



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO XI – N. 27 – 2017

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/021.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "NARRATIVAS, FUENTE DE EVIDENCIAS CUALITATIVAS" **CUALISALUD 2017 XII Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión digital celebrada del 16 al 17 de noviembre de 2017, organizada por Fundación Index. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Rotura artificial de membranas para acortar el trabajo de parto en primíparas
<i>Autores</i>	María del Mar Ruiz Carmona, Marcos Camacho Ávila, Sonia García Duarte
<i>Centro/institución</i>	(1) Hospital La Inmaculada. (2) Hospital de Torrevieja. (3) Hospital Torrecárdenas
<i>Ciudad/país</i>	(1) Huercal Overa (Almería), España. (2) Torrevieja (Alicante), España. (3) Almería, España
<i>Dirección e-mail</i>	mmarruizz@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

1. Antecedentes

La Rotura Artificial de las Membranas (RAM) es un procedimiento que puede ser usado en caso de ser necesaria la inducción del trabajo de parto.¹ Esta intervención tiene la capacidad de iniciar el trabajo de parto al aumentar la producción local de prostaglandinas reduciendo la duración del embarazo o adelantarse a la inducción del parto con oxitocina, prostaglandinas o amniotomía². Además, con el objetivo de acortar el tiempo del trabajo de parto, permitiría el descenso de la cabeza fetal, lo que aumentaría la dinámica uterina³. El período activo de parto se inicia cuando se aprecia una actividad uterina de al menos 3 contracciones uterinas regulares en un período de tiempo de 10 minutos y la dilatación del orificio cervical externo es 3 cm, estando el cérvix uterino borrado al menos en un 50%⁴.

Existen varios riesgos teóricos como consecuencia de la RAM, entre los que se incluyen: prolapso o compresión de cordón umbilical, deceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, aumento de la tasa de infección ascendente, hemorragia de los vasos fetales o placentarios y molestias por el propio procedimiento^{5, 6}. Esta práctica también está relacionada con un incremento de las cesáreas y de anomalías en el registro cardiotocográfico⁷. Por otro lado, es útil para introducir dispositivos internos de monitorización fetal y permite visualizar el color y características del líquido amniótico^{8, 9}.

Justificación del problema

Debido a la corriente actual de promover el parto normal entre los profesionales sanitario y las mujeres se está cuestionando el alto nivel de intervencionismo que existe en la práctica diaria. De acuerdo a las últimas recomendaciones existentes, tanto nacionales como internacionales, en torno al trabajo de parto, basadas en los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), nos hace pensar que la práctica de la RAM no es concordante con estas últimas recomendaciones. Así pues pretendemos valorar si la práctica rutinaria de la rotura artificial de membranas esta realmente justificada como método para acortar el trabajo de parto normal.

Marco teórico

La OMS en lo que respecta a los objetivos del personal sanitario en la atención al parto normal refiere que el objetivo del cuidado es conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que en el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural. Y como tareas del personal sanitario enumeró, entre ellas, la amniotomía.

La FAME habla de la importancia de un correcto diagnóstico del inicio del período activo de parto ya que errores en este diagnóstico pueden conducir a una serie de intervenciones en el parto que no son necesarias, como por ejemplo, la realización de una RAM, a no ser que se sospeche una evolución lenta del parto.

La SEGO dice que se respetará el tiempo necesario para el desarrollo del proceso del parto, evitando las acciones dirigidas a acelerar o retardar el mismo siempre que las fases del parto transcurran dentro de los límites de la normalidad establecidos en los criterios actuales de la práctica obstétrica.

2. Objetivo general

1. Determinar la efectividad de la RAM en gestantes primíparas como única intervención para el acortamiento sistemático de los trabajos de parto de comienzo espontáneo.

3. Objetivos específicos

1. Determinar la aparición de complicaciones asociadas a la RAM.
2. Relacionar la práctica de la RAM con la incidencia de partos distócicos, tanto instrumentados como cesáreas.

Hipótesis de investigación.

La RAM es un método eficaz para disminuir la duración del trabajo de parto en las gestantes primíparas del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, cuyo hospital de referencia sea el Hospital La Inmaculada, a lo largo del año 2017.

4. Metodología

5. Tipo y diseño general de estudio.

Se trata de ensayo clínico, estudio experimental con asignación aleatoria de los grupos que compara RAM (grupo experimental) y rotura espontánea de membrana (grupo control).

La técnica a realizar se trata de una maniobra sencilla e indolora, en la que se realiza un tacto vaginal para identificar el cuello uterino y las membranas con los dedos. El profesional excluye la presencia de vasos sanguíneos a través de las membranas (vasa previa) y se asegura de que la cabeza del feto esté bien insinuada en la pelvis para así prevenir un prolapso de cordón. Luego durante una contracción, se introduce en la vagina una cánula cuyo final tiene forma de anzuelo, protegida por los dedos del explorador, y mediante una ligera maniobra de rascado sobre las membranas se consigue su rotura. Debe realizarse cuando la dilatación cervical sea igual o mayor a 4 cm. y la presentación se encuentra al menos en el primer plano de Hodge⁴.

Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra.

Se realizará una técnica de muestreo probabilística que nos asegurará la representatividad de la muestra siendo a su vez un muestreo **probabilístico aleatorio sin reemplazamiento**.

- Muestra teórica = Población embarazada a término del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, cuyo hospital de referencia sea el Hospital La Inmaculada.
- Unidad de muestreo y unidad de análisis = Embarazadas primíparas a término.

Al tratarse de un estudio aleatorio la muestra será seleccionada conforme las primíparas en período activo de parto son ingresadas en el servicio de paritorio del Hospital La Inmaculada.

El grupo experimental se corresponderá con las mujeres que, por azar, sean ingresadas en las dilataciones impares (1, 3 y 5) de la sala de paritorio y el grupo control estará constituido por las mujeres que ocupen las dilataciones pares del paritorio (2 y 4). Previamente se les dará a las mujeres un consentimiento informado para que sea leído y rellenado, y muestren su conformidad o no con formar parte de este estudio experimental.

El tamaño de la muestra será igual al número de gestantes que, cumpliendo los criterios de inclusión, sean ingresadas en el paritorio en período activo de parto.

6. Criterios de inclusión.

Gestantes primíparas a término, cuya edad esté entre 20 y 30 años, que ingresan en el paritorio del Hospital La Inmaculada cumpliendo las siguientes condiciones:

- Ingresen en período activo de parto.
- El partograma se realice adecuadamente.
- El parto quede registrado en el libro de registros de forma correcta.

Para poder evaluar el empleo de la rotura artificial de membranas para acelerar el trabajo de parto espontáneo, es importante reconocer qué se entiende por duración

normal del trabajo de parto en primíparas. Consultada la bibliografía vamos a tomar como referencia una duración media del trabajo de parto de 12 a 14 horas en primípara y en la gestante múltipara de 6 a 8 horas¹⁰.

7. Criterios de exclusión.

Todas aquellas gestantes que no cumplan los criterios de inclusión mencionados en el apartado anterior, como son:

- Gestantes múltiparas.
- Gestantes que cumpliendo estos requisitos presenten un embarazo múltiple.
- Gestantes primíparas tanto a término como pretérmino que ingresan en el paritorio del Hospital La Inmaculada a lo largo del año 2017, pero que no se encuentren en período activo de parto.

Variables de estudio.

- Variable dependiente: duración del trabajo de parto.
- Variable independiente: rotura artificial de membranas.
- Otras variables: edad materna, antecedentes ginecológicos.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar.

1. Libros de registros de paritorio.
2. Partograma protocolizado en la sala de paritorio del Hospital La Inmaculada.
3. Historia Clínica.

8. Plan de trabajo.

Calendario:

Formación del equipo de investigación (Enero)

Revisión detallada del proyecto de investigación (Enero a Marzo)

Cronograma detallado (Enero)

Realización de trámites presupuestarios para la puesta en marcha (Enero a Diciembre)

Diseño de la muestra (Abril)

Elección del equipo técnico en SPSS (Abril)

Realización del trabajo de campo (Mayo a Agosto)

Análisis y elaboración de los datos obtenidos (Septiembre a Noviembre)

Readacción de un informe de investigación (Diciembre)

Recursos humanos:

Directora de la investigación (Matrona titulada con más de 5 años de experiencia laboral pertenecientes a la plantilla del paritorio del Hospital de La Inmaculada)

Investigadores (matronas tituladas pertenecientes a la plantilla del paritorio del Hospital de La Inmaculada)

Estadístico (conocimientos avanzados en SPSS)

Recursos materiales:

Salas de dilatación

Material de equipo de parto

Bibliografía

Software IBM SPSS Statistics 23.0 - agosto 2014

Edición e impresión de los resultados

9. Bibliografía

1. Bricker L, Luckas M. Amniotomía como único proceder para la inducción del trabajo de parto. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 4. Oxford: Update Software.
2. Boulvain M, Stan C, Irion O. Despegamiento de membranas para la inducción del trabajo de parto. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 4. Oxford: Update Software.
3. Andrés Carvajal J, Martinovic CP, Fernández CA. Parto Natural. ¿Qué nos dice la evidencia? Revista de Ciencias Médicas, 2017; 42: 49-60 FALTA PAGINA INICIAL-FINAL
4. Acién-Álvarez P, Quereda-Seguí FJ. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Alicante: Molloy, 2001.
5. Goffnet F, Fraser W, Marcoux S, Breart G, Moutquin J, Daaris M. Early amniotomy increases the frequency of fetal heart anomalies. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1997; 104: 340-6.
6. Robertson A. Chapter 6. How can I help? The midwife companion. ACE Graphics, 1997.
7. Bohra U, Donnelly J, O'Connell MP, Geary MP, MacQuillan K, Keane DP. Active management of labour revisited: the first 1000 primiparous labours in 2000. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2003; 23(2):118-20.
8. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Chapter 35. Prolonged labour. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd Edition. Oxford: Oxford University Press, 2000:332-40.
9. Frigoletto FD, Lieberman E, Lang JM, Cohen A, Barss V, Ringer S, et al. A clinical trial of active management in labour. New England Journal of Medicine 1995; 333(12):745-50.
10. Friedman EA. Labor Clinical evaluation and management. 2ª Ed. New York: Appleton Century Erofots, 1978.