Analgesia epidural en obstetricia: ¿cómo afecta al desarrollo y finalización del parto?

M. I. Segado Jiménez¹, J. Arias Delgado¹, F. Domínguez Hervella², M. L. Casas García¹, A. López Pérez¹,
C. Izquierdo Gutiérrez³

Servicios de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor y de Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario de Ourense.

Epidural analgesia in obstetrics: Is there an effect on labor and delivery?

Abstract

Background and objective: Epidural analgesia is routinely used in obstetrics but has been blamed for possible effects on labor that lead to greater use of instruments or conversion to cesarean delivery. We aimed to assess this possibility in a cohort of obstetric patients receiving or not receiving epidural analgesia. **Patients and methods:** Prospectively enrolled full-term obstetric patients were distributed in 2 groups according to whether they received epidural analgesia or not. We compared maternal and fetal characteristics, obstetric variables, and type of delivery between groups to record the likely causes of difficult labor and delivery and detect a possible influence of epidural analgesia. **Results:** Of a total of 602 patients, 462 received epidural analgesia and 140 did not. Epidural analgesia was related to a higher rate of use of instruments but not cesareans ($P < .01$) and more frequent need for oxytocin (30.7% of the epidural analgesia group vs 0% of the group receiving no epidural analgesia, $P < .001$). The women receiving analgesia also had a longer mean (SD) duration of the dilatation phase of labor (6.4 [4.2] hours in the epidural group vs 4.7 [3.5] hours in the no-epidural group, $P < .01$) and of the expulsion phase (1.0 [0.6] hours vs 0.7 [0.6] hours, respectively; $P < .01$). We observed no effects on the incidence of tearing, rate of episiotomy, or other variables. Predictors of instrumentation or conversion to cesarean delivery were longer duration of the first phase (odds ratio [OR] 1.2; 95% confidence interval [CI], 1.1-1.3), longer duration of the second phase (OR 2.3; 95% CI, 1.3-3.9), and maternal obesity (OR, 1.1; 95% CI, 0.9-1.2). Previous deliveries and initiation of epidural analgesia after the fetus has reached Hodge's first plane decreased risk 2.7-fold and 3.03-fold, respectively. **Conclusions:** Although epidural analgesia has traditionally been associated with a higher incidence of difficult labor and delivery, this association was not unequivocally evident in this cohort of patients. The apparent increase seems to be attributable to such obstetric factors as longer duration of stages of labor, higher body mass index, and first delivery.

Keywords: Analgesia: epidural, obstetric. Dystocia. Obstetric delivery: vaginal, instruments. Cesarean section. Drug-free labor and delivery.

Resumen

Introducción: La analgesia epidural es el estándar de la analgesia obstétrica, pero se le atribuye una posible influencia en la dinámica del parto que puede provocar un aumento de los partos instrumentados y cesáreas. Nuestro objetivo fue valorar en una cohorte de pacientes obstétricas la finalización del parto en relación con el tipo de analgesia empleado. **Pacientes y método:** Estudio prospectivo de cohorte de gestantes a término divididas en 2 grupos. El grupo A recibió analgesia epidural y el grupo B no recibió analgesia epidural. Se compararon las variables demográficas materno-fetales, obstétricas y tipo de parto en cada grupo y se estudiaron la influencia de la analgesia epidural y las causas probables que provocaron partos distócicos. **Resultados:** Se incluyeron 602 pacientes: 462 en grupo A y 140 en grupo B. La analgesia epidural se relacionó con una mayor tasa de partos instrumentales pero no de cesáreas ($p < 0,01$), mayor necesidad de oxitócicos (30,7% en grupo A vs 0% en grupo B, $p < 0,001$) y una mayor duración de las fases del parto (fase de dilatación $6,4 \pm 4,2$ h en grupo A frente a $4,7 \pm 3,5$ h en grupo B y fase expulsivo $1,0 \pm 0,6$ h frente a $0,7 \pm 0,6$ h, $p < 0,01$), sin influir en la tasa de desgarros, episiotomías ni otras variables. La mayor duración del primer (OR 1,2 IC95% 1,1-1,3) y segundo estadios del parto (OR 2,3 IC95% 1,3-3,9) del trabajo de parto y la obesidad materna (OR: 1,1 IC95% 0,9-1,2) se relacionaron con aumento del riesgo de partos distócicos, mientras que la multiparidad e iniciar la analgesia epidural con una presentación en el I plano de Hodge o superior lo disminuyeron 2,7 y 3,03 veces respectivamente. **Discusión:** Pese a que clásicamente se ha relacionado la analgesia epidural con un aumento de partos distócicos, en nuestra cohorte dicha influencia es discutible. El posible incremento pareció deberse a factores obstétricos como mayor duración de los estadios del parto, mayor índice de masa corporal y la primiparidad.

Palabras clave: Analgesia obstétrica. Analgesia epidural. Distocia. Parto vaginal. Parto instrumentado. Cesárea. Parto sin analgesia.

INTRODUCCIÓN

La analgesia epidural se considera el estándar de la analgesia obstétrica¹ ya que permite la mejor calidad anal-

gésica para el trabajo de parto, seguridad y eficacia, mejora del medio intrauterino y la posibilidad de administrar analgésicos para cesárea, parto instrumentado y en el postoperatorio si es preciso. Debería estar disponible para todas

¹Médico Adjunto. ²Jefe de Sección. ³Jefe de Servicio.

Aceptado para su publicación en diciembre de 2010.

Correspondencia: M. I. Segado Jiménez. Secretaría del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Complejo Hospitalario de Ourense. C/ Ramón Puga, 54. 32005 Ourense. E-mail: misj1980@hotmail.com

las parturientas² y la mera petición de éstas, en ausencia de contraindicaciones, debe ser indicación suficiente para la instauración de la técnica.

Un gran número de investigaciones^{1,3-5} han pretendido resolver los diversos interrogantes planteados con respecto a la analgesia epidural y sobre las interferencias que pueda tener en el desarrollo y finalización del parto. Desventajas atribuidas a la analgesia epidural, como prolongación del primer y segundo estadios del trabajo de parto y la frecuencia mayor de parto instrumentado, por la posible pérdida del reflejo de pujo, la relajación del tono de la musculatura perineal, el bloqueo de la prensa abdominal, que puedan presentar las pacientes con analgesia epidural⁴, han sido explicadas por las dosis altas de anestésicos locales que anteriormente se utilizaban. Hoy han sido reemplazadas por concentraciones más diluidas que permitieron incluso la introducción de la denominada "walking-epidural" (deambulación con analgesia epidural sin bloqueo motor)^{3,5}. Se ha visto además, que las pacientes con analgesia epidural pueden tener una prolongación de la fase expulsiva de hasta tres horas, sin que ello represente mayor morbilidad; aunque cada vez más, se tiende a realizar partos operatorios para alivio de expulsivo sin esperar a que pasen las 3 horas, por la tendencia a abreviar aquel para optimizar el bienestar materno-fetal.

Nuestro objetivo fue estudiar si la analgesia epidural influye realmente en la incidencia de partos instrumentados y cesáreas por expulsivo prolongado (FEP) y partos estacionados (PE), analizar sus causas y otros posibles factores que pudieran influir. Secundariamente se analizó la influencia de la analgesia epidural en la tasa de episiotomías, desgarros vaginales y evaluación placentaria y fetal.

PACIENTES Y MÉTODO

Previa aprobación del Comité de Ética de nuestro hospital, se realizó un estudio de cohortes, prospectivo, para comparar la incidencia de partos instrumentados y cesáreas en pacientes que recibieron analgesia epidural para trabajo de parto al compararlo con las que no la recibieron. Se incluyeron los partos atendidos en nuestro hospital desde junio de 2009 hasta febrero de 2010.

Todas las gestantes acudieron a la consulta preanestésica en el 3^{er} trimestre de su embarazo donde, además de la anamnesis habitual, se les proporcionó una información exhaustiva sobre la analgesia epidural, de la técnica, sus riesgos y de sus posibles efectos sobre el trabajo de parto, en todos los casos se observó su consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron gestantes de edad igual o mayor a 18 años, cuyo parto fuera atendido con o sin analgesia epidural, sin límite de estado físico según la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA), haber acudido a la consulta preanestésica en el 3^{er} trimestre de la gestación y haber firmado el consentimiento informado. Fueron excluidas aquellas pacientes que llegaron al hospital con parto vaginal inminente, los partos inducidos, los partos múltiples y todas las pacientes en las que se indicó cesárea urgente o emergente y electiva, por razones diferentes

a una FEP o un PE. La FEP fue definida como la insuficiente progresión del descenso de la presentación fetal con dilatación cervical completa tras 2 horas de trabajo en nulíparas y 1 hora en múltiparas, y añade 1 hora a cada una en caso de recibir analgesia epidural. El PE fue definido como la no progresión de la dilatación tras 2 horas de trabajo de parto normal o cuando tras 60 minutos de expulsivo la presentación no alcanzaba el III plano de Hodges en múltiparas, o tras 90 minutos en nulíparas. Ambos casos de distocias del parto, FEP y PE, se englobaron en nuestro estudio bajo el término de "parto no eutócico".

Las pacientes fueron divididas en dos grupos. El grupo A estaba formado por pacientes que recibieron analgesia epidural para el trabajo de parto en el momento que la solicitaron y el grupo B por pacientes que no recibieron analgesia epidural ni intravenosa con opiáceos. Las pacientes del grupo B recibieron butilbromuro de hioscina, 1 ampolla de 20 mg en dosis única (indicación analgésica); sólo en el caso de que hayan pasado varias horas de esta dosis y tengan el cérvix rígido (indicación obstétrica), se les pone una segunda ampolla y ésta sí se administra de forma intravenosa. No se administra ningún otro tipo de analgésico tal como está protocolizado en nuestro hospital por el servicio de obstetricia para la analgesia intravenosa administrada por las matronas.

En el grupo A, previa monitorización estándar, se canalizó el espacio epidural en L3-L4 con aguja 18G de Tuohy de 90 mm de longitud, con la técnica de la pérdida de resistencia con aire, se introdujo un catéter multiperforado cefálicamente, 4 ó 5 cm. Tras la administración inicial de una dosis test de 3 mL de bupivacaína 0,25% con vasoconstrictor, se administró de forma progresiva, 3 mL cada 5 minutos, hasta un total de 8-10 mL de levobupivacaína 0,25% ± 50 µg de fentanilo. Posteriormente se le colocó a todas las pacientes una PCA epidural con 1,25 mg.mL⁻¹ de levobupivacaína + 3 µg.mL⁻¹ de fentanilo, a 6 mL.h⁻¹, con posibilidad de administrar bolos de 6 mL con un tiempo de cierre de 10 minutos.

En caso de cesárea por parto estacionado en el grupo B, o en caso de pérdida de eficacia de la analgesia epidural en el grupo A, se realizó anestesia subaracnoidea, con aguja 27G tipo Whitacre, y se administró 8-12 mg de bupivacaína hiperbara (0,5%) + 10 µg de fentanilo.

Las variables a estudio en ambos grupos fueron las antropométricas maternas (edad, peso, talla, índice de masa corporal -IMC-), estado físico ASA, edad gestacional, paridad, exploración vaginal antes de la colocación del catéter epidural para valorar tiempos de dilatación y expulsivo, necesidad de administrar oxitocina, tipo de parto, dosis de anestésico local (AL) y opiáceo por vía epidural, así como variables del recién nacido (RN), peso, sexo y puntuación en el test de Apgar.

Así mismo, se consideraron las incidencias con el cordón umbilical (circulares, bandoleras, nudos). Se valoró si la analgesia epidural fue iniciada con o sin el cumplimiento de los criterios de trabajo de parto activo, definido como dinámica uterina regular (2-3 contracciones/10 minutos), dilatación de al menos 3-4 cm y, sólo en primíparas, cérvix modificado (borrado > 50%, centrado). En caso de FEP, se realizó un tipo de parto instrumentado u otro, o cesárea, según indica-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2769389>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2769389>

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