



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión

Los problemas de la analgesia obstétrica

Pedro José Herrera Gómez^{a,*} y Paula Andrea Medina^b

^a Profesor asistente, Anestesiología y Reanimación, Universidad Nacional de Colombia, servicio de Anestesia, Instituto Materno Infantil – Hospital de La Victoria, Bogotá, Colombia

^b Estudiante de 2.º año, posgrado Anestesiología y Reanimación, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de febrero de 2013

Aceptado el 17 de septiembre de 2013

On-line el 12 de diciembre de 2013

Palabras clave:

Obstetricia

Trabajo de parto

Analgesia epidural

Parto

Dolor

Keywords:

Obstetrics

Labor, Obstetric

Analgesia, Epidural

Parturition

Pain

R E S U M E N

A pesar de las múltiples declaraciones de los organismos internacionales, el manejo del dolor en el trabajo de parto y el parto es insuficiente debido a las barreras que impone el sistema de salud, pero también por las concepciones equivocadas sobre la analgesia epidural de las pacientes y, peor aún, también de enfermeras, obstetras y anestesiólogos.

El presente artículo menciona el punto de vista de reconocidas instituciones internacionales sobre el tema, los problemas atribuibles al sistema de salud y discute las limitaciones que imponen los especialistas médicos, enfatizando, de manera particular, en las prevalentes concepciones de obstetras y anestesiólogos, por las cuales una gran proporción de las maternas sufren, innecesariamente, de dolor durante el trabajo de parto y el parto.

© 2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Problems in obstetric analgesia

A B S T R A C T

Despite countless statements from international agencies, pain management during labor and delivery is insufficient due to the hurdles imposed by the health system, and also to the misconceptions regarding epidural analgesia among patients, but worse still, among nurses, obstetricians and anesthesiologists.

This article mentions the point of view of outstanding international institutions on the subject, the problems that may be attributed to the health system, and the limitations imposed by specialists, emphasizing in particular the views prevailing among obstetricians and gynecologists that explain why a large proportion of women in child birth experience pain unnecessarily.

© 2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia; Calle 142 # 6 – 80 Bloque B Apto. 104, Tel.: +3153440050, Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: pedroherreragomez@gmail.com (P.J. Herrera Gómez).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos¹ dispone que toda persona tiene derecho a la seguridad social y a la satisfacción de los derechos indispensables a su dignidad, y que la maternidad y la infancia deben tener cuidados y asistencia especiales. En el mismo sentido se pronuncian la convención de las Naciones Unidas sobre la mujer de 1979² y la declaración de Panamá de las Sociedades Latinoamericanas dedicadas al Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos³, que dice: «... durante el transcurso de sus vidas infinidad de seres humanos sufren innecesariamente de condiciones de dolor para las cuales existen alternativas viables de tratamiento con capacidad de minimizar o anular su sufrimiento...»

Muchas organizaciones reconocen la prerrogativa de los seres humanos a no sentir dolor y a morir dignamente y trabajan para el reconocimiento de esta como un derecho humano fundamental, categoría que obligaría a gobiernos y sistemas de salud a actuar en consecuencia^{4,5}.

Para el dolor del trabajo de parto se dispone, desde hace más de medio siglo, de alternativas viables de tratamiento. Sin embargo, una inmensa mayoría de las maternas, en particular de los estratos sociales más humildes, lo sufren innecesariamente.

En 2012 nacieron en Colombia 662 554 niños; 365 353 (55%) espontáneos y 288 897 (43%) por cesárea⁶. Las estadísticas europeas sobre analgesia obstétrica epidural estiman su empleo entre el 25 y el 58%. En nuestro país solo las mujeres con planes de medicina prepagada o atención privada acceden a ella sin restricciones. Estimando en el 30% los partos vaginales con analgesia epidural, se deduce que cerca de un cuarto de millón de maternas sufre innecesariamente de dolor durante el trabajo de parto y el parto.

Parte de la explicación atañe al sistema de salud y ya fue discutida en un reciente artículo de esta revista⁷; las EPS, creadas por la Ley 100 de 1993, reciben la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para atender las necesidades de salud de sus afiliados. Un porcentaje de esta corresponde a su ganancia y el restante para atender los contratos de atención con los prestadores (IPS), que en el caso de la atención materna es independiente de los requerimientos de la atención; por ejemplo, si el parto ocurre por cesárea o por vía vaginal o si se administra analgesia obstétrica.

La analgesia epidural impone a las IPS un costo no contemplado de manera específica en los paquetes de atención, por lo que son excepcionales los servicios de maternidad que la administran de manera rutinaria; la mayoría la restringe a las pacientes que acusan mayor dolor o a las adolescentes, y otra importante proporción ni siquiera la consideran. Un razonamiento elemental explica la génesis del problema desde el ángulo del sistema: cuanto menos cueste la atención, mayor será la rentabilidad.

La analgesia para el trabajo de parto y el parto es solicitada por el obstetra, casi siempre en estadios avanzados de borramiento y dilatación como consecuencia de antiguas y muy arraigadas concepciones, que se mantienen hoy en día, aun en ámbitos académicos, que predicen que no se requiere analgesia en la fase latente y que la analgesia epidural debe administrarse promediando la fase activa, dilatación de 6 a 7 cm, a pesar de la evidencia de que la analgesia epidural

iniciada en la fase temprana no se asocia con mayor tasa de cesáreas⁸⁻¹².

Si bien está establecido que la intensidad del dolor durante el trabajo de parto crece de manera proporcional al borramiento y la dilatación^{13,14}, la fase latente puede cursar con dolor de intensidad moderada a severa dependiendo de factores como paridad, edad materna, uso de oxitócicos y significado de la maternidad para cada paciente en particular, por lo que está indicado iniciar la analgesia tan pronto como la madre lo solicite.

Un principio de manejo del dolor agudo establece que este debe ser tratado de manera precoz para evitar sus efectos deletéreos y porque cuanto más se demore el tratamiento, más difícil resultará yugularlo. Por otro lado, la colaboración de la materna en la postura del catéter epidural será tanto mejor cuanto menor sea la intensidad del dolor.

En el manejo actual del dolor obstétrico se predica la instalación temprana del catéter epidural y el inicio precoz de la analgesia. Las técnicas actuales evitan la dilatación del trabajo de parto y la detención secundaria del descenso y la dilatación, mediante el empleo de opiáceo solo^{15,16} o combinado con dosis y concentraciones bajas de anestésico local que se incrementan en la medida en que progresa el trabajo de parto.

Las viejas ideas, relacionadas de manera particular con el momento de iniciar la analgesia para evitar la detención de trabajo de parto, la instrumentación del mismo y aun la cesárea atañen de manera particular a los obstetras, pero son compartidas por muchos anesthesiólogos. Estos, a su vez, las refuerzan con el empleo de dosis «estándar» que no consultan las condiciones únicas de cada paciente y que, en efecto, interrumpen o retrasan el progreso del trabajo de parto.

Si la analgesia, como se debiera, se establece de manera precoz, la dosis «estándar» de 12,5 mg de bupivacaína (10 ml al 0,125%) puede ser excesiva o, por el contrario, insuficiente en estadios avanzados o en el expulsivo. En el primer caso son útiles concentraciones del 0,05 al 0,1% o, inclusive, la administración epidural de opiáceo solo, mientras en estadios avanzados o en el expulsivo se requieren concentraciones del 0,25 o del 05%, respectivamente. También es posible proveer adecuada analgesia con volúmenes mayores de soluciones poco concentradas de anestésico local¹⁷⁻¹⁹.

Si bien en la mayoría de los casos el anestésico de elección es la bupivacaína, son frecuentes los casos en los que la analgesia se administra cuando el borramiento es completo y la dilatación mayor de 8 cm, o aun en inminencia del parto, de manera que es útil un anestésico de latencia corta como la lidocaína. De otro modo, la analgesia podría alcanzarse cuando ya ha ocurrido el parto.

Hay poca controversia respecto al volumen de solución anestésica que debe administrarse, 10 a 12 ml alcanzan los segmentos medulares requeridos. Los volúmenes para las dosis de refuerzo y para el nacimiento suelen ser diferentes; en el primer caso conviene titularlo, y en el segundo es frecuente que se requiera mucho más de los 10 ml convencionales.

Los servicios obstétricos deberían disponer de un anesthesiólogo para la administración y control de la analgesia obstétrica. Si el método escogido fuera el epidural, este especialista, además de la postura del catéter, controlaría el grado de analgesia, administraría las dosis de refuerzo que fueran necesarias, la dosis para el expulsivo propiamente dicho,

proporcionaría la anestesia para la instrumentación del parto, la revisión uterina y del canal del parto, y finalmente establecería una analgesia posparto. Por otro lado, si la analgesia epidural estuviera contraindicada podría establecer otro tipo de analgesia.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos [consultado 12 Sep 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
2. Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [consultado 14 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
3. Proclamación del Tratamiento del Dolor y la Aplicación de los Cuidados Paliativos como Derechos Humanos [consultado 12 Sep 2012]. Disponible en: http://www.hospicecare.com/resources/pdf-docs/proclamacion_de_panama_cf_spanish.pdf
4. Artículo 1 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud [consultado 3 Sep 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/d/DO_308_ch4.pdf
5. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (numeral 2 del artículo 10, el numeral 1 del artículo 12) [consultado 13 Sep 2011]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
6. Nacimientos por tipo de parto año 2012 [consultado 4 Ago 2012]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb.V09/index.php?option=com_content&view=article&id=1806&Itemid=119
7. Duarte Ortiz G, Navarro-Vargas JR, Eslava Schmalbach J. Inequidad en el sistema de salud: el panorama de la analgesia obstétrica. *Rev Colomb Anestesiología*. 2013;41:215-7.
8. Chestnut DH, Vincent RD, McGrath JR, Choi WW, Bates JN. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are receiving intravenous oxytocin? *Anesthesiology*. 1994;80:1193-200.
9. Chestnut DH, McGrath JM, Vincent RD. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women in spontaneous labour? *Anesthesiology*. 1994;80:1201-8.
10. Luxman D, Wolman I, Groutz A. The effect of early epidural block administration on the progression and outcome of labor. *Int J Obstet Anesth*. 1998;7:161-4.
11. Ohel G, Gonen R, Vaida S, Barak S, Gaitini L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor. Does it increase the risk of caesarean section? A randomised trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194:600-5.
12. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *N Engl J Med*. 2005;352:655-65.
13. Pan PH, Eisenach JC, The Pain of Childbirth and Its Effect on the Mother and the Fetus. En: Chestnut DH, Palley LS, Tsen LC, Wong CA, editores. *Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice*. 4.ª ed. Philadelphia: MOSBY Elsevier; 2009. p. 387-400.
14. Hardy JD, Javert CT. Studies on pain: Measurements of pain intensity in childbirth. *J Clin Invest*. 1949;28:153-62.
15. Connelly NR, Parker RK, Pedersen T, Manikantan T, Lucas T, Serban S, et al. Diluent volume for epidural fentanyl and its effect on analgesia in early labor. *Anesth Analg*. 2003;96:1799-804.
16. Connelly NR, Parker RK, Lucas T, El-Mansouri M, Komanduri V, Nayak P, et al. The influence of a bupivacaine and fentanyl epidural infusion after epidural fentanyl in patients allowed to ambulate in early labor. *Anesth Analg*. 2001;93:1001-5.
17. Wong CA. Epidural and Spinal Analgesia/Anesthesia for Labor and Vaginal Delivery. En: Chestnut DH, Palley LS, Tsen LC, Wong CA. *Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice*. 4.ª ed. Philadelphia: MOSBY Elsevier; 2009. p. 387-400.
18. Ginosar Y, Davidson EM, Firman N. A randomized controlled trial using patient-controlled epidural analgesia with 0.25% versus 0.0625% bupivacaine in nulliparous labor: effect on analgesia requirement and maternal satisfaction. *Int J Obstet Anesth*. 2010;19:171-8.
19. Lyons GR, Kocarev MG, Wilson RC, Columb MO. A comparison of minimum local anesthetic volumes and doses of epidural bupivacaine (0.125% w/v and 0.25% w/v) for analgesia in labor. *Anesth Analg*. 2007;104:412-5.