momentos: durante el ingreso para el parto y ocho semanas después, por contacto telefónico. Participaron en este estudio, gestantes de bajo riesgo, mayores de 16 años, ingresadas en trabajo de parto y cuyos fetos nacieron vía parto vaginal espontáneo, posteriormente a la firma del término de consentimiento informado por parte de la paciente o por su responsable. Quedaron excluidas de la investigación, las mujeres con enfermedad perineal previa y fueron retiradas después de la inclusión las que no comprendieron la explicación de las escalas aplicadas y las que no respondieron al contacto telefónico para la evaluación del dolor persistente. El total de mujeres que aceptaron participar en el estudio fue de 127. De ellas, 97 respetaron los criterios de inclusión y participaron en la primera fase de recopilación de datos. Sin embargo, solamente 55 respondieron al segundo contacto vía llamada telefónica.

Para la mensuración de la catastrofización usamos la Escala de Catastrofización de la Escala de Autoafirmaciones Relacionadas con el dolor (PRSS)¹¹ a causa de su simplicidad, visto que se compone de solo nueve ítems relacionados en una escala Likert que varía de 0 (casi nunca) a 5 (casi siempre) puntos. El cuestionario es autoaplicable y la puntuación total es la suma de los ítems dividida por el número de ítems respondidos, con una puntuación variando de 0 a 5. Mientras mayor es la puntuación, hay más cantidad de pensamientos catastróficos. Esa escala, validada en portugués¹², se aplicó a las participantes del estudio durante su ingreso. Usamos como referencia de experiencia dolorosa, el dolor del trabajo de parto (Cuadro 1).

La intensidad del dolor se evaluó en dos momentos por medio de la aplicación de la Escala Numérica de Dolor. Fue solicitado que la participante cuantificase un valor de 0 a 10 para su dolor en que 0 correspondía a la ausencia de dolor y 10 a la intensidad máxima^{15,16}. El primer momento se dio como máximo en 24 horas posteriormente al parto y el dolor se clasificó como agudo; el segundo se dio ocho semanas después del parto, vía llamada telefónica, y el dolor, cuando ocurrió, se clasificó como persistente. Para fines de análisis estadístico, el dolor fue categorizada como leve (≤ 3), moderado (4-7) y fuerte (> 7). El protocolo de analgesia del servicio para el postparto normal fue mantenido para las participantes de este estudio y consistió en analgésicos (dipirona o paracetamol) o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) vía oral, en el caso de que fuesen necesarios.

La evaluación del grado del trauma perineal fue realizada por el obstetra o enfermero obstetra que condujo el parto, basándose en un anexo específico previamente presentado a la partera. La clasificación adoptada consideró los siguientes grados de trauma: perineo íntegro, que corresponde a la ausencia de lesión; lesión de primer grado o lesión de continuidad de la piel alrededor de la abertura vaginal; lesión de segundo grado que compromete la mucosa vaginal y los músculos perineales; lesión de tercer grado, que compromete, además de la mucosa vaginal y de los músculos perineales, el esfínter anal; lesión de cuarto grado, que comprende los tejidos comprometidos en la lesión de tercer grado más la lesión de la pared del recto.

Para el análisis de los datos, se usó el programa Epi Info versión 3.5.3. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 55 mujeres, con un promedio de edad de $25 \pm 5,6$ años. El promedio de tiempo de escolaridad de la muestra fue de 10 ± 2 años. Las pacientes con escolaridad por encima de los 11 años, estudiaban en la enseñanza superior y eran el 18% de la muestra. El promedio de embarazos fue igual a dos por participante.

En cuanto al apareamiento de dolor, 69,1% de las participantes dijeron sentirlo en las primeras 24 horas después del parto, y 14,5% se quejaron de dolor persistente después de ocho semanas del parto. Entre las pacientes que dijeron sentir dolor, un 52,6% lo clasificaron como siendo de moderado a fuerte intensidad en las primeras 24 horas (Tabla 1).

Con relación al apareamiento de lesión perineal, 80% de las pacientes tuvieron algún grado de lesión. Solamente dos pacientes fueron sometidas a la episiotomía (Tabla 2).

Con relación a la escala de pensamientos catastróficos sobre el dolor, la puntuación promedio de la muestra fue $2,15 \pm 1,24$ y la mediana 2,11, que fue usada como punto de corte para la inclusión de las pacientes en el grupo de catastrofizadoras o no. Observamos que las catastrofizadoras

tienen un riesgo relativo (RR) igual a 2,90 (95% IC: 1,08-7,75) de presentar dolor perineal agudo y un RR de 1,31 (95% IC: 1,05-1,64) de desarrollar dolor persistente. También observamos entre las pacientes catastrofizadoras un riesgo 2,2 veces mayor de presentar dolor de mayor intensidad en las primeras 24 horas (95% IC: 1,11-4,33) (Tabla 3).

En cuanto al trauma perineal, observamos que la presencia de trauma no estuvo relacionada, de forma significativa, con el aumento del riesgo de dolor perineal agudo. Sin embargo, en las pacientes que tenían trauma perineal o riesgo de dolor persistente es 1,15 veces mayor. La relación entre trauma perineal e intensidad del dolor no fue estadísticamente significativa (Tabla 4).

Cuadro 1 - Escala de Catastrofización de la Escala de Autoafirmaciones Relacionadas con el Dolor.

	Casi nunca				Casi siempre	
	0	1	2	3	4	5
1. No lo soporto más						
2. No importa lo que haga pero mis dolores no cambiarán						
3. Necesito tomar medicamento pelas el dolor						
4. Esto no se acaba nunca						
5. Soy un caso perdido, sin esperanzas						
6. ¿Cuándo empeoraré de nuevo?						
7. Este dolor me está matando						
8. no puedo más seguir adelante así						
9. Este dolor me está dejando loca						

Tabla 1 - Incidencia e Intensidad del dolor Perineal Agudo y Persistente.

Intensidad	Dolor perineal agudo (%)	Dolor perineal persistente (%)
Incidencia		
Ausente	17 (31%)	47 (85,5%)
Presente	38 (69%)	8 (14,5%)
Total	55 (100%)	55 (100%)
Intensidad		
Leve	18 (47,3%)	6 (75%)
Moderado	19 (50%)	2 (25%)
Fuerte	1 (2,6%)	0
Total	38 (100%)	8 (100%)

Tabla 2 - Incidencia y Grado de Lesión Perineal.

Lesión perineal	Incidencia (%)
Ausente	9 (16,4%)
Presente	44 (80%)
Episiotomía	2 (3,6%)
Total	55 (100%)
Grado de lesión	Incidencia (%)
Grado I	31 (10,3%)
Grado II	13 (29,7%)
Grado III	44 (100%)

Tabla 3 - Asociación entre la Catastrofización del dolor y el Aparecimiento y la Intensidad del dolor Perineal Agudo y Persistente.

Dolor perineal aguda					
	Aparecimiento		RR = 2,90 (95% IC: 1,8-7,75)	Intensidad	
	Sin dolor (%)	Con dolor (%)		leve (%)	moderado/fuerte (%)
No catastrofizadoras	13 (76,5%)	15 (41,7%)		11 (61,1%)	4 (22,2%)
Catastrofizadoras	4 (23,5%)	21 (58,3%)		7 (38,9%)	14 (77,8%)
P = 0,01					
Dolor perineal persistente					
	Aparecimiento		RR = 1,31 (95% IC: 1,05-1,64)	Intensidad	
	Sin dolor	Con dolor		leve	moderado/fuerte
No catastrofizadoras	28 (59,6%)	0		0	0
Catastrofizadoras	19 (40,4%)	6 (100%)		5 (100%)	1 (100%)
P = 0,022					

Valores expresados en número (%); RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza.

Tabla 4 - Asociación entre el Trauma Perineal y el dolor Perineal Agudo y Persistente.

Dolor perineal agudo			
Trauma	Sin dolor (%)	Con dolor (%)	
Ausente	3 (17,6%)	6 (16,7%)	
Presente	14 (82,4%)	30 (83,3%)	RR = 1,04 (95% IC: 0,37-2,9)
Dolor perineal persistente			
Trauma	Sin dolor (%)	Con dolor (%)	
Ausente	9 (19,1%)	0	
Presente	38 (80,9%)	6 (100%)	RR = 1,15 (95% IC: 1,02-1,3)

Valores expresados em número (%); RR = Riesgo relativo; IC = Intervalo de confianza.

Discusión

En nuestra muestra, un 69% de las gestantes tenían dolor agudo después del parto, siendo esa incidencia similar a la descrita en la literatura (57-92%)^{1,6,9}. En lo que se refiere al dolor perineal persistente, nuestra incidencia (14,5%) fue mayor que la descrita en la literatura (9,7-10%)^{6,9,15}. Sin embargo, cuando excluimos las pacientes sometidas a la episiotomía, ese dato se parece a los que ya fueron publicados (10,8%). Las pacientes sometidas a la episiotomía fueron excluidas del análisis, que evaluó la relación entre la catastrofización y el dolor perineal, visto que ya existen fuertes evidencias de que la episiotomía es un factor de riesgo para el desarrollo de dolor perineal^{6,7} y que podría actuar como un sesgo de confusión en este estudio.

Observamos que cerca de un 70% de las pacientes tenían dolor agudo y de ellas un 52,6% dijeron tener dolor de moderado a fuerte intensidad. Ese dato indica que el dolor postparto no está siendo adecuadamente controlado y eso se debe el hecho de que el protocolo de la Institución solo contempla el tratamiento del dolor de leve intensidad. Ese hallazgo indica la necesidad de una nueva evaluación de esa conducta.

Nuestro estudio no observó ninguna relación significativa entre el trauma perineal y el aparecimiento de dolor perineal agudo y su intensidad del dolor y fue divergente del estudio anterior que refiere una asociación positiva entre el grado del trauma con la incidencia y la intensidad del dolor perineal después del parto vaginal⁷. Eso puede ser explicado por lo siguiente: a pesar de que hemos observado una alta

incidencia de lesión perineal (80%), todas las lesiones fueron de bajo grado (1° y 2°), lo que probablemente contribuyó para la falta de relación entre el grado del trauma perineal y la incidencia y la intensidad del dolor perineal observada en nuestros resultados. Esa prevalencia de lesiones de bajo grado puede reflejar la realidad de la región donde los datos se recopilaban. Se planteó un servicio en pro del parto humanizado, espontáneo, con una baja incidencia de episiotomía, prestado por enfermeras obstetras para gestantes de bajo riesgo, de forma que las pacientes que evolucionaron al parto vaginal asistido (con el uso de fórceps) o que tuvieron alguna distorsión en la progresión fueron enviadas a la sección de alto riesgo y no formaron parte del análisis de los datos.

Sobre los pensamientos catastróficos, frente a su importancia en cuanto a la incapacidad y al estrés proveniente del estímulo doloroso, diversas medidas han sido desarrolladas para evaluar ese concepto. Las medidas más a menudo usadas son la Escala de Catastrofización del Cuestionario de Estrategias de Enfrentamiento (CSQ)¹⁶, la Escala de Catastrofización sobre el dolor (PCS)¹⁷ y la Escala de Catastrofización de la Escala de Autoafirmaciones Relacionadas con el dolor (PRSS)¹⁸ en las que no hay puntos de corte^{12,18}. Esa última fue la escala usada en esta investigación. En su estudio de validez inicial¹⁹, la puntuación promedio fue 2,03 ± 1,22. La puntuación promedio de nuestra muestra fue 2,15 ± 1,24 y la mediana 2,11, que fue usada como punto de corte para la inclusión de las pacientes en el grupo de catastrofizadoras o no. Aunque no existan puntos de corte para esa escala, optamos por usar la mediana de la puntuación para la clasificación de catastrofizadoras y

no catastrofizadoras con el fin de obtener una mejor y más fácil comprensión para el análisis de los datos. Esa estrategia fue adoptada en estudios anteriores con el uso de la PCS⁴ que tampoco tiene puntos de corte, aunque el autor, en el trabajo original de validez, haya usado como puntos de corte, las puntuaciones que limitaban el tercio superior e inferior en la distribución de las puntuaciones de la PCS de su muestra¹⁷. En nuestro estudio, observamos que las catastrofizadoras poseen un riesgo 2,90 veces mayor de presentar dolor perineal agudo y 1,31 veces mayor de desarrollar dolor crónico. Aunque la catastrofización no haya sido originalmente descrita como predictor de apareamiento de dolor, parece tener importancia como tal, principalmente en lo que se refiere a la previsión de apareamiento de dolor agudo. A tono con los hallazgos de Flink que, comparando las pacientes catastrofizadoras con las no catastrofizadoras, observó que las primeras sentían un dolor más intenso un mes después de realizado el parto ($p < 0,0125$)⁴, en nuestro estudio observamos que las pacientes catastrofizadoras tienen un riesgo 2,2 veces mayor de presentar dolor más intenso en las primeras 24 horas. También observamos una relación estadísticamente significativa entre catastrofización e intensidad del dolor persistente ($p < 0,023$), lo que corrobora los hallazgos de estudios anteriores, realizados con pacientes portadoras de dolor crónico, que observaron que pacientes catastrofizadoras tenían una tendencia a experimentar dolor de mayor intensidad^{17,18,19}. Frente a esos hallazgos, sugerimos la posibilidad de identificar las gestantes catastrofizadoras durante el prenatal y desarrollar intervenciones para proporcionar una mejor adaptación de esas pacientes al dolor postparto. Una opción ya usada exitosamente en otras poblaciones es la terapia cognitivo-comportamental, sin embargo se hacen necesarios nuevos estudios que evalúen la efectividad de ese tratamiento de forma preventiva en esas mujeres^{4,18}.

Este estudio posee algunas limitaciones que merecen ser discutidas. Algunos factores que podrían influir en el apareamiento del dolor perineal después del parto, tales como el peso del feto al nacer y la duración del período expulsivo, no fueron calculados. Sin embargo, esos factores están indirectamente relacionados con el trauma perineal que se analizó.

También es importante remarcar, que la escala de pensamientos catastróficos usada en este estudio es originalmente autoaplicable, lo que podría conllevar a una dificultad de comprensión y de cooperación por parte de las participantes. Para minimizar ese impacto, la escala fue aplicada y posteriormente confirmada verbalmente por el investigador.

Con este estudio llegamos a la conclusión de que es alta la incidencia de dolor perineal agudo y persistente posteriormente al parto vaginal espontáneo. Las mujeres que catastrofizan el dolor del trabajo de parto, parecen presentar un mayor riesgo de apareamiento de dolor perineal agudo y persistente, como también dolor perineal de mayor intensidad. Los traumas perineales de bajo grado aumentaron discretamente el riesgo de apareamiento de dolor perineal persistente. Futuras investigaciones se hacen necesarias tanto para la identificación de la mejor estrategia de ayuda a las parturientes catastrofizadoras, como para una mejora comprensión del rol de la catastrofización sobre el apareamiento y la intensidad del dolor agudo.

Referencias

1. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P et al. - Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 2008;140:87-94.
2. Borders N - After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health*, 2006;51:242-248.
3. Olofsson N. Labor pain and the treatment. Lund: Studentlitteratur, 2003.
4. Flink IK, Mroczek MZ, Sullivan MJL et al. - Pain in childbirth and postpartum recovery. The role of catastrophizing. *Eur J Pain*, 2009;13:312-316.
5. Andrews V, Thakar R, Sultan AH et al. - Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia. A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;137:152-156.
6. Leeman L, Fullilove AM, Borders N et al. - Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth*, 2009;36:283-288.
7. Macarthur AJ, Macarthur C - Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*, 2004;191:1199-1204.
8. Fernando RJ, Sultan AH - Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Curr Obstet Gynaecol*. 2004;14:320-326.
9. Lavand'homme P - Chronic pain after vaginal and cesarean delivery: a reality questioning our daily practice of obstetric anesthesia. *Int J Obstet Anesth*, 2010;19:1-2.
10. Ferber SG, Granot M, Zimmer EZ - Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. *Am J Obstet Gynecol*, 2005;192:826-831.
11. Flor H, Behle DJ, Birbaumer N - Assessment of pain - Related cognitions in chronic pain patients. *Behav Res Ther*, 1993;31:63-73.
12. Junior JS, Nicholas MK, Pereira IA et al. - Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. *Acta Fisiatr*, 2008;15:31-36.
13. Marquié L, Duarte LR, Mariné C et al. - How patients and physicians rate patients' pain in a French emergency department using a verbally administered numerical rating scale and a visual analog scale. *Acute Pain*, 2008;10:31-37.
14. Pitangui ACR, Sousa L, Ferreira CHJ et al. - Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta paul. Enferm*. 2009;22:77-82.
15. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R et al. - Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 2008;140:87-94.
16. Rosenstiel AK, Keefe FJ - The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 1983;17:33-44.
17. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J - The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess*, 1995;7:524-32.
18. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA et al. - Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*, 2001;17:52-64.
19. Khana RS, Ahmed K, Blakeway E et al. - Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *AM J Surg*, 2011;201:122-131.