

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.