

Relación entre analgesia epidural y tipo de parto

A.I. Fernández-Fernández, A.M. Martínez Cagiao,
R. Nieves y Gallego y J.M. Fernández-Varela*

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. A Coruña. España. *Universidad de Santiago. Escuela Universitaria de Enfermería. Santiago de Compostela. España.

SUMMARY

OBJETIVE: To look at the relationship between the administration of epidural analgesia during labour and instrumental delivery (forceps or ventouse) in the cases studied.

MATERIAL AND METHOD: From a review of medical records 380 cases were selected at random, 190 had received epidural analgesia, and the rest had not.

RESULT: Instrumental delivery is greater in those women who received epidural analgesia, 46.3% opposed to 24.2% of instrumentalizations without this analgesia ($p = 0.000$). Furthermore, a similar frequency of intra-partum foetal distress was recorded in both groups, 5.8% of those deliveries with epidural analgesia and 5.3% of those cases without it ($p > 0.05$).

CONCLUSION: The results suggest that the impact of epidural analgesia on the delivery could be modified by a change in obstetric practise.

INTRODUCCIÓN

El malestar que acompaña al trabajo de parto ha sido históricamente motivo de grandes preocupaciones y controversias. Resulta evidente la necesidad de tratarlo porque, independientemente del sufrimiento psicológico que éste supone para la mujer, puede dar lugar a graves complicaciones por afección del funcionamiento respiratorio, cardiovascular y endocrino-metabólico de la madre, que repercuten, sin duda, de forma negativa sobre el feto¹.

Ningún anestésico es ideal para todas las parturientas. Su elección depende de los deseos de la mujer, de las necesidades obstétricas y del criterio del anestesista. La analgesia epidural lumbar es, sin duda, la técnica más utilizada en cuanto a eficacia,

seguridad y mejora del medio intrauterino². Existe diversidad de opiniones concernientes a su efecto en el curso y resultado del parto; mientras que algunos autores^{3,4} encuentran que la analgesia epidural aumenta su instrumentalización, otros no hallan esta relación^{5,6}.

En este trabajo pretendemos valorar la situación que esta práctica significa en el colectivo de mujeres que acuden a nuestro hospital, comprobando de qué forma afecta dicha analgesia en la mecanización obstétrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseñamos un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, centro de referencia de III nivel para el área sanitaria de A Coruña, con una media anual en los últimos 5 años de 2.700 partos.

La muestra de estudio estuvo constituida por 380 partos asistidos y registrados entre abril de 1997 y junio de 1998. Las mujeres que integraron la muestra presentaban un rango de edad comprendido entre los 17 y los 41 años, de las cuales, el 83,9% eran menores de 35 años; el 54,2% eran primíparas, y había una preponderancia clara de los partos no inducidos (89,2%) frente al trabajo de parto inducido, que representaba sólo el 10,8% (tabla I).

El 50% de los casos (190) recibieron analgesia epidural durante la fase activa del parto, manteniéndose ésta hasta el final del mismo. Cabe señalar que, en nuestro medio, la analgesia epidural tiene como indicación el alivio del dolor materno, sin reservarse de forma exclusiva para problemas especiales médicos u obstétricos. Los fármacos y dosis empleadas variaron en función del anestesista que realizó la técnica y de los factores específicos de la paciente.

El total de la muestra recibió estimulación occitócica con monitorización fetal continua.

La selección de los casos fue realizada de forma aleatoria a partir de la revisión de historias clínicas,

 Aceptado para su publicación el 5 de febrero del 2001.

TABLA I. Distribución de las variables de edad, paridad y tipo de parto, para los grupos a los que se les ha aplicado o no la analgesia epidural

		SÍ EPIDURAL		NO EPIDURAL		TOTAL
		NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO
Edad*	Menos de 35 años	157	49,2	162	50,8	319
	Igual o más de 35 años	33	54,1	28	45,9	61
Paridad**	Primípara	126	61,2	80	38,8	206
	Múltipara	64	36,8	110	63,2	174
Tipo de parto*	Inducido	26	63,4	15	36,6	41
	No inducido	164	48,4	175	51,6	339
Total		190	50	190	50	380

*p > 0,05; **p < 0,05.

TABLA II. Variables de estudio

EDAD MATERNA (AÑOS)	PARIDAD	ANALGESIA EN EL TRABAJO DE PARTO	TIPO DE PARTO	TIEMPO DE EXPULSIVO	DESARROLLO ÚLTIMO DEL PARTO	APGAR
Menos de 35	Primípara	Con analgesia epidural	Parto inducido	En minutos	Parto instrumentado con registro de sufrimiento fetal	Registrado al minuto de vida
Igual o más de 35	Múltipara	Sin analgesia epidural	Parto no inducido		Parto instrumento para abreviar expulsivo* Parto eutócico	

*Incluye cesárea anterior, falta de colaboración materna, agotamiento y enfermedades concomitantes.

TABLA III. Relación entre analgesia epidural y desarrollo último del parto

ANALGESIA	INSTRUMENTADO CON SUFRIMIENTO FETAL	INSTRUMENTADO PARA ABREVIAR EXPULSIVO*	EUTÓCICO	TOTAL
Con epidural, n (%)	11 (5,8)	77 (40,5)	102 (53,7)	190
Sin epidural, n (%)	10 (5,3)	36 (18,9)	144 (75,8)	190
Total, n (%)	21 (5,5)	113 (29,7)	246 (64,7)	380

*Incluye un 0,7% por enfermedades concomitantes y un 0,5% por cesárea anterior.

previa exclusión de partos que no fueran de vértice, gestaciones de menos de 36 semanas, cesáreas, partos múltiples y presencia de afección fetal intraútero.

En hoja de vaciado de datos se registraron para cada caso los datos referentes a las distintas variables de estudio (tabla II).

Después de comprobar la normalidad de las variables, para las variables numéricas cuantitativas se empleó la teoría de grados de libertad de Student y para las variables cualitativas se empleó la prueba de la χ^2 .

RESULTADOS

Para la edad y tipo de parto (inducido o no inducido) no se han hallado diferencias estadísticamente

significativas entre ambos grupos (con analgesia epidural y sin ella); sin embargo, el grupo que recibió analgesia epidural presenta un porcentaje mayor de primiparidad con significación estadística para $p < 0,05$ (tabla I).

Analizando los datos por grupos, encontramos que aumenta el porcentaje de partos con instrumentalización en las mujeres que reciben analgesia epidural (un 53,7 frente a un 75,8% de partos eutócicos), o lo que es lo mismo, existe un 46,3% de instrumentalización en trabajos de parto con analgesia epidural frente a un 24,2% sin ésta ($p = 0,000$). La instrumentalización con registro de «sufrimiento fetal intraparto» alcanza porcentajes semejantes en ambos grupos, el 5,8% de los partos con analgesia epidural y el 5,3% sin ésta (tabla III).

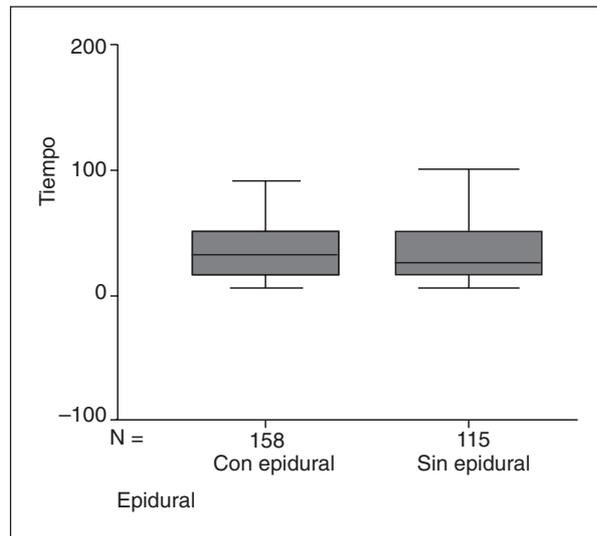


Fig. 1. Diagrama de cajas que expresa la duración del período expulsivo en los grupos con y sin analgesia epidural. Nótese que ambos grupos son muy similares.

La duración media del período expulsivo, para el grupo con analgesia epidural, de 36,4 frente a 34,51 min para el grupo de partos sin analgesia epidural. No se encontraron diferencias estadísticamente significati-

vas para los tiempos del período expulsivo medios en ambos grupos de casos ($p = 0,565$) (fig. 1). Encontramos tiempos expulsivos siempre mayores para las primíparas que para las multíparas (tabla IV), pero éste no muestra un comportamiento homogéneo cuando incorporamos la variable analgesia (fig. 2).

El 98,9% de los neonatos presentaron una puntuación en el test de Apgar al minuto de vida entre 7 y 10, y no se encontraron diferencias entre los grupos de neonatos con parto con analgesia epidural y sin ella.

DISCUSIÓN

La instrumentalización aumenta notablemente en el grupo con analgesia epidural, resultado coincidente con la mayoría de los estudios revisados^{3,4,7-9}. Tradicionalmente se atribuye este hecho a la pérdida de reflejo de pujo, a la relajación del tono de la musculatura perineal y al bloqueo motor de la prensa abdominal que produce la analgesia epidural^{10,11}, sin que se haya confirmado una causa única y directa.

Un mayor número de primíparas entre las mujeres que recibieron analgesia epidural junto con la aplicación de fórceps y ventosas en los que (sin registro de sufrimiento fetal) no se alcanzaron los criterios de «expulsivo prolongado» son factores que pueden condi-

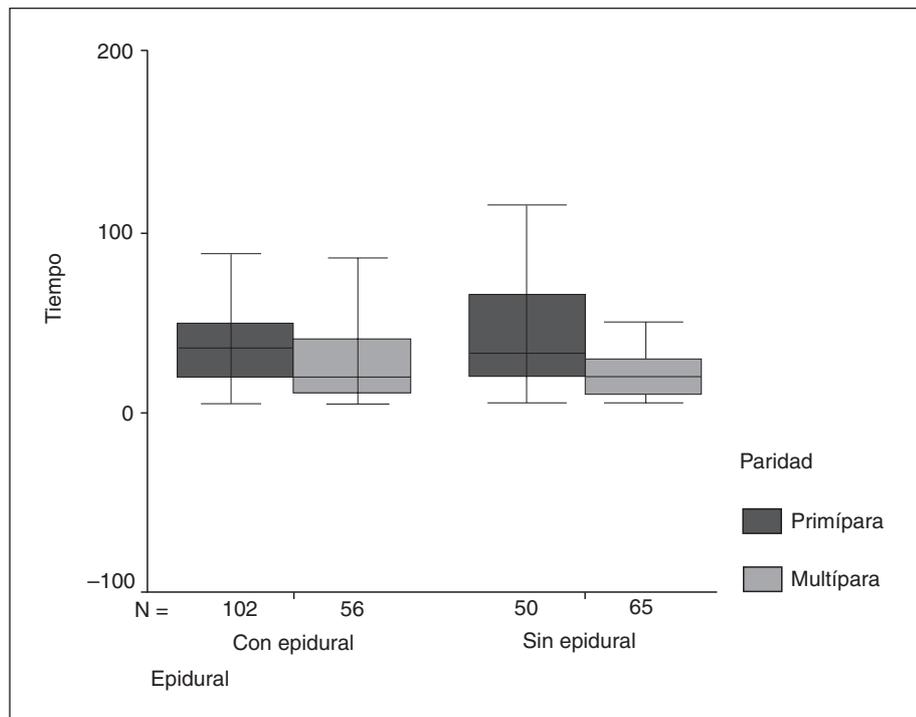


Fig. 2. Diagrama de cajas para variables agrupadas. Se aprecia claramente que los tiempos expulsivos son mayores para las primíparas y en este grupo ligeramente superiores para los casos en los que no se ha aplicado analgesia epidural. El período expulsivo es mayor en el grupo con analgesia epidural para las mujeres multíparas. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

TABLA IV. Tiempo de expulsivo para cada grupo de casos

	PRIMÍPARA		MULTÍPARA		TOTAL	
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE
Con epidural	40,43	27,36	29,18	22,37	36,44	26,19
Sin epidural	45,30	33,66	26,22	21,14	34,51	28,78
Total	42,03	29,56	27,59	21,68	35,63	27,28

cionar, en nuestro caso, los resultados eutócicos con analgesia epidural.

El parto vaginal instrumental está indicado siempre que exista sufrimiento fetal o prolongación del segundo estadio del parto. El período expulsivo se considera prolongado cuando en primíparas dura más de 3 h con analgesia epidural o de 2 h sin ella. En múltiparas, estos límites son de 2 y una hora, respectivamente¹².

Coincidiendo con Cheek y Gutsche¹³ y con Cabrera et al⁸, la analgesia epidural no parece ser un factor decisivo sobre la duración del período expulsivo. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto al tiempo medio expulsivo. Otros autores sí las han observado^{3,14}. Es posible que se establezca una relación entre nuestros resultados y el alto porcentaje de partos instrumentados sin registro de sufrimiento fetal para el grupo que recibió la analgesia (40,5%) (tabla IV) y/o puede depender más de la técnica y de la actuación de la persona que controla el período expulsivo.

Los expulsivos prolongados (dentro de los límites anteriormente expuestos) no repercuten de forma negativa, siempre que se inicien los pujos una vez que la presentación descienda hasta el periné¹⁵. De esta forma, la instrumentalización vendría marcada por la presencia de sufrimiento fetal.

Debido a que la analgesia epidural abarca actualmente técnicas muy diferentes y variadas (todas sujetas a modificaciones posteriores cuando se aplican a una mujer determinada), es probable que sus efectos nunca estén completa y precisamente definidos¹⁶. Esto nos llevaría al supuesto de que el incremento del parto instrumental con analgesia epidural pueda ser debido más a factores relacionados con dicha analgesia que a la analgesia en sí misma. La práctica obstétrica es, sin duda, un factor en este sentido altamente condicionante. Teniendo como objetivo conseguir un buen resultado perinatal maternofetal debería procurarse un parto normal, pues la analgesia epidural no llega a ser en sí misma un factor suficiente (aun siéndolo de riesgo) para que el desarrollo último del parto sea distócico⁴.

RESUMEN

OBJETIVO: Estudiar la relación que existe entre administración de analgesia epidural durante el trabajo de parto y parto instrumentado (con fórceps o ventosa) para los casos estudiados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se seleccionaron 380 casos aleatoriamente a partir de la revisión de historias clínicas, de los cuales 190 habían recibido analgesia epidural y el resto (190) no lo habían hecho.

RESULTADOS: La instrumentalización del parto es mayor entre las mujeres que reciben analgesia epidural (un 46,3 frente a un 24,2% de instrumentalización sin dicha analgesia; $p = 0,000$). Por otra parte, se registró una frecuencia similar de casos de sufrimiento fetal intraparto para ambos grupos, (un 5,8% de los partos con analgesia epidural y un 5,3% de los casos sin analgesia epidural; $p > 0,05$).

CONCLUSIÓN: Los resultados sugieren que el impacto de la analgesia epidural sobre el desarrollo último del parto podría verse influido por un cambio en la práctica obstétrica.

BIBLIOGRAFÍA

- García RC. Anestesia en partos. En: Herruzo AJ, Miranda JA, editores. Dirección médica del parto (1.ª ed.). Granada, 1991; 161-170.
- Shnider SM, Levinson G. Anestesia obstétrica. En: Miller RD, editor. Anestesia. Volumen II (2.ª ed.). Barcelona: Mosby/Doyma, 1993; 1669-1702.
- Rojansky N, Tanos V, Reubinoff B, Shapira S, Weinstein D. Effect of epidural analgesia on duration and outcome of induced labor. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 56: 237-244.
- Hemminki E, Gissler M. Epidural analgesia as a risk factor for operative delivery. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 53: 125-132.
- Gribble RK, Meier PR. Effect of epidural analgesia on the primary cesarean rate. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 231-234.
- Devore JS, Eisler EA. Effects of anesthesia on uterine activity and labor. En: Shnider SM, Levinson G, editores. Anesthesia for obstetrics. Baltimore: Williams and Wilkins, 1987; 41-49.

7. Bright DA. Epidural analgesia for labor in a Community Hospital. *Fam Prac Res J* 1993; 13: 261-265.
8. Cabrera MT, Burgos H, Herrera M, Rodríguez P. Anestesia epidural. Repercusión sobre el parto. *Rev Rol Enferm* 1998; 237: 73-78.
9. Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR et al. The effect of intrapartum analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 851-858.
10. Chestnut DH. Epidural anesthesia and instrumental vaginal delivery. *Anesthesiology* 1991; 74: 805-808.
11. Kaminski HM, Staffl A, Aiman J. The effect of epidural analgesia on the frequency of instrumental obstetric delivery. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 770-773.
12. Arias F. Trabajo de parto y parto anormales. En: Arias F, editor. *Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo* (2.^a ed.). Madrid: Mosby/Doyma Libros. Tines Mirror International Publishers 1994; 395-423.
13. Cheek GT, Gutsche BB. Epidural analgesia for labor and vaginal delivery. *Clin Obstet Gynecol* 1987; 30: 515-529.
14. Melchor JC, Santos C, Ruiz A, Mahillo A, Fernández L, Aranguren G et al. Analgesia epidural con bupivacaína al 0,25% en asociación con fentanilo para el parto. *Acta Obstet Gynecol Scand* (ed. esp.) 1989; 2: 620-624.
15. Hansen SL, Clark SL. Rest and descend vs. pushing with epidural anesthesia in the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 479.
16. Cunningham FG, Mc Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV et al. Analgesia y anestesia. En: *Williams Obstetricia* (20.^a ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1998; 351-369.