

Pregunta: Efectos de la analgesia epidural intraparto.

Actualización Noviembre 2009

Dr. Eduardo Paquez
Dr. Ricardo Velasco

ANALGESIA EPIDURAL – TRABAJO de PARTO

INTRODUCCION

La analgesia epidural consiste en la introducción de un anestésico local en el canal raquídeo fuera de las meninges y de la médula. Ello disminuye la sensación nerviosa durante el parto. El momento de aplicarla depende de cada caso en particular y su duración es el tiempo que se necesite ya que pueden administrarse nuevas dosis de anestésico según necesidad. Se puede lograr analgesia en cualquier etapa del parto incluso durante el período expulsivo cuando el dolor se incrementa. En caso de cesárea, una mayor concentración del anestésico permitiría una anestesia quirúrgica. En todos los casos la paciente está despierta.

SELECCIÓN de PUBLICACIONES

Hemos seleccionado una serie de trabajos clínicos aleatorizados para intentar responder su pregunta. Todos ellos tienen como palabra clave: Analgesia Epidural (AE). Los indicadores finales se refirieron a duración del parto, dolor, modo de nacimiento, procedimientos utilizados, efectos sobre el feto, sobre el recién nacido y otros resultados perinatales.

TRABAJOS ANALIZADOS

Un trabajo realizado en Inglaterra (1) estudió los resultados de la administración de analgesia epidural (intervención) versus (no intervención o placebo). Se realizó una revisión sistemática que incluyó 21 estudios clínicos randomizados que abarcaron 6664 mujeres. La analgesia epidural (AE) disminuye el dolor durante el parto (1 estudio analizado), pero se asocia con un incremento del parto vaginal instrumental (RR = 1,38 IC 95% 1,24-1,53). No se encontraron diferencias en cuanto al porcentaje de cesáreas ni con el dolor de espalda, con el bajo puntaje de Apgar al 5to minuto de vida ni tampoco con el grado de satisfacción materna al aliviar el dolor.

Otro estudio clínico randomizado que incluyó 369 mujeres primigrávidas con seguimiento prolongado (2), no encuentra diferencias en cuanto a la incidencia de dolor de espalda a los 3 y 12 meses del postparto. Sin embargo hubo en el grupo con AE mayor diferencia en cuanto a partos

instrumentales (30% vs 19%) (RR = 1,77 IC 95% 1,09-2,86) que en el grupo control.

Una revisión sistemática realizada en USA, incluyó 7 estudios randomizados y 5 observacionales (3). Ambos tipos de estudios mostraron que la AE incrementa 2 veces la necesidad de ocitocina. Sin embargo, los estudios clínicos randomizados no mostraron mayor incidencia de cesáreas, distocias fetales ni de parto vaginal instrumental, a diferencia de los resultados de los estudios observacionales. Algunos trabajos encuentran un aumento de la duración del parto en el grupo con AE en comparación con el grupo sin AE (especialmente durante el período expulsivo) que los sin anestesia epidural. La AE con bajas dosis de bupivacaina aumenta el uso de ocitocina, pero no la incidencia de cesáreas.

Una publicación inglesa (4) destaca que la AE es efectiva para reducir el dolor durante el parto, pero no está clara la posibilidad de efectos adversos. Para contestar esta pregunta se seleccionaron trabajos randomizados que compararon la AE con otras formas de analgesia o placebo. Once estudios con 3.157 mujeres fueron incluidos. El grupo al que se le administró AE se asoció con mayor alivio del dolor que el grupo control, pero también se acompañó con mayor duración del 1er y 2do estadio del trabajo de parto e incremento de la distocia fetal. Hubo a su vez incremento del uso de ocitocina y de partos vaginales instrumentales. No hubo diferencias en cuanto a la incidencia de cesáreas. Diferentes técnicas de AE deben ser evaluadas.

Otro estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto y riesgo asociado con el uso de AE para aliviar el dolor en el parto y nacimiento (5). Fueron revisados 24 artículos y 7 de ellos fueron considerados de alta calidad y 15 de moderada calidad. Hay unánime opinión observacional de que la AE es efectiva para aliviar el dolor durante el parto y puede ser recomendada en el nacimiento. Sin embargo es necesario tener mayor información sobre posibles efectos adversos en madres y niños.

Las madres con AE presentan menos dolor y mayor grado de satisfacción que en caso de analgesia con opiáceos. El método no afecta la oxigenación fetal, el pH neonatal ni el puntaje de Apgar al 5to minuto. Sin embargo cuando la analgesia es con opiáceos el neonato requiere el uso de naloxone y tiene menor puntaje de Apgar al 1er minuto. La AE no modifica la incidencia de cesáreas ni de partos vaginal instrumental, ni distocia fetal ni ocasiona mayor dolor de espaldas entre las mujeres de ambos grupos (6) Pero, el grupo al que se administra AE se asocia con período expulsivo más prolongado, pero no se modifica la duración del período dilatante. Este se asocia con una mayor frecuencia en el uso de ocitocina, de hipotensión arterial y fiebre materna. No afecta la lactancia. En el postparto inmediato, puede asociarse a incontinencia urinaria, pero el efecto desaparece a los 30 meses.

Un estudio realizado en Canadá (7) estudia la asociación entre un grupo de mujeres y la duración del 3er estadio de parto y el tipo de expulsión de la

placenta (espontáneo o manual). Fue un estudio retrospectivo de 7.468 mujeres con parto vaginal. No se encontraron diferencias en la duración del 3er estadio del parto entre ambos grupos cuando la placenta se desprende espontáneamente, pero es más corto en el grupo con AE que en el grupo en el cual la placenta se remueve manualmente ($p < 0,0001$).

METODOS DE ANALGESIA EPIDURAL

En ciertos casos se discontinúa la AE, al final del trabajo de parto para mejorar el pujo de la madre y disminuir la frecuencia de parto instrumental. Un trabajo realizado en Australia (8) tuvo como objetivo observar el efecto de discontinuar la AE tardíamente en el trabajo de parto comparada con la administración continuada de AE. Se estudió sobre: a) la presencia de parto instrumental y otros resultados al nacer b) analgesia y satisfacción en los cuidados del parto. Se seleccionaron estudios clínicos randomizados que compararon la discontinuación con la no discontinuación en cuanto a resultados antes del nacimiento, en mujeres que recibieron AE al principio del trabajo de parto. Se identificaron 6 estudios randomizados que incluyeron 462 participantes. Todos los trabajos usaron diferentes protocolos (droga, dosis, método de administración). El grupo con AE no mostró incremento significativo del parto vaginal instrumental (23% vs 28%) (RR = 0,84 IC 95% 0,61-1,15) ni con otros resultados perinatales. La única diferencia significativa fue el incremento del dolor en el período expulsivo si se discontinuaba la AE (22% vs 6%) (RR = 3,68 IC 95% 1,99-6,80).

El trabajo de Ohel (9) tuvo como objetivo evaluar la temprana iniciación de la AE en nulíparas y su posible asociación con cesárea y otros eventos perinatales. Estudio randomizado con 449 nulíparas a término a las cuales a un primer grupo (intervención) se le aplica AE con menos de 3 cm de dilatación cervical y a otro grupo (control) la AE se aplicó más allá de los 4 cm de dilatación del cuello uterino. No hubo diferencias en la incidencia de cesáreas (13% y 11%) entre ambos grupos ($p = 0,77$). Sin embargo el grupo al que se comenzó tempranamente la AE tuvo un período dilatante más corto (5,9 horas vs 6,6 horas) ($P = 0,04$). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a los nacimientos vaginales instrumentales, ni con otros efectos adversos. Sin embargo, el grupo de iniciación temprana de la AE tuvo un período dilatante más corto lo que se tradujo en mayor satisfacción de las mujeres.

El trabajo recientemente publicado en Israel (10) tuvo como objetivo observar el efecto de la lidocaína pre-incisión y durante la intervención sobre la intensidad del dolor y la respuesta inmune, durante la histerectomía. De un total de 65 pacientes fueron randomizadas y 32 recibieron lidocaína endovenosa 20 minutos antes de la incisión y 33 (controles) recibieron infusión con solución salina. Se concluye que la administración de lidocaína endovenosa antes y durante la intervención disminuye el dolor y reduce las alteraciones inmunes.

RESUMEN de RESULTADOS - Analgesia Epidural versus Placebo o No intervención (7 estudios clínicos randomizados) Bibliografía 1,2,3, 4, 5, 6,7.
 - Métodos de Analgesia Epidural (2 estudios) Bibliografía 8-9.

Estos resultados se muestran en la tabla I

	Beneficio Significativos	Diferencias No Significativas	Perjuicios Significativos
DOLOR PARTO	(1),(4),(5),(6)	-----	(8)
DOLOR ESPALDA	-----	(2),(6)	-----
PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	-----	(3),(6),(9),(8).	(1),(2),(4).
CESAREA	-----	(1),(3),(4),(6),(9)	-----
AUMENTO OCITOCINA	-----	-----	(3),(4),(6).
DURACION PARTO	(9) Más corto 1er estadio	(6) Dilatante	(3),(6) 2do+3er estadio
SATISFACCION MADRE	(6),(9).	(1)	-----
DISTOCIA FETAL	-----	(3),(6)	-----

No hubo diferencias significativas en cuanto al puntaje de Apgar al 5to minuto (1), Problemas feto, neonatales (6) y lactancia (6).

Un estudio realizado en Australia (11) encontró que la analgesia epidural no fue un factor de riesgo significativo para la persistencia del dolor de espalda post parto, ni de cefaleas ni migraña.

RESUMEN

La AE calma el dolor durante el trabajo de parto, da mayor satisfacción a la madre, aunque se incrementan los partos vaginales instrumentales y la utilización de ocitocina y en general aumenta la duración del parto. No hay diferencias en cuanto al número de cesáreas, distocia fetal, depresión neonatal ni lactancia materna.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Amin-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or non analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;4:CD000331. metsas@aol.com .
- 2) Howell CJ, Kidd C, Roberts W, Upton P, Lucking L, Jones PW, Johanson RB. A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. BJOG 2001 Jan;108(1):27-33.
- 3) Zhang J, Klebanoff MA, DerSimonian R. Epidural analgesia in association with duration of labor and mode of delivery: a quantitative review. Am J Obstet Gynecol 1999 Apr;180(4):970-7.
- 4) Howell CJ. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD000331.
- 5) Nysted A, Edvardsson D, Willman A. Epidural analgesia for pain relief in labour and child birth – a review with a systematic approach. J Clin Nurs .2004 Sep;13(6):779-81.
- 6) Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal outcomes: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002 May;186(5Suppl Nature):S78-80.
- 7) Rosaeg OP; Campbell N, Crossan ML. Epidural analgesia does not prolong the third stage of labour. Can J Anaesth.2002 May;49(5):490-92.
- 8) Torvaldsen S, Roberts CL, Bell JC, Rayness-Greenow CH. Discontinuation of epidural analgesia late in labour for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD004457.
- 9) Ohel G, Gonen R, Valda S, Barak S, Gaitini L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of caesarean section ? A randomized trial. Am J Gynecol 2006 Mar;194(3):598-9.
- 10) Yardeni IZ, Beilin B, Mayburd E, Levinson Y, Bessler H. The effect of perioperative intravenous lidocaine on postoperative pain and immune function. Anesth Analg 2009 Nov;109(5):1464-9.
- 11) Orlikowski CE, Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Nathan E. Intrapartum analgesia and its association with post-partum back pain and headache or migraine. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2006 Oct;46(5):395-401.