

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

SEGURIDAD DE LA AMNIOTOMIA INTRAPARTO

Autor principal M^a PRESENTACIÓN VENEGAS MOLES

CoAutor 1 SILVIA AGUILAR PUERTA

CoAutor 2 MARIA DOLORES MORENO IBAÑEZ

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabras clave Amniotomía Estancamiento Inducción Espontáneo

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

La amniotomía es un componente del manejo activo del trabajo de parto que no se recomienda realizar de forma rutinaria en el parto normal; su uso se propugna sólo cuando existe una indicación clínica de acortar dicho periodo.

Objetivo: Determinar la efectividad y la seguridad de la amniotomía en el trabajo de parto normal, estancado e inducido.

Metodología: Se introdujo el término amniotomía en la base de datos de la Biblioteca Cochrane Library Plus, encontrándose siete revisiones de las que se seleccionaron tres. Se continuó la búsqueda en la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, utilizando el buscador Gerión con el descriptor amniotomy, recuperándose cuarenta y cuatro registros, de los que sólo se seleccionó uno. La búsqueda se concluyó en PubMed, introduciendo los términos amniotomy and induction and term. Se localizaron noventa artículos, de los que se seleccionó uno.

Resultados: La amniotomía realizada en el curso de un parto de evolución normal no produce beneficios maternos ni neonatales; y en cambio, puede suponer un incremento casi significativo del riesgo de cesárea. Ahora bien, este procedimiento muestra beneficios sin riesgos cuando se realiza, de forma conjunta con la administración de oxitocina y de manera precoz, al detectar un retraso leve en la evolución del parto o en la inducción del trabajo de parto.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Se conoce como amniotomía a la rotura artificial de las membranas fetales (RAM). Esta técnica fue descrita por primera vez hace más de 200 años, por Thomas Denman. En condiciones normales, las membranas permanecen intactas hasta que la dilatación es completa, lo que ocurre en el 75% de los casos. La amniotomía temprana, al diagnosticarse el inicio de la fase activa de parto, es una práctica que se ha usado ampliamente durante las últimas décadas. Su uso se ha propugnado como un componente del manejo activo del trabajo de parto, abordaje que se propuso como un recurso posible para disminuir la tasa de cesáreas en América del Norte; sin embargo, en la última década se ha planteado estudiar los riesgos y beneficios de ésta.

No queda claro de qué manera la amniotomía acelera el trabajo de parto. Se cree que cuando se rompen las membranas, aumenta la producción y liberación de prostaglandinas y oxitocina, originando contracciones más fuertes y una dilatación cervical más rápida.

Para realizar una amniotomía, el profesional realiza un tacto vaginal para identificar el cuello uterino y las membranas con los dedos, se excluye la presencia de vasos sanguíneos a través de las membranas (vasa previa) y se confirma que la cabeza del feto está bien posicionada en la pelvis y no está a más de dos estaciones por encima de las espinas ciáticas. Luego se realiza una punción en las membranas con un gancho de asa larga (lanceta parecida a una aguja de crochet) y se rompen las membranas con los dedos.

Objetivos:

Determinar la efectividad y la seguridad de la amniotomía en los siguientes supuestos:

1. Trabajo de parto normal.
2. Trabajo de parto estancado.
3. Inducción del parto

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Actualmente no se recomienda el uso rutinario de la amniotomía en el trabajo de parto normal y sólo se aconseja cuando se quiere acortar el trabajo de parto por diversos motivos, tales como:

1. Estancamiento del parto. Se considera que un parto está estancado cuando:
 - Han transcurrido más de cuatro horas sin evolución de la dilatación.
 - En primíparas sin epidural, cuando el expulsivo dura más de dos horas; y con epidural, cuando dura más de tres horas.
 - En múltiparas sin epidural, cuando el expulsivo dura más de una hora; y con epidural, cuando dura más de dos horas.

2. Inducción del parto. En este caso se realiza en cuanto la dilatación y la altura de la cabeza fetal lo permitan.

Recogida de información: en la amniotomía en el trabajo de parto estancado se utilizó una revisión que incluyó 12 ensayos con 7792 mujeres para estimar los efectos de la aceleración precoz con amniotomía y oxitocina sobre la prevención o el tratamiento del retraso en la evolución del trabajo de parto, la tasa de parto por cesárea y los indicadores de la morbilidad materna y neonatal. En la amniotomía en la inducción del parto una revisión Cochrane con la intención de determinar los efectos de la amniotomía como único procedimiento para la inducción del trabajo de parto, sólo pudo incluir dos ensayos con 50 y 260 mujeres respectivamente y en la amniotomía en el trabajo de parto normal la revisión sistemática, realizada por Rebecca and col, que incluyó 14 estudios con 4893 mujeres para determinar la efectividad y la seguridad de la amniotomía sola para el acortamiento de todos los trabajos de parto de comienzo espontáneo.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

En el parto normal, no recomendamos el uso sistemático de la amniotomía ya que, aunque es una técnica que no implica demasiados riesgos, no afecta de forma significativa ni a la evolución del parto ni al resultado final de éste. Los profesionales que oferten este procedimiento deben informar a la mujer de lo que conocemos a partir de la evidencia científica acerca de la amniotomía y tomar una decisión conjunta.

En un parto estancado, sí recomendamos el uso de amniotomía, ya que se puede reducir de forma significativa la duración del parto, disminuyendo de forma moderada la tasa de cesáreas si lo utilizamos de manera precoz al detectar un retraso leve de la evolución del parto. Si a las 2 horas de la amniorrexis la evolución de la dilatación es <1cm se valorará el uso de oxitocina.

En la inducción de parto recomendamos el uso conjunto de amniotomía y oxitocina ya que acorta el tiempo necesario para establecer una fase activa de parto, disminuye el tiempo hasta el nacimiento y aumenta, por tanto, la satisfacción materna.

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Tras el desarrollo de nuestro trabajo y buscando el enfoque de la seguridad del paciente, podemos decir que los datos reflejan una pérdida del valor de la amniotomía como método siempre justificado para el manejo activo del trabajo de parto, en base a los datos explicados anteriormente. Evitaremos así a la paciente el tener que ocasionar más maniobras, molestias y riesgos de los estrictamente necesarios, conduciendo a la creación de un entorno más cómodo y tranquilo, en el que la paciente se encuentre respaldada por la realización de técnicas demostradas como totalmente beneficiosas y con resultados positivos para su caso, ya que aunque la amniotomía es un técnica relativamente segura, conlleva una serie de riesgos a los cuales no es necesario exponer a determinadas pacientes y determinados casos.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

No hemos encontrado estudios que analicen el efecto aislado de la amniotomía sin combinar con la administración de oxitocina en caso de estancamiento de la fase activa del parto; sería interesante realizar estudios en esta línea.

Se desconoce también la percepción de las mujeres en cuanto a la utilización de amniotomía y oxitocina de forma precoz, ante un retraso leve de la evolución de la dilatación para acortar la duración del trabajo de parto y si esta intervención afecta de forma significativa a la percepción del dolor.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Bricker L, Luckas M. Amniotomía como único proceder para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)
2. Schwarcz RL, Diaz AG, Fescina R, Belizky R, Diaz Rosello JLD. Latin American Center for Perinatology and Human Development
3. Rebecca MD Smyth, S Kate Aildred, Carolyn Markham. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revision Cochrane traducida).
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2006.