

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Artículos valorados críticamente

La analgesia espinal en nulíparas podría aumentar la instrumentalización del parto y las cesáreas

Aparicio Sánchez JL¹, Carvajal Encina F²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. Las Palmas (España).

²UCIN Hospital de La Serena y Escuela de Medicina Universidad Católica del Norte. La Serena. Elqui (Chile).

Correspondencia: José Luis Aparicio Sánchez, japaricio1970@gmail.com

Palabras clave en inglés: labor, obstetric; vacuum extraction, obstetrical; labor pain; cesarean section; analgesia epidural.

Palabras clave en español: trabajo de parto; extracción obstétrica por aspiración; dolor de parto; cesárea; analgesia epidural.

Fecha de recepción: 25 de enero de 2012 • **Fecha de aceptación:** 24 de febrero de 2012

Fecha de publicación del artículo: 1 de marzo de 2012

Evid Pediatr.2012;8:4.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Carvajal Encina F, Aparicio Sánchez JL. La analgesia espinal en nulíparas podría aumentar la instrumentalización del parto y las cesáreas. Evid Pediatr. 2012;8:4.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2012;8:4>

©2005-12 • ISSN: 1885-7388

La analgesia espinal en nulíparas podría aumentar la instrumentalización del parto y las cesáreas

Aparicio Sánchez JL¹, Carvajal Encina F²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. Las Palmas (España).

²UCIN Hospital de La Serena y Escuela de Medicina Universidad Católica del Norte. La Serena. Elqui (Chile).

Correspondencia: José Luis Aparicio Sánchez, japaricio1970@gmail.com

Referencia bibliográfica: Eriksen LM, Nohr EA, Kjaergaard H. Mode of delivery after epidural analgesia in a cohort of low-risk. Birth. 2011;38:317-26.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: el uso de analgesia espinal en nulíparas de bajo riesgo se asocia a un incremento del riesgo de cesáreas urgentes y partos con ventosas.

Comentario de los revisores: debido a las limitaciones de las pruebas aportadas por un estudio de cohortes para evaluar la efectividad de una intervención y por el hecho de que la evidencia actual sugiere un incremento en el riesgo de partos instrumentales y cesáreas, son necesarios nuevos estudios para dar respuesta a dicha cuestión.

Palabras clave: trabajo de parto; extracción obstétrica por aspiración; dolor de parto; cesárea; analgesia epidural.

Use of epidural analgesia in nulliparous women could increase instrumental labor and cesarean section

Abstract

Authors' conclusions: in nulliparous women of a very low-risk population, use of epidural analgesia for labor pain was associated with higher risks of emergency cesarean section and vacuum extraction.

Reviewers' commentary: limitations of the evidence of a cohort study to evaluate the effectiveness of an intervention and the fact that current evidence suggests an increased risk of instrumental delivery and caesarean section, further studies are needed to address this question.

Keywords: labor; obstetric; vacuum extraction, obstetrical; labor pain; cesarean section; analgesia epidural.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: comprobar si existe asociación entre analgesia epidural (AE) y tipo de parto.

Diseño: cohortes prospectivo.

Emplazamiento: se incluyen nueve maternidades danesas.

Población de estudio: mujeres nulíparas, con comienzo de parto espontáneo, a término, feto único en presentación cefálica. Periodo entre mayo de 2004 y julio de 2005.

Evaluación del factor pronóstico: la variable de exposición fue la utilización de AE durante el parto. Se evaluaron posibles variables de confusión. Entre las asociadas a características maternas: edad, talla, índice de masa corporal previo al embara-

zo, nivel cultural y tabaquismo durante el embarazo. Entre las asociadas a características obstétricas: edad gestacional en el momento del parto, peso del neonato, uso de opiáceos durante el trabajo de parto, presencia de distocia (definida como presencia de dilatación cervical igual o inferior a 0,5 cm/hora valorada cada cuatro horas en la primera fase del parto, periodo expulsivo superior a dos horas sin AE y a tres horas con AE y/o más de una hora de pujidos activos en segunda fase del parto), dolor autorreferido (escala entre 1 y 10), dilatación cervical y fase del parto (latente o en fase activa) al ingreso. Otras posibles asociaciones estudiadas fueron la administración de AE y el riesgo de Apgar al quinto minuto bajo (≤ 7) y de hemorragia postparto ≥ 500 ml.

Medición del resultado: la variable principal fue la modalidad de parto, categorizada como cesárea urgente, ventosa o parto espontáneo. Se realizó un cuestionario a las 37 semanas de

edad gestacional, registrando datos sociodemográficos, psicológicos y médicos. Al ingreso en el paritorio se registraron variables sobre el parto. A las dos semanas postparto se preguntó acerca del mismo y del periodo postnatal precoz. Se realizó análisis univariante y multivariante mediante regresión logística. Se efectuó ajuste para factores de confusión. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$ y los resultados se presentaron como *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados principales: se incluyeron 2721 embarazadas, de las que 587 (21,6%) recibieron AE y 2134 (78,4%) no. La incidencia de cesárea urgente fue del 8,7% y la de ventosa del 14,9%. En el análisis crudo, las pacientes del grupo AE mostraron un riesgo mayor de cesárea urgente y de parto instrumental. Al ajustar por factores de confusión (talla materna, peso de nacimiento, edad gestacional, puntaje de dolor al ingreso, fase latente al ingreso, tratamiento con opioides y dilatación cervical al ingreso), el grupo expuesto mostró mayor riesgo de cesárea (OR ajustada: 5,8; IC 95%: 4,1 a 8,1) y de extracción con ventosa (OR ajustada: 1,7; IC 95%: 1,3 a 2,2). Un subgrupo de mujeres de bajo riesgo de cesárea urgente (grupo riesgo 0) que recibió AE también mostró un incremento de las mismas (OR: 3,5, IC 95%: 1,5 a 8,2).

Conclusión: el uso de AE en nulíparas de bajo riesgo se asocia a un incremento del riesgo de cesáreas urgentes y partos con ventosa.

Conflicto de intereses: no consta.

Fuente de financiación: Copenhagen Hospital Corporation Research Foundation, Lundbaeck Foundation, Aase and Ejnar Danielsen's Foundation, the Agustinus Foundation, the Health Insurance Foundation, the Danish Midwifery Association, King Christian X's Foundation, and Faculty of Medicine, Lund University.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: el uso sistemático de analgesia epidural durante el trabajo de parto es todavía un asunto controvertido. Si bien existe clara evidencia y consenso generalizado en que es una técnica útil para el alivio del dolor, sus posibles efectos sobre el parto, en concreto sobre la instrumentalización del mismo y sobre el riesgo de cesáreas urgentes, hace que muchos clínicos sean reticentes a la hora de indicar dicha técnica.

Validez o rigor científico: el diseño empleado es adecuado para la pregunta de investigación planteada y su implementación siguió protocolos bien definidos. No se menciona la forma en que se determinó el tamaño de la muestra. En relación con las características basales, existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero con aparentemente poca importancia clínica (talla materna, peso de nacimiento, edad gestacional, puntaje de dolor al ingreso). Sin embargo, también existen otras que sí podrían afectar al resultado (fase latente al ingreso, tratamiento con opioides y dilatación cervical al ingreso). Todas estas características fueron consideradas en el análisis, realizándose un ajuste para el cálculo de las OR. Más aún, se efectuó un ajuste por distocia para depurar la posibilidad de que dicho factor pudiese influir sobre el resultado de cesárea.

Interés o importancia clínica: la AE se asocia en este estudio con un incremento de casi seis veces el riesgo de cesárea y casi dos veces la extracción con ventosa; este riesgo (y el coste asociado a estas intervenciones) se tiene que ponderar respecto a los conocidos beneficios de la AE en nulíparas de bajo riesgo. En una reciente revisión sistemática de la Colaboración Cochrane¹, se concluyó que el uso de AE no aumenta el riesgo de cesárea, pero se asocia con un mayor riesgo de parto instrumentalizado, lo que coincide con este trabajo. Esta situación puede ser más importante en lugares donde existe una cultura más proclive hacia la cesárea frente a las alteraciones del proceso normal del parto.

Aplicabilidad en la práctica clínica: como en cualquier otro procedimiento médico, es necesario evaluar adecuadamente la relación riesgo/beneficio e informar adecuadamente a las madres nulíparas de que existen sospechas de que la AE podría incrementar el riesgo de instrumentalización del parto. Debe destacarse que tampoco está claro aún el efecto que puede tener el uso de AE respecto del recién nacido.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anim-Somuah M, Smyth R, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;12:CD000331.