

ORIGINALES

Correlación de la analgesia epidural en el aumento de la tasa de cesáreas

J. Garriguet^a, J. Ruiz^a, J. Lacal^a, M.J. Gomáriz^a, P. Molleja^b, M.I. Rodríguez^a, D. Castellano^a y P. Vilchez^a

^aLínea de Procesos Materno-Infantil y Ginecológicos. Hospital Alto Guadalquivir. Jaén.

^bServicio de Anestesiología. Hospital Alto Guadalquivir. Jaén. España.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the effect of epidural analgesia on the cesarian section rate. To do this, we retrospectively analyzed 1928 deliveries and compared those performed under epidural analgesia with those performed without epidural analgesia. The following variables were considered as possible sources of bias: parity, elective cesarean section, previous caesarean section, and elective cesarean section plus previous caesarean section. When applying the statistical analysis, we obtained significant differences when suppressing the bias of elective cesarean section, both in primiparas ($p = 0.02$) and in multiparas ($p = 0.049$); the rate of cesarean section was increased in deliveries performed with epidural analgesia.

INTRODUCCIÓN

Con la aplicación cada vez más frecuente de la analgesia epidural (AE) en el parto se está observando que no todos los efectos son beneficiosos para la madre y el feto. Así pues, se discute si la AE influye sobre el aumento del índice de cesáreas, y en la bibliografía se encuentran opiniones en uno y otro sentido. El objetivo del presente trabajo es determinar cómo se comporta la AE sobre el índice de cesáreas en nuestra casuística.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo del número de cesáreas practicadas durante un período de 3 años (2000-2002). Analizamos las 305 cesáreas efectuadas sobre una muestra de 1.928 partos aconte-

cidos, comparando 2 grupos: los partos conducidos con AE (1.367, 71%) frente a sin AE (561, 29%), teniendo en cuenta a su vez los sesgos de la paridad, de las cesáreas programadas y del antecedente de cesárea anterior. Para el análisis estadístico se utilizó el test de la χ^2 para la comparación de variables cualitativas y se estimó la *odds ratio* (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95%, tomando como valores significativos una $p < 0,05$.

RESULTADOS

De las 305 cesáreas (15,8%), 225 (17%) recibieron AE frente a 80 (13%) sin AE, obteniéndose una $p = 0,25$ (OR = 1,18; IC del 95%, 0,89-1,57).

Cuando incluimos el sesgo de la paridad, en las primíparas se efectuaron 168 cesáreas (127 con AE frente a 41 sin AE; $p = 0,18$ [OR = 1,29; IC del 95%, 0,88-1,90]) y en las múltiparas, 137 cesáreas (98 con AE frente a 39 sin AE; $p = 0,94$ [OR = 1,03; IC del 95%, 0,69-1,04]).

Eliminando el sesgo de cesáreas programadas, en las primíparas se llevaron a cabo 103 cesáreas (84 con AE frente a 19 sin AE; $p = 0,02$ [OR = 1,86; IC del 95%, 1,09-3,20]) y en las múltiparas, 76 cesáreas (62 con AE frente a 14 sin AE; $p = 0,049$ [OR = 1,85; IC del 95%, 1-3,49]).

Excluyendo el sesgo de antecedente de cesárea anterior en múltiparas, se efectuaron 106 cesáreas (73 con AE frente a 33 sin AE; $p = 0,71$ [OR = 0,90; IC del 95%, 0,58-1,40]).

Al obviar el sesgo de cesárea programada y antecedente de cesárea anterior en múltiparas, se obtienen 45 cesáreas (37 con AE frente a 8 sin AE; $p = 0,12$ [OR = 1,92; IC del 95%, 0,85-4,49]).

DISCUSIÓN

Se ha identificado a la AE con un aumento en tasa de cesáreas, debido a la mayor frecuencia de distocias

Aceptado para su publicación el 6 de septiembre de 2005.

TABLA I. Correlación de la tasa de cesáreas con analgesia epidural (AE) frente a sin AE y paridad

TOTAL PARTOS: 1.928	CESÁREAS 15,8% 305/1.928	CAE 17% 225/1.367	CNOAE 13% 80/561	DS p = 0,25	OR 1,18	IC DEL 95% 0,89-1,57
Primíparas	168/305	127/168	41/168	p = 0,18	1,29	0,88-1,90
Múltiparas	137/305	98/137	39/137	p = 0,94	1,03	0,69-1,04

CAE: cesárea y analgesia epidural; CNOAE: cesárea y no analgesia epidural; DS: diferencia significativa; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

TABLA II. Correlación de la tasa de cesáreas con analgesia epidural (AE) frente a sin AE y paridad. Sin el sesgo de cesáreas programadas

TOTAL PARTOS: 1.928	CESÁREAS 15,8% 305/1.928	CAE 17% 225/1.367	CNOAE 13% 80/561	DS p = 0,25	OR 1,18	IC DEL 95% 0,89-1,57
Eliminando el sesgo de cesáreas programadas						
Primíparas	103/179	84/103	19/103	p = 0,02 ^a	1,86	1,09-3,20
Múltiparas	76/179	62/76	14/76	p = 0,049 ^a	1,85	1,00-3,49

CAE: cesárea y analgesia epidural; CNOAE: cesárea y no analgesia epidural; DS: diferencia significativa; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

^aDiferencia estadísticamente significativa.

TABLA III. Correlación de la tasa de cesáreas con analgesia epidural (AE) frente a sin AE y paridad. Sin el sesgo de cesárea anterior

TOTAL PARTOS: 1.928	CESÁREAS 15,8% 305/1.928	CAE 17% 225/1.367	CNOAE 13% 80/561	DS p = 0,25	OR 1,18	IC DEL 95% 0,89-1,57
Eliminando el sesgo de cesárea anterior en múltiparas	106/137	73/106	33/106	p = 0,71	0,90	0,58-1,40

CAE: cesárea y analgesia epidural; CNOAE: cesárea y no analgesia epidural; DS: diferencia significativa; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

TABLA IV. Correlación de la tasa de cesáreas con analgesia epidural (AE) frente a sin AE y paridad. Sin los sesgos de cesárea programada y cesárea anterior

TOTAL PARTOS: 1.928	CESÁREAS 15,8% 305/1.928	CAE 17% 225/1.367	CNOAE 13% 80/561	DS p = 0,25	OR 1,18	IC DEL 95% 0,89-1,57
Eliminando el sesgo de cesárea programada y cesárea anterior en múltiparas	45/137	37/45	8/45	p = 0,12	1,92	0,85-4,49

CAE: cesárea y analgesia epidural; CNOAE: cesárea y no analgesia epidural; DS: diferencia significativa; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

de rotación que hacen que la presentación no progrese adecuadamente^{1,2}; por el contrario, otros estudios no hallan ninguna relación estadísticamente significativa en cuanto a la mayor incidencia de cesáreas cuando se aplica AE³⁻⁹. Autores como Rohrbach et al¹⁰ argumentan que las pacientes sometidas a AE ya representan una población con riesgo de parto desfavorable. Nuestro trabajo revela un 17% de cesáreas con AE frente al 13% sin AE, y al realizar el tratamiento estadístico sin tener en cuenta sesgos, no obtenemos diferencias significativas en el incremento de cesáreas con AE frente a no AE, tanto en primíparas como en múltiparas (tabla I). Tras obviar las cesáreas programadas sí halla-

mos diferencias significativas en ambos grupos de paridad (tabla II). Al eliminar los sesgos de antecedente de cesárea anterior en secundigestas y de cesárea programada más cesárea anterior en secundigestas, no obtenemos diferencias significativas en el aumento de cesáreas con AE frente a no AE (tablas III y IV), aunque su número continúa siendo mayor con AE.

No consideramos una contraindicación el uso de AE con el antecedente de cicatriz segmentaria uterina anterior siempre que la vigilancia mediante monitorización materno-fetal sea continua, y no detectamos ninguna complicación en los 37 partos con cesárea anterior conducidos con AE.

CONCLUSIONES

En nuestra serie sólo encontramos diferencias significativas rotundas en primíparas con AE frente a no AE ($p = 0,02$), y en este grupo el riesgo de cesárea aumenta al administrar AE. En las gestantes multíparas, aunque hay diferencias significativas en cuanto al riesgo de cesárea con AE (0,049), éste desaparece al eliminar el sesgo de cesárea anterior ($p = 0,12$), ya que este factor por sí solo también incrementa el riesgo de cesárea, independientemente del tipo de analgesia.

Si bien es verdad que en términos globales, y para todos los grupos estudiados, observamos una mayor incidencia de parto abdominal cuando lo conducimos bajo AE, independientemente de encontrar diferencias significativas o no, creemos que el alivio del dolor en sí mismo justifica que se continúe empleando este tipo de analgesia obstétrica intraparto.

RESUMEN

Presentamos un estudio cuyo objetivo es definir la incidencia de la analgesia epidural (AE) sobre el índice de cesáreas. Para ello analizamos de manera retrospectiva 1.928 partos y comparamos 2 grupos: los conducidos bajo AE, frente a los partos sin epidural. Introducimos como sesgos las siguientes variables: paridad, cesárea programada, cesárea anterior y cesárea programada más cesárea previa. Al aplicar el análisis estadístico obtenemos diferencias significativas al suprimir el sesgo de cesárea programada, tanto en primíparas ($p = 0,02$) como en multíparas ($p = 0,049$); la tasa de cesáreas se incrementa en los partos con epidural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bofill JA, Vincent RD, Ross EL, Martin RW, Norman PF, Werhan CF, et al. Nulliparous active labor, epidural analgesia, and cesarean delivery for dystocia. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177:1465-70.
2. Lieberman E, O'Donoghue C. Effects analgesia epidural during labour: review systematic. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:78-80.
3. Cammu G, Martens G, Van Maele H. Epidural analgesia for low risk labour determines the rate of instrumental deliveries but not that of caesarean sections. *J Obstet Gynaecol.* 1998;18:25-9.
4. Aveline C, Bonnet F. The effects of peridural anesthesia on duration of labor and mode of delivery. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2001;20:471-84.
5. Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. The impact of intrapartum analgesia on labour and delivery outcomes in nulliparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002;42:59-66.
6. Sharma SK, Alexander JM, Messick G, Bloom SL, McIntire DD, Wiley J, et al. Cesarean delivery: a randomized trial of epidural analgesia versus intravenous meperidine analgesia during labor in nulliparous women. *Anesthesiology.* 2002;96:546-51.
7. Soncini E, Grignaffini A, Anfuso S, Cavicchioni O. Epidural analgesia during labour: maternal fetal and neonatal aspects. *Minerva Ginecol.* 2003;55:263-9.
8. Leighton BL, Halpern SH. Effects of epidural analgesia during labour, maternal and neonatal results: review systematic. *Fam Pract.* 2002;51:786.
9. Sharma SK, McIntire DD, Wiley J, Leveno KJ. Labor analgesia and caesarean delivery: an individual patient meta-analysis of nulliparous women. *Anesthesiology.* 2004;100(1):142-8.
10. Rohrbach A, Viehweg B, Kuhnert I, Koster A, König F. Effect of peridural analgesia on labor progress. *Anaesthesiol Reanim.* 2001;26:39-43.