

Efecto de la postura de Sims modificada sobre la rotación y descenso de la presentación en nulíparas con analgesia epidural

Effect of Sims modified position over the rotation and foetus progress down on women on their first birth with epidural anaesthesia

Autor: Rosa Ana Martín de Vega, Belén Feijóo Iglesias, Gema Magdaleno del Rey, Rosa María Rodríguez Ferrer, Ana María Ruiz Rey

Dirección de contacto: mtzmanero@terra.es

Fecha del trabajo: 10/11/2006

Centro de Trabajo: (1-5) Hospital Universitario de La Paz

Resumen: La utilización de la analgesia epidural en el trabajo de parto ha dado lugar al aumento del tiempo en el proceso de dilatación, así como del periodo de expulsión fetal, esto nos ha llevado a buscar alguna posición que favoreciera el paso del cilindro fetal por el canal del parto haciendo que el tiempo para ello se redujera.

Las posiciones más habituales que se utilizan en nuestro país durante el segundo periodo son las de Sims, la de semi-Fowler, y la de litotomía o posición obstétrica, utilizada preferentemente cuando el feto está en III-IV plano y se va a producir el parto.

Tras la remodelación de los paritorios y la adquisición, por parte de nuestro hospital, de unas camas articuladas que ofrecen la posibilidad de convertirse en mesa de partos, se empezó a utilizar por parte de un grupo de matronas la posición de Sims con la modificación que este tipo de camas hace posible, consistente en levantar una de las perneras. La mujer en decúbito lateral coloca la pierna anterior sobre la pernera en posición paralela a la inferior, evitando la separación forzada de ambas rodillas, permaneciendo firme y segura durante el segundo periodo de parto o periodo expulsivo y agarrándose a los asideros que proporciona la cama para realizar sus pujos.

Mediante la realización de un estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorizado con dos grupos, un control y otro experimental queremos evaluar si la posición de Sims modificada disminuye la duración del segundo periodo del parto, así como examinar si ésta posición facilita la rotación y el descenso del cilindro fetal por el canal del parto.

Palabras clave: Enfermería obstétrica, analgesia epidural, expulsivo, posición, parto.

Abstract: The use of epidural anaesthesia during birth process has made that both second stage of labour time and foetus expulsion time has increased. This has made that we will look for another position to favour the foetus progress down the birth canal so that time of the second stage of labour will decrease.

The most usual positions on our country are the Sims and Semi-fowler ones, and the obstetric position, which is generally used when foetus is in III or IV level and birth is going to take place.

After the hospital redesigning, our hospital bought some new articulated beds which may be transformed into birthing bed, and some of the midwives that work there started to use this Sims position with the modification that this kind of bed permit, consisting on lifting one of the women legs. Woman is collocated lying on her side with one of her legs parallel to the other, but one of them is lift, avoiding the forced knees separation, being the woman firm and secure during all second stage of labour and expulsion period, using the squatting bar to help her when pushing.

Therefore, an experimental study has being designed in order to know whether Sims modified position reduce the second stage of labour time, and also to know if this position favours the foetus rotation and progress down the birth canal.

Women will be randomly divided into two groups, the control group and the experimental group.

Key words: Obstetrical nursing, epidural anaesthesia, foetus expulsion, position, childbirth

INTRODUCCIÓN

Las mujeres que acuden a un centro hospitalario para parir, en su mayoría solicitan la administración de analgesia epidural ya que es en la actualidad la forma más efectiva de aliviar el dolor inherente al parto.

Finalizando nuestro pasado siglo se revisaron en algunos centros la tasa de utilización de la analgesia epidural en los partos, siendo de un 40% la media de administración en partos espontáneos y ascendiendo al 68% aquellos que se realizaron por inducción (1). En nuestro centro de trabajo (Hosp. Univ. La Paz), en el pasado 2005, la media de aplicación de analgesia epidural estuvo en el 64,19% del total de 10122 partos (2).

La utilización de la analgesia epidural ha dado lugar a la observación por parte de los profesionales del aumento del tiempo en el proceso de dilatación, así como del periodo de expulsión fetal (3, 4). Entre las causas que se barajan se encuentra la disminución de la dinámica uterina y la del reflejo fisiológico de pujo (el tiempo estimado clásicamente de un expulsivo normal es de 60 minutos en primíparas y 30 minutos en múltiparas) pero no parece observarse una relación directa entre la mayor duración del expulsivo y su asociación con la morbilidad perinatal (5,6), no así la mayor incidencia de partos instrumentales atribuibles a veces también a otros factores como primiparidad, peso fetal, tendencia a abreviar el expulsivo sin sufrimiento fetal y forma de administración de la analgesia (7,4). No obstante, múltiples tratados de Obstetricia y los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), recomiendan extremar la vigilancia fetal con todos los métodos disponibles y el replanteamiento de la actuación obstétrica en los casos en los que se superen estos tiempos de expulsivo (8).

Otro efecto que parece relacionado directamente con la aplicación de la analgesia epidural en el trabajo de parto, es el incremento de la temperatura a lo largo del proceso de dilatación y ello en relación directa con el tiempo pero sin que ello pudiera asociarse con morbilidad perinatal (3).

Esto nos ha llevado a buscar alguna posición que favoreciera el paso del cilindro fetal por el canal del parto haciendo que el tiempo para ello se redujera (9,10,11,12).

En nuestro entorno asistencial, las mujeres permanecen durante su dilatación en la cama, la mayoría de las veces tumbadas o bien con alguna elevación del cabecero, los movimientos son libres siempre que se constate el bienestar fetal pero muy limitados debido a la monitorización de todo el proceso, a la falta de monitores con telemetría y a la administración de la analgesia epidural que les impide movilizar con fuerza y eficacia los miembros inferiores. Es en el segundo periodo del parto donde a la mujer se le dirige la posición a adoptar basado en la estática fetal, el bienestar fetal o en criterios personales del obstetra o la matrona.

Las posiciones más habituales que se utilizan en nuestro país durante el segundo periodo son las de Sims (decúbito lateral, preferentemente izquierdo), la de semi-Fowler (semisentada con un

ángulo no superior a 45°), y la de litotomía o posición obstétrica, utilizada preferentemente cuando el feto está en III-IV plano y se va a producir el parto (13).

Isabel F del Castillo en su libro "La Revolución del Nacimiento" aboga por la libre deambulación de la paciente para que encuentre la postura menos dolorosa y más confortable y de esa forma, favorecer la vasculación del coxis hacia atrás, la apertura de los músculos pelvianos lo que ensancha y acorta el canal vaginal en sentido anteroposterior junto con la acción de la gravedad y los movimientos de vaivén pélvicos que favorecen la expulsión fetal (14).

Recientemente se ha realizado en la Fundación de Alcorcón de Madrid, un estudio por parte de las matronas del centro que, junto con el equipo de anestesia, ha logrado combinar la monitorización de todo el proceso de dilatación mediante telemetría y la aplicación de analgesia epidural ajustando la dosis suficiente de anestésico para que la mujer pudiera deambular a la vez que no tuviera sensación de dolor (15). En este estudio se midieron además del tiempo de expulsivo, el tipo de parto, sensación de pujo y satisfacción materna. Aunque el tamaño de la muestra fue reducido, parece que la deambulación aún con analgesia epidural acorta el tiempo de expulsivo aunque este es superior a otros estudios por ellos examinados. Esto supone un avance ya que la mujer podría moverse libremente sin permanecer en cama largo tiempo, favoreciendo los movimientos de vaivén y la acción de la gravedad pero no adoptaría la postura que le resultase menos dolorosa y que según sostienen algunos estudios coincide con la más favorable para el parto, como haría en una dilatación no analgesada (16), no obstante requeriría monitores con telemetría, espacio para caminar y una vigilancia más estrecha por parte del personal sanitario o familiar que acompañara a la paciente durante la deambulación ante el riesgo de posible caída.

Tras la remodelación de los paritorios y la adquisición, por parte de nuestro hospital, de unas camas articuladas que ofrecen la posibilidad de convertirse en mesa de partos, se empezó a utilizar por parte de un grupo de matronas la posición de Sims con la modificación que este tipo de camas hace posible, consistente en levantar una de las piernas. La mujer en decúbito lateral coloca la pierna anterior sobre la pierna en posición paralela a la inferior, evitando la separación forzada de ambas rodillas, permaneciendo firme y segura durante el segundo periodo de parto o periodo expulsivo y agarrándose a los asideros que proporciona la cama para realizar sus pujos.

En la postura de Sims modificada la mujer durante el pujo realiza dos movimientos:

Al colocarse, un movimiento de contranutación y anteversión. Aumentan los diámetros anteroposteriores de la pelvis (conjugado anatómico, conjugado obstétrico y conjugado diagonal) al retroceder el promontorio del sacro y separar las alas ilíacas. Simultáneamente, el coxis avanza y los isquiones se aproximan. Esto favorece el posicionamiento de la presentación en el estrecho superior de la pelvis, la flexión de la cabeza, presentando el diámetro suboccipito-bregmático,

disminuye los diámetros de la presentación, permitiendo el encajamiento y el descenso del feto, ayudado por el mecanismo de palanca que se produce como consecuencia de la resistencia pasiva que ofrece la pelvis al descenso de la presentación por las contracciones y favoreciendo su paso al estrecho medio.

El segundo movimiento, contrario al anterior, lo realiza la mujer al contraer la postura.

Movimiento de nutación y retroversión. La mujer flexiona el tronco hacia delante agarrada al asidero de ese lado de la cama. Retrocede el coxis, aumentando el diámetro antero-posterior o subpubo-coxígeo y se separan los isquiones a la vez que el promontorio y las alas ilíacas se colocan en su posición habitual. Esto favorece el paso de la cabeza fetal por el estrecho inferior de la pelvis, adaptando la sutura sagital al diámetro antero-posterior, al mismo tiempo que el diámetro biparietal pasa entre las espinas ciáticas. Al tener levantada la pierna anterior de forma paralela a la inferior, se descomprime la pelvis, favoreciendo el proceso, a diferencia de cuando la mujer tiene las rodillas muy separadas, como sucede con la posición de litotomía, en la que se aproximan los isquiones (6,11).

A lo largo de aproximadamente año y medio desde la remodelación del paritorio, la observación a partir de la práctica clínica nos ha llevado a pensar la posibilidad de que esta postura favorezca el paso del cilindro fetal por el canal del parto disminuyendo así el tiempo de expulsivo y reduciendo el estrés fetal.

La justificación de nuestro estudio se basa en que el uso extendido de la anestesia epidural hace que lo tradicionalmente recomendado para facilitar la progresión del cilindro fetal por el canal del parto, que consistía en caminar, dar pequeños paseos, no pueda llevarse a cabo, pasando a ser función de las matronas el colocar a la mujer con anestesia epidural en la posición más cómoda para ella y segura para el feto. A este respecto la bibliografía consultada nos muestra múltiples posibilidades pero no ofrece datos concluyentes sobre los beneficios de la posición de Sims en el trabajo del parto.

Gracias a las nuevas camas articuladas de nuestro paritorio, encontramos la posibilidad de adoptar la postura de Sims y modificarla, colocando a la mujer de forma cómoda y segura en el momento de empujar.

Cada vez son más los paritorios de nuestra red sanitaria que se van modificando y remodelando a medida que los criterios y avances sanitarios cambian, y, al igual que nuestro paritorio, otros han optado por aunar en la misma habitación la sala de dilatación y de parto, optando por la adquisición de este tipo de camas y pensamos que serán esos mismos criterios los que se contemplen en la construcción de los nuevos hospitales ya en proyecto o en fase de construcción en la Comunidad de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

1. Domínguez Rojas AM, Fernández Soriano MA. Analgesia epidural y finalización del parto. *Enferm Cientif* 2002; Nov-Dic: 28-32.
2. Datos estadísticos publicados en la maternidad del Hosp. Univ. La Paz Servicio de Ginecología y Obstetricia. Diciembre 2005.
3. Marín de Vega RA. ¿Aumenta el riesgo de hipertermia la analgesia epidural en el trabajo de parto? *Excelencia Enfermera* 2006; 14 (Feb)
4. Ruiz FJ, Lacal JF, Prado M de, Gomáriz MJ, Rodríguez MI, Castellano Fd. Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perineales. *Matronas Prof.* 2001; 4 Jun: 27-30.
5. Hernández Martínez A, García Serrano I, Pascual Pedreño A, Salinas T. Influencia de la duración del expulsivo sobre la morbilidad neonatal. *Matronas*; 5(18): 14-18.
6. Hernandez Martinez A, García Serrano I, Pascual Pedreño A, García Ganzález J. Actitud activa frente al manejo expectante durante el expulsivo de gestantes usuarias de analgesia epidural. *Matronas* 2005. 5(2):29-33
7. Martínez AM, Fernández AI, Nieves R. Analgesia epidural y tipo de parto. *Rol Enferm.* 2002; 25(2)Feb: 68-71.
8. Sociedad Española de Ginecología y Obstericia (SEGO). Protocolos 2006.
9. Sáiz Puente S, Jiménez Arqués M I, Ortiz Villanueva L. Recuperación de la silla partera: una nueva experiencia en el Hosp. "Príncipe de Asturias" de Alcalá de Henares. IV Congreso Nacional I Internacional de Historia de la enfermería. Madrid: Servicio de publicaciones de la Univ. Alcalá de Henares; 2003.
10. Santos Rubio M^a A, Esteban de Castro E, Posturas de parto: ¿Bipedestación o decúbito?. *Rol de Enfermería* 1989; 12 (127): 35-39.
11. Benito Gonzalez E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. *REv Facultad de Ciencias de la Salud.* Vol. 3.2005
12. Obsborn A, cohen J. What is your experience with birth stoll? Do you recommend them? Why or why not?. [Journal Article* *Midwifery Today & Childbirth Education* 1996; 39: 12.
13. Calais-Germain B. El periné femenino y el parto. Elementos de la anatomía y bases de ejercicios. Barcelona: Los libros de la liebre de Marzo 1998; abr: 28-29.
14. Fernandez del Castillo I. La revolución del nacimiento. En busca de un parto más humano y menos traumático. Barcelona: 1995.
15. Baz M, González Casado A, De la Peña G. Efectos de la deambulación durante el parto en gestantes con analgesia epidural. *Matronas* 2004; 5(18) Dic: 26-29.
16. Carreras I. Posición materna durante el segundo periodo del parto: revisión de evidencias. *Rev. Evidentia sept-dic* 2005; 2 (6)

Hipótesis

La postura de Sims modificada disminuye el tiempo de expulsivo del segundo periodo del parto en mujeres nulíparas con anestesia epidural.

Objetivos

Principales:

1. Evaluar si la posición de Sims modificada disminuye la duración del segundo periodo del parto en mujeres nulíparas con anestesia epidural.
2. Examinar si la posición de Sims modificada facilita la rotación y el descenso del cilindro fetal por el canal del parto, en mujeres nulíparas con anestesia epidural.

Específicos:

1. Valorar si la posición de Sims modificada disminuye el tiempo de duración del descenso del cilindro fetal en mujeres nulíparas y con anestesia epidural tomando como referencia los planos de Hodge a los 0, 15, 30, 45 y 60 minutos.
2. Analizar si la posición de Sims modificada en mujeres nulíparas y con anestesia epidural varía el bienestar fetal, en función de la aparición de alteraciones en el patrón normal de registro fetal en el expulsivo (DIP I, DIP II, DIP Variables, bradicardias, taquicardia y alteraciones de la variabilidad).
3. Analizar si la posición de Sims modificada en mujeres nulíparas y con anestesia epidural disminuye la frecuencia de partos instrumentales.
4. Valorar si las mujeres nulíparas y con anestesia epidural al ser atendidas en posición de Sims modificada aumentan su satisfacción materna.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorizado, con dos grupos: un grupo control que recibirá la asistencia en la postura habitual y un grupo de intervención al que se asistirá en posición de Sims modificada.

Ámbito de estudio: Paritorio del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Sujetos de estudio: Todas aquellas gestantes nulíparas atendidas en la sala de dilatación del Hospital Universitario La Paz (Madrid) durante el primer trimestre del año 2008. Estimamos que nuestra población tendrá un tamaño aproximado de 1800 mujeres.

Tamaño muestral: El tamaño muestral calculado para un error $\alpha=0.05$ un poder de 0.80 y una diferencia de medias estimada de 0.40 es de 98 individuos en cada grupo.

Criterios de inclusión:

- Gestantes nulíparas con gestación a término.
- Feto único, longitudinal, cefálica, con criterios de peso estimado dentro de la normalidad y del lado de la fontanela menor.
- En dilatación completa
- Analgesia epidural previa en perfusión continua.
- Realización de pujos dirigidos tipo Valsalva.

Criterios de exclusión:

- Gestación múltiple.
- Patología fetal previa.
- Diagnóstico fetal anteparto de CIR o macrosomía.
- No administración previa de analgesia epidural.
- Cesáreas anteriores.
- Alteraciones sugestivas de pérdida de bienestar fetal.
- Posición fetal no determinada. No es posible saber la estática fetal al no ser posible palpar las fontanelas o no poder determinar exactamente cual de ellas es la que presenta el feto, por lo tanto en estos casos se pondrá a la paciente en decúbito lateral izquierdo, al ser esta la posición más común y se toma como la mejor postura para evitar los decúbitos y favorecer el paso por el canal del parto.

Selección de la muestra: El equipo investigador seleccionará la muestra empleando un tipo de muestreo aleatorio sistemático de usuarios atendidos en el Hospital Universitario La Paz. El plazo de reclutamiento se interrumpirá cuando se alcance el tamaño muestral calculado. La asignación de cada mujer a los grupos experimentales se realizará utilizando un procedimiento de aleatorización.

Aleatorización: La asignación aleatorizada a los grupos experimental o control se realizará mediante sobres cerrados con el fin de asegurar un tamaño muestral similar de cada uno de los grupos. Al incluir a la mujer en el estudio el investigador procederá a la apertura de un sobre donde figurará la postura asignada:

- Grupo control: Posiciones habituales, semi-Fowler o Sims.
- Grupo experimental. Posición de Sims modificada.

Variables:

- Independientes:
 - * Posición de Sims modificada del lado de la fontanela menor.
 - * Posición habitual: semi-Fowler y posición de Sims.

- Dependientes:
 - * De la madre:
 - § Tipo de parto: se considerarán únicamente tres posibilidades: eutócico, instrumental, y cesárea
 - § Tiempo de duración del segundo período del parto medido desde el momento en que su dilatación es completa, la presentación se encuentre entre SES (sobre estrecho superior) y el I plano de Hodge, de tal manera que el punto de partida sea el mismo para todas las pacientes y la medición de la duración del expulsivo sea más exacta. Se medirá a los 0,15, 30, 45 y 60 minutos. Se medirá en estos momentos pues la medición continua no es viable debido a la imposibilidad asistencial para ello, así como al innecesario aumento de riesgo de infección e incomodidad materna que produciría.
 - § Posición fetal dada la influencia que tiene la estática fetal en el descenso de la presentación para ello se considerarán ocho posibilidades:
 - OIIA.- occípito ilíaca izquierda anterior.
 - OIIP.- occípito ilíaca izquierda posterior
 - OIIT.- occípito ilíaca izquierda transversa.
 - OIDA.- occípito ilíaca derecha anterior.
 - OIDP.- occípito ilíaca derecha posterior.
 - OIDT.- occípito ilíaca derecha transversa.
 - OA.- occípito anterior pura.
 - OP.- occípito posterior.

- § Opinión sobre satisfacción materna ante la postura de expulsivo preguntado por cada investigador al finalizar el parto. Medida a través de una escala de valoración de 1 a 10 siendo 1 la menor satisfacción y 10 la mayor satisfacción.

* Del niño:

- § Aparición en el registro fetal en el expulsivo de DIP I.
- § Aparición en el registro fetal en el expulsivo de DIP II.
- § Aparición en el registro fetal de variables.
- § Aparición en el registro fetal de alteraciones en la frecuencia cardíaca.

Recogida de datos y desarrollo del estudio:

Captación: La matrona explicará a la candidata los objetivos del estudio y le invitará a participar en él. Si acepta le entregará el consentimiento informado para que lo lea, plantee las dudas que le puedan surgir y lo firme si está conforme. A continuación la matrona abrirá el sobre de aleatorización por el que quedará adscrita al grupo control o experimental.

- Grupo control: La matrona que la atiende le indicará como debe colocarse en posición de Sims o semi-Fowler.
- Grupo experimental: La matrona que la atiende le indicará como debe colocarse en posición de Sims modificada.

Para cada mujer incluida en el estudio se abrirá un campo de recogida de datos en una hoja diseñada para tal fin, en la que constarán las distintas variables objeto de nuestro estudio.

Análisis de datos: Se realizará un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las diferentes variables. Los datos se agruparán en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango o amplitud. Posteriormente se calcularán intervalos de confianza al 95% para la proporción tiempo de duración del descenso del cilindro fetal según los planos de Hodge en cada uno de los grupos de estudio. La comparación de medias entre los grupos se realizará utilizando la prueba t-student para las diferentes variables.

Todo ello se realizará mediante paquete estadístico SPSS.

Limitaciones del estudio:

- Se realiza exploraciones a las mujeres protocolizadas durante periodos de tiempo establecidos pero no sabemos con exactitud en que momento exacto la mujer pasa a dilatación completa.
- En ocasiones resulta difícil determinar la posición exacta de la presentación fetal y por lo tanto pueden existir errores al colocar a la mujer en el lado de la fontanela menor.

Rosa Ana Martín de Vega et al.

- Puede ser un posible sesgo que el grado de bloqueo motor de los miembros inferiores varíe de unas mujeres a otras, ya que varía la potencia del pujo , aunque no existe ningún dato que nos indique que ello tenga que ser diferente del grupo control al grupo experimental,
- En ocasiones la mujer puede estar en situaciones de dilatación completa y por imposibilidad de la matrona u otro personal sanitario en gestión del tiempo se posponen los pujos.
- La forma de organización del trabajo en el paritorio del hospital la Paz es piramidal, donde la decisión del facultativo prima sobre la de la matrona pudiendo esto alterar la actuación de las matronas a veces en contra de su criterio.

Consideraciones éticas: Primero se pondrá en conocimiento de la institución la realización del estudio y se solicitará la autorización del mismo por el comité ético del Hospital Universitario La Paz.

Toda mujer participante lo hará de forma voluntaria y será informada verbalmente de los objetivos del estudio y sobre qué consistirá su actuación en el mismo, y se entregará un documento de consentimiento informado (Anexo I) en el que se reforzará por escrito la información dada verbalmente y se hará hincapié en la confidencialidad de los datos y el tratamiento agregado de los mismos.

PLAN DE TRABAJO

Primera etapa: Fase de actualización de la revisión de la literatura existente y preparación de los registros (8 meses).

- Revisión crítica de la literatura existente (equipo investigador).
- Reunión con Dirección de Enfermería.
- Información de los objetivos del estudio y de su forma de desarrollo (investigador principal).
- Realización de encuentros y reuniones del equipo investigador para coordinar y homogeneizar los criterios para la recogida de datos (equipo investigador)
- Preparación de la hoja de registro de datos (equipo investigador).
- Realización de una prueba del registro piloto para ver la idoneidad del mismo (equipo investigador)

Segunda etapa: Fase de recogida de los datos (12 meses).

- Selección de los sujetos de estudio según los criterios de inclusión por muestreo aleatorio. Información y consentimiento a los participantes (equipo investigador).
- Recogida de datos (equipo investigador).

Tercera etapa: Fase de análisis de los datos (8 meses).

- Construcción de la base de datos (apoyo externo)
- Inclusión de los datos recogidos en la base de datos para su posterior análisis estadístico (SPSS) (apoyo externo)
- Explotación estadística de los datos recogidos (apoyo externo)
- Elaboración de los resultados de la investigación (equipo investigador)
- Elaboración de conclusiones (equipo investigador)
- Elaboración de la versión definitiva del estudio (investigador principal).

Cuarta etapa: Fase de divulgación de resultados (8 meses).

- Elaboración detallada del informe (equipo investigador).
- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas (equipo investigador).
- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su difusión en congresos (equipo investigador).
- Difusión de los resultados en diferentes medios y en diferentes ámbitos (profesional, comunitario y científico) (equipo investigador)

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Rosa Ana Martín de Vega: Diplomada Universitaria y Especialista en Obstetricia y Ginecología, Especialista en Pediatría y puericultura por la Universidad Complutense de Madrid. Ha trabajado en la UVI de Neonatología del Hosp. Clínico San Carlos Madrid, como matrona en los hospitales de Móstoles, Leganés, Hospital Universitario La Paz de la Comunidad de Madrid. Ganadora del segundo accésit del Premio Pfizer con el trabajo ¿Aumenta el riesgo de hipertermia la analgesia epidural en el trabajo de parto? Año 2003. Publicado en www.ee.enfermundi.com. Proyecto de investigación "Efecto de la analgesia epidural sobre la temperatura en el trabajo de parto" Hosp. Univ. La Paz. Año 2003. Ha participado en numerosos cursos y trabajos relacionados con la profesión.

Rosa Ana Martín de Vega et al.

Gema Magdaleno del Rey: Diplomada Universitaria en Podología y Enfermería, y especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica. Ha trabajado en diferentes servicios asistenciales en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada. Actualmente trabaja como Matrona en el Hospital Universitario La Paz. A nivel académico ha participado en diferentes proyectos científicos relacionados con la Enfermería. En desarrollo ahora mismo participa en calidad de investigadora principal en el proyecto becado por el FIS: “Estudio comparativo randomizado de los efectos del parto en mujeres con analgesia epidural en posición lateral y mediante pujos fisiológicos y en posición de litotomía con pujos en Valsalva”.

Asimismo, se realiza cursos relacionados con la investigación cualitativa, con el objetivo de trabajar en ese ámbito.

Belén Feijóo Iglesias: Diplomada Universitaria en Enfermería y Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica. Ha trabajado en diferentes servicios de carácter asistencial y preventivo. Actualmente trabaja como Matrona en el Hospital La Paz. Simultáneamente ha realizado numerosos cursos relacionados con la Enfermería. Participó como investigadora en el proyecto becado por el FIS “Características del SIDA en Fase Terminal: Evolución de la Clínica, Calidad de Vida y Uso de Servicios”

Actualmente también colabora como docente en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid.

Rosa María Rodríguez Ferrer: Diplomada Universitaria en Enfermería y Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica. Ha trabajado en diferentes servicios de carácter asistencial como Enfermera de Empresa, en el Consejo Superior de Investigaciones científicas y como Matrona. Actualmente trabaja en el Hospital universitario La Paz. Ha realizado numerosos cursos relacionados con la profesión y proyectos científicos en el ámbito de la Enfermería.

Ana María Ruiz Rey: Diplomada Universitaria en Enfermería y Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica. Ha trabajado en numerosos servicios de carácter asistencial como Enfermera, Enfermera de empresa y Matrona. Actualmente trabaja en el Hospital Universitario La Paz. Ha participado en numerosos cursos relacionados con la profesión. Actualmente se encuentra realizando cursos en el ámbito de la investigación cualitativa.

UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Si con la posición de Sims modificada se favorece y facilita el segundo período del parto obtendremos beneficios tanto para la madre como para el feto con disminución de las distocias de presentación y rotación.

Se verían por lo tanto disminuidas también las actuaciones obstétricas y el número de partos instrumentales por lo que se minimizan los riesgos de morbilidad perinatal que pudieran asociarse, a la vez que se podrían reducir el número de cesáreas por distocias.

La disminución de la estancia de la mujer en las salas de dilatación mejoraría la calidad asistencial y la optimización de los recursos existentes, haciéndolos más ágiles.

En relación al coste económico se tendría que valorar la disminución del mismo al reducir el tiempo de permanencia en las áreas de dilatación y partos, en ocasiones sobrecargadas debido a la importante presión asistencial de las áreas y también el gasto que otras actuaciones obstétricas (partos instrumentales, cesáreas) llevan acarreados ante la necesidad de requerir la apertura de quirófanos, la presencia de personal sanitario de esa área y del servicio de anestesia y el aumento de la estancia hospitalaria de la mujer y el niño.

MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

La Fundación para el Desarrollo de la Enfermería es una fundación sin ánimo de lucro que tiene por objetivos:

- Potenciar el desarrollo de la salud en todas sus vertientes
- Contribuir a la prevención y mejora de las situaciones de desigualdad social, marginación y/o necesidad, fomentando las iniciativas de solidaridad e interés general que promuevan la calidad de vida infantil, de los mayores, de la mujer, de los trabajadores, de los discapacitados, de los drogodependientes, de los afectados por VIH/SIDA, de inmigrantes, refugiados y desplazados, de reclusos, así como la promoción del voluntariado

Dispondríamos de las estructuras que posee la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería: Salas de entrevista, biblioteca con acceso a las principales bases de datos, recursos informáticos, así como de personal cuyo apoyo puntual pueda ser necesario en algún momento de la investigación.

AYUDA SOLICITADA Y JUSTIFICACIÓN DE LA MISMA

Material inventariable: En la Fundación actualmente no disponemos del programa informático SPSS, que supone un soporte informático imprescindible para el análisis de los datos obtenidos. Por otro lado, el programa podrá servir para próximas investigaciones, cuya obtención sería posible con el dinero de la subvención.

Asimismo, sería imprescindible el uso de un ordenador portátil que permitiría a los investigadores agilizar el procesamiento de los datos recogidos.

Para realizar adecuadamente el trabajo de campo sería necesaria la utilización de un PDA para el investigador principal y dos colaboradores para agilizar el registro de datos "in situ".

Material fungible: En cuanto al material fungible se precisará material de oficina, correos, telecomunicaciones, fotocopias, etc necesarias en las diferentes fases de recogida, análisis de datos y divulgación del proyecto.

Los resultados de la investigación serán difundidos a profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid y a diferentes profesionales sanitarios, por lo que se hace necesario alquilar el local en el que tenga lugar el evento.

Viajes y dietas: Precisaremos el dinero necesario para los viajes de campo que deberá realizar el equipo investigador en la realización del mismo, ya que es necesario que se produzcan reuniones entre el equipo investigador para la preparación y coordinación del equipo, y que debido a la dispersión geográfica incluye viajes y dietas, de ahí que se solicite una partida importante para este concepto.

También serán necesarios realizar viajes para difundir los resultados.

Contratación servicios externos: Parte del dinero obtenido se destinará a la contratación de personas que realicen labores como la creación de la base de datos, la inclusión de los datos en la base, y el análisis de los datos estadísticos, así como la traducción de los resultados para su difusión en los Congresos Internacionales.

PRESUPUESTO SOLICITADO	
1. Gastos de personal	Euros
SUBTOTAL	
2. Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos)	
Ordenador Portátil Hewlett Packard	1.750,00 €
PDA Hewlett Packard	900,00 €
Programa Informático SPSS	1.255,00 €
Bibliografía (global)	750,00 €
Material de oficina (fase recogida, análisis de datos y divulgación resultados)	600,00 €
Servicios externos:	
Diseño-Elaboración Base Datos Estadística	500,00 €
Introducción de datos	600,00 €
Introducción de datos	1.200,00 €
Apoyo estadístico para análisis de los datos	610,00 €
Traducciones difusión	600,00 €
SUBTOTAL	8.765,00 €
b) Viajes y dietas	
Dietas de campo	600,00 €
Divulgación resultados:	
- Encuentro Investen: Foro investigaciones	1.500,00 €
- Congreso Enfermería Quirúrgica	1.500,00 €
- Congreso Internacional de Enfermería	2.000,00 €
SUBTOTAL	5.600,00€
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	14.365,00 €
TOTAL AYUDA SOLICITADA	14.365,00 €

ANEXO I : Consentimiento informado

Hoja de información

Estamos realizando un ensayo clínico para medir la duración del período expulsivo en posición de Sims modificada y comprobar si es menor que en otras posiciones.

Si decide participar en el estudio, seleccionaremos la posición en la que va a ser atendida durante el parto al azar, el hecho de elegir una u otra postura no supone ningún riesgo para su salud o para la salud del bebé, tampoco se verá sometida usted ni su hijo a ninguna prueba complementaria por ésta situación.

Su participación en el estudio tiene un carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación de asistencia que va a recibir ni se produzca perjuicio en su tratamiento.

Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial y serán tratados en su conjunto, no de forma individual.

La matrona que le atiende podrá contestar a sus dudas y preguntas.

Efecto de la postura de Sims modificada sobre la rotación y descenso de la presentación en nulíparas con analgesia epidural.

YO.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con.....(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad par participar en el ensayo

Fecha.

Firma del participante.