



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión

Inequidad en el sistema de salud: el panorama de la analgesia obstétrica

Gustavo Duarte Ortiz^{a,*}, José Ricardo Navarro-Vargas^b y Javier Eslava-Schmalbach^c

^a Residente de tercer año de la especialización de Anestesiología y Reanimación, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^b Profesor Asociado de Anestesiología y Reanimación, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^c Profesor Titular, Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de junio de 2012

Aceptado el 23 de enero de 2013

On-line el 28 de marzo de 2013

Palabras clave:

Equidad

Sistemas de Salud

Bienestar Social

Analgesia obstétrica

R E S U M E N

La inequidad en salud es un fenómeno social que ha sido motivo de múltiples estudios y debates. La población obstétrica no es ajena a esta problemática. En especial se considera que la analgesia obstétrica no recibe el estándar de cuidado que debiera, derivada en muchas ocasiones por inequidad en el sistema de salud. En este artículo se pretende exponer el tema después de un análisis de la literatura y de la práctica diaria realizado por los autores, así como propuestas para afrontar el fenómeno y disminuir las grandes diferencias sociales que hay en este campo.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Inequity in healthcare—The outlook for obstetric analgesia

A B S T R A C T

Healthcare inequity is a social phenomenon that has been subject of multiple studies and debates. Obstetric patients are not spared from its effects. The general belief is that obstetric analgesia in particular is substandard, usually because of healthcare inequities. This article intends to discuss the issue based on the authors' analysis of the literature and the current clinical practice, in addition to making proposals to cope with inequity and reduce the considerable social gap in this area.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

El Sistema General de Seguridad Social de Colombia fue reglamentado por la ley 100 de 1993. En ella se establece que el objeto del sistema es garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida

acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El servicio público de seguridad social se prestará bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación¹.

* Autor para correspondencia: Universidad Nacional de Colombia, Anestesiología, Calle 60 No 19-47, Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: gduarteo@unal.edu.co (G. Duarte Ortiz).

La gestación y el trabajo de parto son procesos fisiológicos que terminan siendo una experiencia dolorosa para la mayoría de las gestantes, especialmente este último. Entre los factores que juegan un papel protagónico en la percepción del dolor materno están la edad, la paridad y el nivel socioeconómico. En la actualidad se cuenta con una amplia gama de opciones para realizar un adecuado control del dolor del trabajo de parto. De las múltiples técnicas existentes se ha considerado la analgesia epidural como el estándar de oro para el control del dolor del trabajo de parto²⁻⁴. Las ventajas de la analgesia epidural incluyen un mejor control del dolor, una disminución de la sensibilización central y menor riesgo en la generación de dolor crónico o postraumático, una menor respuesta neuroendocrina y un menor requerimiento de opiáceos por vía sistémica, con impacto en la incidencia de reacciones adversas a ellos⁵. Esto ha demostrado tener efectos benéficos tanto para la madre como para el hijo.

El porcentaje de pacientes a quienes se les ofrece y se les coloca un catéter epidural para el manejo del dolor del trabajo de parto es muy variable entre los países y aun entre las instituciones. Por ejemplo, en un país desarrollado como Francia, el porcentaje de pacientes en trabajo de parto que reciben analgesia epidural está alrededor del 75%⁶, en Suecia el porcentaje es del 45% de las primíparas y del 16% de las múltiparas⁷, con un total del 71% de las maternas nativas. Cabe anotar que este porcentaje es menor si se consideran solamente las pacientes inmigrantes. En otros países menos desarrollados, como Sudáfrica, solo el 21% de las gestantes conocían y solicitaron la analgesia epidural; más del 50% consideran que durante el parto la mujer debe experimentar dolor moderado como parte del proceso, y hasta el 66% de las pacientes no estaban enteradas de que se puede realizar alguna intervención para controlar el dolor durante el parto⁸.

Las cifras en Colombia son igualmente negativas. La revisión de la casuística en una institución de la red pública permite estimar que la situación en términos de alivio del dolor en el parto la coloca dentro del grupo de países menos favorecidos.

En dicha institución se atendieron 2.786 partos en el año 2011, de los cuales el 54% (1.447) fueron por vía vaginal; de este grupo, solo 456 pacientes (el 31,5%) recibieron analgesia epidural⁵.

En Colombia no hay estudios que permitan conocer las preferencias de las pacientes obstétricas en cuanto a la elección de algún método de analgesia durante el trabajo de parto; de la misma forma se desconoce si son conscientes de las complicaciones más frecuentes que se presentan como consecuencia de este manejo; de la seguridad que brinda una analgesia epidural en manos de un especialista; del momento indicado para firmar el consentimiento informado, etc. Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística colombiano (DANE)⁹, de 621.901 partos registrados en el año 2011, el 43% fueron realizados mediante operación cesárea; sin embargo, se desconoce en qué número de estos se realizó algún tipo de analgesia obstétrica y sus resultados. En estudios realizados en países como Irlanda, la mayoría de las pacientes maternas (79%) consideran que el dolor del trabajo de parto realmente afecta la toma de decisión a consciencia para firmar un consentimiento informado¹⁰.

Las razones por las cuales se encuentran estas diferencias entre países como Colombia y Francia no distan mucho de las estudiadas en otras latitudes¹⁰. Por una parte, hay cierta proporción de maternas que ven el dolor del parto como algo natural, mientras que otras, por desconocimiento, no solicitan analgesia durante el trabajo de parto. Este factor puede ser tan alto como del 50% de las gestantes¹¹. La realización de una valoración previa al parto por parte del anestesiólogo puede tener un impacto decisivo en el reconocimiento de las gestantes y la aceptación del manejo del dolor⁸. Se ha determinado que el nivel socioeconómico de la gestante tiene que ver con la solicitud de la analgesia epidural, siendo más demandada por las pacientes de nivel socioeconómico alto¹². También hay factores relacionados con la institución donde está siendo atendida la paciente. Es mayor la implementación de la analgesia epidural en centros universitarios que atienden un mayor número de pacientes cuando se compara con clínicas pequeñas. Pero, definitivamente, lo más preocupante es la no solicitud (o en muchos casos tardía) de la analgesia por parte del equipo médico encargado de la paciente.

Aparte de estos factores, dentro del marco organizacional del sistema de salud (basado en la desigualdad), para un grupo de gestantes la analgesia epidural no es una opción a la que puedan tener acceso, especialmente si no cuentan con los llamados planes complementarios o de medicina prepagada. En algunos escenarios en el sistema de salud actual, los costos de la analgesia del trabajo de parto son cobrados como una tarifa aparte que es propuesta para que la paciente asuma los gastos de la misma, ya que no se encuentra incluida dentro del «paquete de atención del parto», y esto a todas luces es vergonzoso e inequitativo. Las pacientes pobres reciben tratamientos en algunos casos ineficaces o por debajo del estándar de oro, en otros casos hasta peligrosos y contraindicados¹³.

La reflexión objeto de este artículo es crear la necesidad de difundir estos conceptos, para que de manera precoz la paciente o el servicio que la atiende soliciten la analgesia para el trabajo de parto sin ninguna interferencia, no solo en el momento del expulsivo, cuando ya se ha desencadenado toda la carga adrenérgica del trabajo de parto avanzado, sino desde su ingreso a la sala de «esperas»^{14,15}.

Si la política del sistema de salud colombiano es alcanzar la equidad en salud, se deben generar oportunidades equitativas en todas las poblaciones de pacientes. Sin embargo, los resultados del sistema actual han revelado una persistente dificultad para que las pacientes pobres tengan un expedito acceso a los servicios de salud con calidad, en su defecto hay un deficiente servicio y un aumento en su costo total. Todo sistema de salud debe cubrir las necesidades de salud de la población de alto riesgo socioeconómico, basados en la consideración de la salud como un derecho inalienable. Esta política, además, debe estar basada en la equidad a todo nivel, con competencia y responsabilidad^{16,17}.

Conclusión

Siempre que se cuente con una intervención diagnóstica o terapéutica, considerada como el estándar de oro en una condición clínica determinada, esta debe ser ofrecida sin restricciones a todos los colombianos. Es menester de

los legisladores del país considerar la analgesia epidural un derecho humanitario, fundamentado —si se exige esta argumentación— en una evidencia que proviene de una investigación científica y rigurosa. Esta premisa debe ser una prioridad, por cuanto la morbilidad del binomio madre-hijo es uno de los indicadores de desarrollo de un país.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Ley 100 de 1993 [consultado Abr 2012]. Disponible en: <http://www.secretariassenado.gov.co>
2. Douma MR, Verwey R, Kam-Endtz CE, van der Linden P, Stienstra R. Obstetric analgesia: a comparison of patient-controlled meperidine, remifentanyl, and fentanyl in labour. *Br J Anaesth*. 2010;104:209-15.
3. Simmons SW, Cyna AM, Denis AT, Hughes D. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;CD003401 jul 18(3).
4. Hawkins JL. Epidural analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med*. 2010;362:1503-10.
5. Navarro R, Herrera P, Duarte G, Valero JF. Recomendaciones para el manejo del dolor en obstetricia. En: Fernández CF, Gómez MP, editores. *Dolor agudo y postoperatorio*. 1.^a ed. Bogotá, Colombia: ACED; 2011. p. 83-97.
6. Le Ray C, Goffinet F, Palot M, Garel M, Blondel B. Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France. *Birth*. 2008;35: 171-8.
7. Ekeus C, Cnattingius S, Hjern A. Epidural analgesia during labor among immigrant women in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:243-9.
8. Mugambe JM, Nel M, Hiemstra LA, Steinberg WJ. Knowledge of and attitude towards pain relief during labour of women attending the antenatal clinic of Cecilia Makiwane Hospital, South Africa. *SA Fam Pract*. 2007;49:16a-16a.
9. DANE Colombia. Nacimientos por tipo de parto según Departamento de residencia de la madre. Información estadística a 31 de diciembre de 2011. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1295&Itemid=119 [consultado 3 Jun 2012].
10. Fröhlich S, Tan T, Walsh A, Carey M. Epidural analgesia for labour: maternal knowledge, preferences and informed consent. *Ir Med J*. 2011;104:300-2.
11. Palot M, Leymarie F, Jolly DH, Visseaux H, Botmans-Daigremont C, Mariscal-Causse A. Request of epidural analgesia by women and obstetrical teams in four French areas. Part I: Request for analgesia. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2006;25:559-68.
12. Makara P. Can we promote equity when we promote health? *Health Promot Internation*. 1997;12.
13. Nakamura G, Ganem EM, de Souza LM, Machado YM. Effects on mother and fetus of epidural and combined spinal-epidural techniques for labour analgesia. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55:405-9.
14. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-strategy paper for Europe. *Institutet för Framtidsstudier*. 2007;14:1-67.
15. Liu N, Wen SW, Manual DG, Katherine W, Bottomley J, Walker MC. Social disparity and the use of intrapartum epidural analgesia in a publicly funded health care system. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:273e1-8.
16. Mung'ayi V, Nekyon D, Karuga R. Knowledge. Attitude and use of labour pain relief methods among women attending antenatal clinic in Nairobi. *East Afr Med J*. 2008;85:438-41.
17. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*. 2001;358:833-6.