



# Revista Colombiana de Anestesiología

## Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



### Revisión

## Manejo del dolor no obstétrico durante el embarazo. Artículo de revisión

Roberto Rivera Díaz<sup>a,\*</sup> y Adriana Lopera Rivera<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Profesor de Anestesia y subespecialidad de Dolor, Universidad CES, Instituto Colombiano del Dolor, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Residente de Anestesia, Universidad CES, Medellín, Colombia

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 29 de mayo de 2011

Aceptado el 4 de abril de 2012

On-line el 23 de junio de 2012

##### Palabras clave:

Dolor

Embarazo

Trabajo de parto

Dolor agudo

Analgésicos

#### R E S U M E N

**Introducción:** La mujer embarazada experimenta dolor por causas diferentes al trabajo de parto o al parto. Durante el embarazo pueden presentarse síndromes dolorosos agudos o se agudizan dolores crónicos que deben ser tratados, asegurándose siempre de mantener la seguridad para la madre y el feto.

**Objetivo:** Realizar una revisión de la literatura científica acerca del manejo del dolor de causas no obstétricas durante el embarazo, y las posibilidades e implicaciones de las diferentes terapias disponibles tanto farmacológicas como intervencionistas.

**Materiales y métodos:** Revisión no sistemática. Se consultaron las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed, FDA y Drugs, en búsqueda de artículos en inglés relevantes.

**Resultados:** Se seleccionaron los artículos correspondientes a los diferentes tipos de terapia disponibles en el manejo del dolor durante el embarazo.

**Conclusión:** El manejo integral de las patologías que pudieran generar dolor durante el embarazo requiere del uso de medicamentos que no siempre son 100% seguros. Su tratamiento debe ser interdisciplinario y humanizado, teniendo en cuenta las implicaciones para la madre y el feto, y mientras sea posible, optimizando alternativas terapéuticas no farmacológicas.

© 2011 Publicado por Elsevier España, S.L. en nombre de Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación.

#### Management of non-obstetric pain during pregnancy. Review article

#### A B S T R A C T

**Introduction:** In pregnancy, women experience pain for reasons other than labor or delivery. Painful syndromes may occur during pregnancy, or chronic pain may become more acute, and patients should be offered treatment, always bearing in mind maternal and fetal safety.

**Objective:** To conduct a review of the scientific literature on the management of non-obstetric pain during pregnancy and the potential implications of the different pharmacological and interventional therapies available.

##### Keywords:

Pain

Pregnancy

Labor

Acute pain

Analgesics

\* Autor para correspondencia. Carrera 78B # 51 A 25. Medellín, Colombia.  
Correo electrónico: robertorivera@incodol.com (R. Rivera Díaz).

**Materials and methods:** Non-systematic review in the following databases: Medline, Pubmed, FDA and Drugs with a search of relevant articles in English.

**Results:** The articles related to the various types of therapies for pain management during pregnancy were selected.

**Conclusion:** The comprehensive approach to the management of conditions that may produce pain during pregnancy requires the use of medications that are not always 100% safe. Treatment must be inter-disciplinary and humanized, and consider the implications for the mother and fetus, optimizing, whenever possible, non-pharmacological therapeutic options.

© 2011 Published by Elsevier España, S.L. on behalf of Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación.

## Introducción

El embarazo implica cambios fisiológicos y corporales que favorecen el inicio de enfermedades dolorosas o que intensifican cuadros de dolor preexistentes. El dolor de origen no obstétrico durante el embarazo es común; sin embargo, al realizar una búsqueda acerca del manejo del dolor en la materna, encontramos abundante literatura disponible enfocada a la analgesia del trabajo de parto y, por el contrario, se ha dejado de lado el manejo del dolor durante el resto del embarazo.

La mayoría de las veces el dolor agudo en la mujer embarazada se maneja descartando, en primer lugar, que este sea producido por causas obstétricas. El uso de analgésicos comunes, unos días de reposo y la educación de la paciente con respecto a su dolor, y cómo este afecte al feto, son suficientes para el tratamiento.

El problema surge entonces cuando el dolor no mejora, se cronifica o, peor aún, cuando la paciente con historia de dolor crónico queda embarazada, pues el arsenal terapéutico se ve francamente reducido, sea por la disponibilidad de fármacos seguros en el embarazo o por desconocimiento del tema.

La implicación más importante es el posible riesgo de toxicidad o teratogenicidad de los fármacos o de las intervenciones disponibles para el alivio del dolor.

Se presentan a continuación algunas consideraciones para tener en cuenta en la mujer embarazada que consulta por dolor.

## Migraña

La migraña de aparición en el embarazo es rara, solo se presenta en el 3% de las pacientes y típicamente lo hace durante el primer trimestre<sup>1</sup>.

Sin embargo, es frecuente encontrar a mujeres con antecedente de migraña que queden embarazadas. En general, la migraña mejora durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre. Los estudios reportan esta mejoría en el 43 al 86% de las embarazadas, cifra que depende del tipo de migraña; por ejemplo, la asociada a la menstruación tiende a mejorar en mayor proporción<sup>2</sup>.

El manejo inicial debe enfocarse a terapias no farmacológicas, como ejercicios de relajación, acupuntura, *biofeedback* y terapia cognitiva conductual. Si no es exitosa dicha terapia, el fármaco de primera línea es el paracetamol.

Los triptanos deben ser evitados en el tercer trimestre, pues se ha encontrado un leve aumento en el riesgo de atonía uterina y hemorragia en el periparto, aunque la literatura no ha demostrado ni descartado una relación de teratogenicidad.

Las dosis bajas de derivados del ergot tienen un riesgo teratogénico alto, y dosis altas pueden generar contracciones uterinas y aborto.

La cafeína puede ocasionar retardo del crecimiento intrauterino, muerte fetal y parto prematuro.

No se ha demostrado que los betabloqueadores sean teratogénicos. Se ha reportado bajo peso fetal explicado por una modesta disminución del flujo placentario al bajar el gasto cardíaco materno. Cuando son usados en el periparto, hay que tener precaución con el recién nacido, ya que existe riesgo de producir bradicardia, hipotensión, hipoglucemia, hipotermia, dificultad respiratoria y apnea. De este grupo de fármacos, el propranolol, el metoprolol, el nadolol y el timolol son considerados categoría C, y el atenolol, categoría D<sup>3</sup>.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son considerados tóxicos para el feto y no deben ser usados en el embarazo. Pueden ocasionar contracturas en las extremidades del feto, malformaciones craneofaciales, hipoplasia pulmonar, defectos renales, oligohidramnios, retardo del crecimiento intrauterino, ductos arterioso persistente, anuria, hipotensión neonatal y muerte<sup>4</sup>.

## Dolor musculoesquelético

El dolor de espalda se puede presentar en dos tercios y el dolor pélvico en la quinta parte de todos los embarazos<sup>5</sup>. Los cambios fisiológicos que ocurren durante este periodo, relacionados con la retención de líquidos, la laxitud articular y el desplazamiento del centro de gravedad, explican la alta prevalencia de estas patologías durante el embarazo<sup>6</sup>. Unos y otros empeoran las alteraciones del sueño, del trabajo y, en general, de la vida diaria de la mujer<sup>5,7</sup>.

Entre las causas más frecuentes de dolor musculoesquelético se encuentran el dolor lumbar alto (10%), el dolor lumbar bajo (41%) y la sacroileítis (48%)<sup>7</sup>. En menor proporción, pero con mayor grado de discapacidad, se encuentra el dolor en la sínfisis púbica<sup>8,9</sup>.

En el dolor pélvico posterior relacionado con el embarazo (en inglés: *pregnancy related pelvic posterior pain*) ha sido propuesta como causa la laxitud de las articulaciones sacroiliacas. Algunos proponen la laxitud asimétrica de la articulación. La

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767889>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767889>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)