



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

Satisfacción por parte de las usuarias y resultados obstétricos del uso de sonda vesical, para la inducción de la maduración del cérvix uterino en la maternidad del CHPR.

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Lucia Landaco

Br. Florencia Larronda

Br. Daniela Machado

TUTORA: Dra. Fernanda Gómez

Montevideo, Diciembre 2019

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
ANTECEDENTES.....	19
OBJETIVOS.....	21
METODOLOGÍA.....	22
PROCESAMIENTO DE DATOS.....	24
CONCLUSIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXO 1	38
ANEXO 2	39
ANEXO 3	40
ANEXO 4	41

AGRADECIMIENTOS

Elaborar una tesis de grado es un mérito personal debido al compromiso, responsabilidad, disciplina, sacrificio e investigación que requiere, lo cual los autores no somos las únicas personas implicadas con el producto final. Por estos motivos es importante agradecer a todas las personas que de una manera u otra colaboraron con nuestro trabajo final.

A la Prof. Adj. Dra. Fernanda Gómez de la Clínica Ginecotocológica A, en su rol de tutora, por su apoyo e información para la realización de nuestro trabajo.

A la Obstetra Partera Leticia Rumeu, integrante del equipo de gestión del Departamento Obstétrico, Maternidad del CHPR, en su rol de cotutora, por su valiosa dedicación, paciencia, asesoría en los conceptos estructurales y apoyo en todo momento.

A la Obstetra Partera Virginia Guillen, en su rol de cotutora, por la asesoría en los conceptos estructurales y apoyo brindado.

A la Lic. Guadalupe Herrera Álvarez, Asistente del Departamento de Métodos Cuantitativos de la Facultad de Medicina, por su compromiso y apoyo para el proceso de los datos obtenidos.

A Brenda Rial, Técnica Universitaria en Corrección de Estilo, por su colaboración en la ortografía, la gramática, la sintaxis, el estilo y el formato de texto en la etapa de composición del trabajo.

A Alfredo Rodríguez, Diseñador gráfico por su desempeño y dedicación a nivel del diseño y estructura del trabajo.

En general, a todas la Instituciones, archivos, bibliotecas que de alguna manera contribuyeron a facilitarnos el acceso a la información requerida para alcanzar los objetivos trazados en este Trabajo de investigación.

RESUMEN / ABSTRACT

En esta investigación pretendemos conocer la satisfacción de la usuaria y los resultados obstétricos de mujeres embarazadas del Centro Hospitalario Pereira Rossell, a las cuales se les realiza inducción de la maduración del cérvix con sonda vesical. Realizamos un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se estudiaron 425 casos, la principales variables en estudio son: edad, paridad, vía de finalización de la gesta anterior, motivo de indicación de finalización de la gestación, evolución del uso de sonda Foley (según Bishop), método de continuación de inducción y vía de finalización de la gesta actual.

Los resultados mostraron la sonda Foley como inductor de la maduración cervical usado aisladamente, alcanza de forma exitosa su objetivo en un 67,5 % de los casos. Las variables edad, raza, antecedentes obstétricos, ginecológicos y edad gestacional, no afectan sus resultados. 7 de cada 10 usuarias, identificaron la utilización del método como una experiencia positiva. Las chances de continuar el trabajo de parto de forma espontánea, es 2.38 veces más elevadas, cuando la maduración del cérvix uterino ser realiza mediante el uso de sonda Foley.

In this investigation we pretend to know the satisfaction and the obstetric results of the pregnant women of the Hospital Center Pereira Rossell, which are done via induction of the cervical maturation with a urinary catheter. To the effects, in the period of internment, we will inquire about their experience in the process of induction. 425 cases were studied, main variables in the study are: age, parity, via ending of previous pregnancy, motive of indication of pregnancy ending, evolution of the use of Foley catheter (according Bishop), induction continuation method and via finalization ending of current pregnancy.

The results shown that the Foley catheter as inductor of the cervical maturation used in isolation, reach of a successful way their object in a 67.5% of the cases. The variables age, race, obstetrics background, gynecological and gestational age, doesn't affect the outcomes. 7 Out of 10 users, identified the use of the method as a positive experience.

The chances of continuing the labor in a spontaneous way is 2.38 more high than when the maturation of the uterine cervix is realized with the use of the Foley catheter.

INTRODUCCIÓN

Como estudiantes de la Escuela de Parteras, en nuestro curso de clínica obstétrica II en tercer año, nos pareció importante investigar sobre el uso de la sonda Foley como terapéutica para la inducción de la maduración cervical, ya que este mecanismo utilizado en la antigüedad, vuelve a ser implementado en la práctica clínica y conocer más en profundidad su eficacia, nos llevó a elaborar esta propuesta de investigación.

Comenzó su utilización en marzo del 2017 en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), como maniobra alternativa que aporte mejoras a la evolución de la inducción farmacológica hacia un trabajo de parto. Ya que, el informe de gestión y sistema informático perinatal del Hospital de la Mujer del CHPR, muestra como indicación de cesárea, ubicada en tercer lugar según frecuencia, al fracaso de inducción, de forma mantenida desde el año 2014.

Posteriormente se publica un protocolo asistencial en referencia a la utilización del mismo.

Nosotros planteamos valorar los resultados obstétricos del uso del balón endocervical como inductor de la maduración cervical y la satisfacción de la usuaria en referencia al mismo.

MARCO TEÓRICO

Definición de **embarazo**

Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación entonces este atraviesa el endometrio e invade el estroma), el proceso de implantación finaliza cuando el defecto de la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación comenzando entonces el embarazo. (10)

Control prenatal

Según OMS el control de embarazo se define como una serie de visitas programadas y asistenciales que se concretan con el equipo de salud, con el fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y crianza del recién nacido con el objetivo de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

El control prenatal debe ser:

- Precoz, donde su inicio debe ser en el primer trimestre para realizar promoción y prevención de la salud y detectar factores de riesgo.
- Periódico, la frecuencia dependerá del nivel de riesgo social, psicológico y/o patológico.
- Completo, en contenidos de estudios paraclínicos realizados e intervenciones requeridas según edad gestacional.
- Amplia cobertura, se debe promover el control prenatal a la mayor cantidad de población posible, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad de la atención. (6)

Inducción del trabajo de parto:

La Inducción del trabajo de parto es un procedimiento indicado para la interrupción de la gravidez, ya sea en respuesta a una patología materna, fetal o frente a un embarazo en vías de prolongación.

La inducción del parto es el procedimiento dirigido a desencadenar con -tracciones uterinas con el objetivo de lograr un parto por vía vaginal. Indicaciones frecuentes de inducción de trabajo de parto:

- Embarazo en vías de prolongación y embarazo prolongado (principal indicación de inducción del trabajo de parto en la maternidad del CHPR, se desarrolla como tema a continuación)
- Disminución de movimientos fetales.
- Estados hipertensivos del embarazo / Síndrome preeclampsia eclampsia.
- Colestasis gravídica.
- Diabetes gestacional.
- RCIU estadio I

La elección del tipo de inducción, dependerá de la madurez del cuello uterino de cada usuaria. El cuello uterino se valora con una escala que va desde desfavorable a favorable y se puede cuantificar mediante el índice de Bishop.

EXPLORACIÓN	PUNTOS			
	0	1	2	3
DILATACIÓN CERVICAL (CM)	Cerrado	1 – 2	3 – 4	5 – 6
BORRAMIENTO CERVICAL (%)	0 - 30	40 – 50	60 – 70	80
ALTURA DE LA PRESENTACIÓN	I	II	III	IV
CONSISTENCIA DEL CUELLO	Firme	Media	Blanda	
POSICIÓN DEL CUELLO	Posterior	Intermedio	Centrovaginal	

En el puntaje de Bishop se valora la dilatación (en cm), la posición del cuello uterino según el eje de la vagina, el borramiento (en %), el descenso de la presentación (planos de Hodge) y la consistencia. Se considera un cuello desfavorable aquel que presenta un índice de Bishop ≤ 6 , lo que podría corresponder al período de preparto. Cuando se detecta un cuello en esta situación, el objetivo es provocar las modificaciones del cervix propias del trabajo de parto, a través de la maduración cervical mediante terapéuticas mecánicas o farmacológicas.

La maduración cervical es el procedimiento dirigido a facilitar el proceso de ablandamiento, borramiento y dilatación del cuello uterino y así lograr un índice de Bishop > a 6, para que pueda comenzar la fase activa del trabajo de parto.

Hay dos tipos de maduración cervical: Mecánica y/o farmacológica.

La sonda Foley - de uso cervical - es un mecanismo de acción mecánica no farmacológico para la inducción de la maduración del cérvix uterino. Con su colocación se logra la dilatación progresiva del cuello uterino a través de la presión mecánica y el aumento de la producción endógena de prostaglandinas. Su uso presenta una eficacia similar al de las prostaglandinas para este fin.



Fig. C

La inducción de la maduración cervical dependerá de la situación obstétrica de cada paciente, siendo una de las condicionantes el estado de las membranas ovulares. Con membranas ovulares íntegras, la terapéutica recomendada es el uso de sonda Foley.

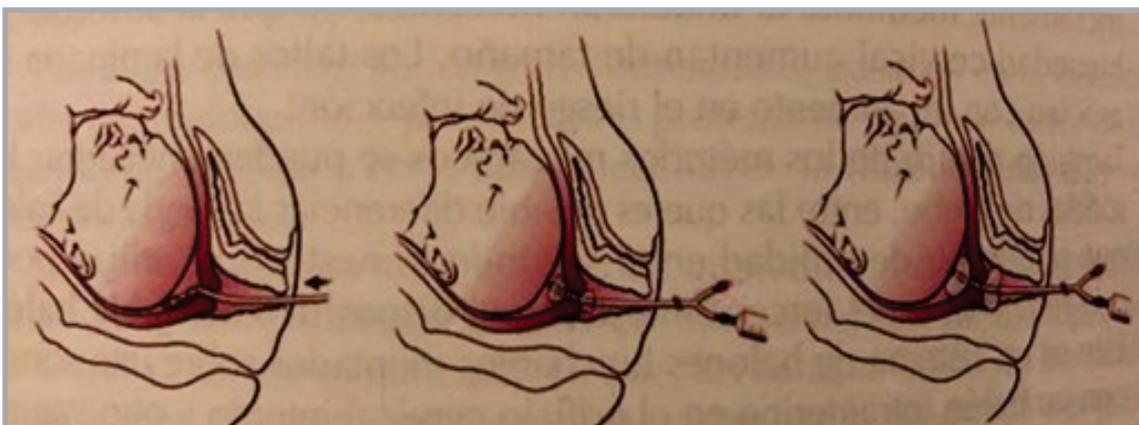


Fig. D

Fig. C: <https://www.medicalcenter.com.mx/sonda-foley-medtronic-curity-100-latex-con-recubrimiento-de-silicon-12-fr-globo-5-cc-2-vias>

Fig. D: Manejo del riesgo obstétrico Castán - segunda Edición

Según protocolos clínicos de la Maternidad del CHPR la **técnica** de colocación se realiza en posición ginecológica. Se inserta un espéculo estéril en la vagina, para visualizar y tener acceso al cérvix. Luego se realiza asepsia con solución antiséptica antes de colocar el dispositivo, para evitar infecciones. Se insertan el orificio cervical externo un catéter Foley número 16-18, se desliza por el canal uterino atravesando el orificio cervical interno, para llegar a la cavidad uterina, de manera tal que este quede en el espacio extra amniótico. Se insufla el balón de la sonda con 30 a 60 ml de suero fisiológico y se tracciona suavemente hacia atrás de modo que quede en el borde del orificio cervical interno; por último, se retira el espéculo y el extremo de la sonda se fija en la cara interna del muslo de la usuaria.

La sonda se deja colocada hasta 12 horas, si no se expulsa espontáneamente antes, y se revalora el estado del cuello uterino por puntaje de Bishop.



Fig. E

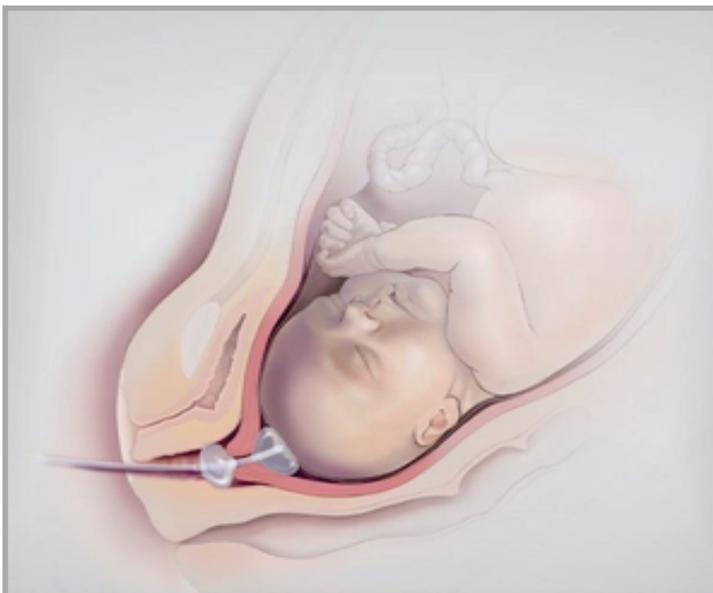


Fig. F

Fig. E: Medmovie.com - <https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&ved=2ahUKEwi08-fm1KHkAhXmIbkGHfxQD1kQjhx6BAgBEAl&url=https%3A%2F%2Fmedmovie.com%2Fportfolio-item%2Fstonebreaker%2F&psig=AOvVaw36GwOBgFte2tN3dJrA Yf20&ust=1566947279122149>

Fig. F: <https://www.meddeviceonline.com/doc/cook-medical-introduces-device-to-natur-ally-p-0001>

Cuidados: durante este procedimiento se debe controlar la salud fetal con cardiotocograma durante 20 minutos luego de la colocación de la sonda.

El control de la evolución se realiza mediante tactos vaginales restrictivos, por lo general nunca antes de las 4 horas de la colocación.

Contraindicaciones: membranas ovulares rotas; placenta previa oclusiva; vasa previa; situación fetal transversa; prolapso de cordón o prociencia persistente del cordón umbilical; antecedentes de cesárea no segmentaria; infección herpética genital activa, y miomectomía previa con entrada a la cavidad uterina.

Para la maduración cervical farmacológica, la herramienta utilizada es **Prostaglandinas**, son sustancias derivadas del ácido araquidónico.

Se administran localmente prostaglandinas de tipo E1 - misoprostol o E2 - Dinoprostona. Estas producen modificaciones cervicales por un doble mecanismo: a) modificaciones histológicas a nivel del tejido conectivo del cérvix, similares a los que se observan al comienzo del trabajo de parto de un embarazo a término (disolución de los haces de colágeno y aumenta el contenido hídrico de la submucosa) b) producción de contracciones uterinas.

Misoprostol: Es un análogo sintético de la prostaglandina E1. El mismo es seguro y de bajo costo para la maduración cervical. Es de segunda elección de no contar con Dinoprostona. Comparado con la Dinoprostona, éste genera mayor tasa de hiperestimulación uterina (de 25 - 100 mcg) y se utiliza en ausencia de contraindicaciones.

Contraindicaciones absolutas: Preeclampsia severa, Eclampsia, Cesárea previa, edad gestacional menor a 34 semanas.

Vía: Se puede utilizar oral o vaginal. En mujeres con membranas íntegras se utilizará vaginal. Se prefiere oral en mujeres con membranas rotas por menor riesgo de infección que el uso vaginal; además de tasas más bajas de hiperestimulación.

Dosis: 20-25 mcg via oral/vaginal cada 4 horas hasta un máximo de 3 dosis.

Según Protocolos Clínicos en la Maternidad y Guías MSP 2014.

Dinoprostona: es el primer método que se recomienda en dispositivo vaginal de liberación prolongada, que contiene 10 mg de Dinoprostona, con una tasa de liberación de 03 mg/h, puede permanecer en vagina hasta que se logre la maduración vaginal, máximo 24 hs en mujeres con membranas íntegras. En caso

contrario se puede administrar oxitocina a los 30 minutos de retirado el dispositivo. La ventaja más importante es que se puede retirar fácilmente ante cualquier complicación en la madre y en el feto, como por ejemplo hiperdinamia o pérdida de bienestar fetal.

Efectos secundarios del uso de prostaglandinas: Se pueden presentar efectos indeseables como diarrea, náuseas y vómitos.

El método que no se recomienda son las Prostaglandinas E1 o Dinoprostone en gel de uso vaginal.

Definición de fracaso de inducción:

La estimación global para el fracaso de inducción con un cérvix desfavorable es de un 15 %. Debe considerarse que estamos frente a un fracaso de inducción cuando no se consigue la evolución a la fase activa del trabajo de parto, luego de 24 horas de inducción con oxitócica, con membranas rotas (si es posible y con dinámica adecuada). Una vez realizado este diagnóstico se puede ofrecer a la mujer continuar con la inducción durante 6 horas más en caso de ser clínicamente posible o bien interrumpir la inducción y realizar una cesárea de urgencia (14)

Definición Embarazo en vías de prolongación

Se define como gestación cronológicamente prolongada, como aquella que sobrepasa las 42 semanas de duración, asociada a un aumento en la morbi-mortalidad materna perinatal. Este aumento de riesgo inicia a partir de las 41 semanas, situación a la que denominamos embarazo en vías de prolongación (gestación que inicia a partir de las 41 semanas de edad gestacional hasta 41 + 6 días). Las complicaciones que se asocian son: síndrome de aspiración meconial, oligoamnios, macrosomía, distocia de hombros, acidosis neonatal, bajo Apgar, así como también complicaciones maternas tales como el parto instrumentado y desgarros en el canal de parto (13-17)

Los factores de riesgo asociados a embarazos en vías de prolongación son: Antecedentes de embarazo prolongado, obesidad materna, aumento excesivo de peso durante este embarazo, primigesta, edad materna avanzada, alteraciones fetales como anencefalia y feto masculino.

Edad gestacional:

Es el término común usado durante el embarazo para describir que tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. (8)

Cálculo de edad gestacional:

Podemos realizarlo a partir de la clínica considerando la fecha de última menstruación normal (FUM), hasta el nacimiento. Para realizar el cálculo de edad gestacional, debemos tener en cuenta la fecha de última menstruación, teniendo que ser ésta cierta, segura y confiable. Cuando hablamos de cierta, hacemos referencia a que la usuaria recuerda exactamente el primer día de la última menstruación. Segura, cuando sus tres ciclos anteriores fueron de características similares (cantidad, color y aspecto), decimos que es confiable cuando dicha paciente no estaba utilizando un método anticonceptivo hormonal ni se encontraba en período de lactancia. Las semanas de gestación se pueden calcular utilizando como herramienta el gestograma del Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva (CLAP/SMR) haciendo coincidir la flecha roja que dice “fecha en que comenzó la última menstruación” con el día de la FUM y buscando la fecha correspondiente al día de la consulta se obtendrán las semanas de amenorrea. La gestación debe medirse en semanas completas y se podrá dividir en trimestres.

La estimación clínica de la edad gestacional se realiza habitualmente mediante la FUM. Esta herramienta presenta limitaciones, ya que sabemos que un gran porcentaje de las mujeres no recuerdan esta fecha con exactitud, los ciclos ovulatorios pueden variar en cada mujer, así como el día fértil y la implantación no pueden ser conocidos.

La ecografía transabdominal permite diagnosticar el embarazo alrededor de la 5ta-6ta semana a partir de la fecha de última menstruación, mediante la visualización del denominado saco gestacional. No puede diferenciarse todavía el botón embrionario que recién aparecerá una semana más tarde. La actividad cinética y cardíaca embrionaria solo se aprecia a partir de 7°- 8° semana. Con la técnica transvaginal las características descritas se pueden visualizar antes: a las 4 semanas de la fecha de última gestación se ve el saco gestacional, a la 5°

semana se puede visualizar el embrión y a la 6° semana la actividad cardíaca. Para un correcto cálculo de la EG se utiliza en el primer trimestre la Longitud Céfalocaudal (LCC), siendo en éste el margen de error en su cálculo de 5-7 días. El momento más preciso es cuando el embrión mide entre 10 y 60 mm (entre las 7 y las 12 semanas), cuando contemos con más de una ecografía en el primer trimestre debemos usar la que informe un LCC de al menos 10 mm. Entre las 12 y 14 semanas el LCC y el diámetro biparietal (DBP) son similares para el cálculo de la EG. Se recomienda el LCC hasta los 84 mm y el DBP luego de los 84 mm. En el segundo y tercer trimestre el cálculo de la edad gestacional, mediante ecografía, es menos preciso y el conjunto de múltiples parámetros biométricos (DBP, perímetro cefálico (PC), perímetro abdominal y longitud del fémur) deben ser usados para determinar la EG. Hay que tener en cuenta que el PC es uno de los parámetros aislados con menor error. Cuando se calcula la EG por una ecografía del tercer trimestre es menos precisa, teniendo un mayor margen de error.

Actualmente el mejor método para confirmar la edad gestacional es la evaluación ecográfica, teniendo menor margen de error cuando es precoz, antes de las 12 semanas.

En caso de que la medida ecográfica o la fecha del último período menstrual no estén disponibles, la edad gestacional puede basarse en la estimación clínica. Pudiéndose calcular mediante la medición de la altura uterina, percepción de movimientos fetales por parte de la madre, la presencia de latidos fetales y/o la palpación de partes fetales.

Cuando tenemos una FUM incierta, es decir cuando la usuaria no recuerda el primer día de la última menstruación, ni tampoco contamos con una ecografía el signo que nos orienta a aproximar la EG es la medición de la altura uterina pudiéndose medir a partir de las 12-13 semanas de gestación, dado que a partir de éstas es posible comprobar el aumento de tamaño del útero por encima del pubis si se deprime suavemente el abdomen, por arriba de la sínfisis. La medición de la altura uterina se debe de realizar con la usuaria en posición ginecológica, se mide en cm con una cinta métrica de material flexible e inextensible desde el pubis hasta

el fondo uterino determinado por palpación. El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano mientras entre el dedo índice y mayor de la otra se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino. (16) Este método utilizado de manera aislada tiene una variabilidad de ± 3 semanas. (7) Los valores de altura uterina estimados según edad gestacional dados por el CLAP y la OMS muestran una correlación aproximada entre los centímetros de altura uterina y las semanas de gestación en etapas tempranas, así, a un embarazo de 25 semanas le corresponde una altura uterina de aproximadamente 25 cm. Pero cuando el embarazo está muy avanzado ya no se da esta correspondencia. Se transcribe tabla de altura uterina en cm. según percentiles (10, 50, 90) para cada semana de embarazo. Según la OMS, CLAP.

Semanas	Altura Uterina** en cm	
	10	90
13	8.0	12.0
14	9.0	14.0
15	10.0	15.0
16	12.0	17.0
17	13.0	18.0
18	14.0	19.0
19	14.0	20.0
20	15.0	21.0
21	16.0	22.0
22	17.0	23.0
23	18.0	23.0
24	19.0	24.0
25	20.0	25.0
26	20.0	26.0
27	21.0	27.0
28	22.0	27.0
29	23.0	28.0
30	24.0	29.0
31	24.0	30.0
32	25.0	30.0
33	26.0	31.0
34	26.0	32.0
35	27.0	33.0
36	28.0	33.0
37	29.0	34.0
38	30.0	34.0
39	31.0	35.0
40	31.0	35.0

Fig. A

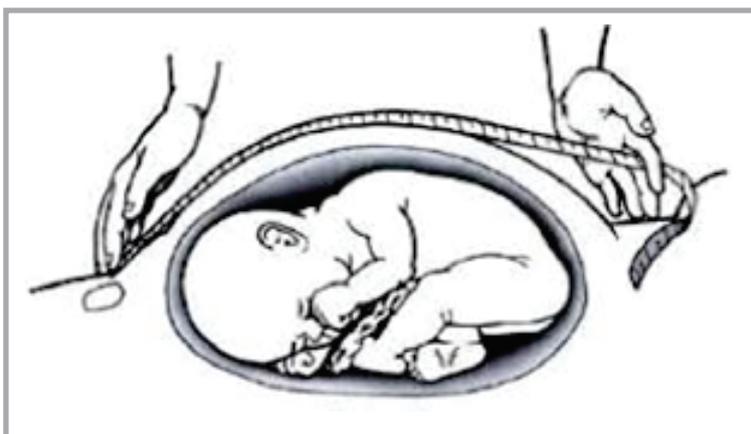


Fig. B

Fig. A: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS.

Fig. B: Técnica de medición de la altura uterina. Obstetricia. Ricardo Schwarcz.

Clasificación de recién nacido según edad gestacional:

PERIODOS	DEFINICIÓN
PRETÉRMINO	Cuando el parto ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación.
TÉRMINO	Cuando el parto ocurre desde las 37 semanas completas a las 41 + 6 días de gestación.
POSTÉRMINO	Cuando el parto ocurre después de las 42 semanas completas o más de gestación.

(2)

En caso de pretérmino el recién nacido se clasifica en:

LEVE	Con una edad gestacional de 35-36 semanas.
MODERADO	De 32-34 semanas.
SEVERO	De 29-31 semanas.
EXTREMO	Menor a 28 semanas.

Etapas del nacimiento:

La etapa de **preparto** comienza finalizando la gestación definiéndose como la serie de sucesos que acontecen en un período de tiempo inespecífico, que precede al inicio de trabajo de parto en un embarazo de término, caracterizado por la presencia de contracciones uterinas tipo parto, que aún no ingresa en la fase activa de la contractilidad uterina, acompañadas o no de modificaciones cervicales que no llegan a cumplir las condiciones necesarias para realizar el diagnóstico de trabajo de parto.

Diagnosticamos este período mediante la presencia de contracciones uterinas irregulares en frecuencia e intensidad que se pueden acompañar de modificaciones cervicales, borramiento y dilatación de menos de 3 cm. (14) Luego de esto comenzaría el trabajo de parto que se define como el conjunto de

fenómenos activos y pasivos que tiene como finalidad la salida de un feto por los genitales externos de la mujer, de comienzo espontáneo.

Su inicio representa la culminación de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino determinado por señales endocrinas y paracrinas que proceden de la madre y el feto. Diagnosticamos este período por la presencia de 3 a 5 contracciones uterinas dolorosas (CUD) en 10 minutos, regulares con una dilatación del cérvix uterino 3 cm o más. (14)

El trabajo de parto consta de tres etapas, siendo la primera el diagnóstico de la misma que tiene como características multifactoriales que involucra paridad, patrón contráctil y dilatación cervical. Esta a su vez se compone de dos etapas: Fase pasiva: período de tiempo donde se presentan contracciones uterinas dolorosas o no y modificaciones cervicales, hasta los 4 cm de dilatación, no es un período necesariamente continuo.

Fase activa: cuando se presentan contracciones uterinas dolorosas regulares, borramiento cervical mayor al 50% y dilatación cervical mayor a 4 cm. Segunda etapa del parto se define con la dilatación completa marcando la diferencia entre fase pasiva y activa, la aparición de contracciones expulsivas involuntarias (pujos).

Tercera etapa del parto, se define desde la expulsión del feto hasta el alumbramiento y la valoración del canal de parto. (15)

Índice de cesárea:

Desde 1985 la OMS, en Fortaleza (Brasil) hace referencia a que “No hay justificación alguna para que ninguna región, presenta una tasa de cesárea superior al 10 – 15%”.

En nuestro país el porcentaje de nacimientos ocurridos vía cesárea, registró un aumento de un 2 % anual desde el 2005 al año 2015, mostrando una pequeña meseta del 2016 al 2018. Durante el 2018 el porcentaje de nacimientos por cesárea fue de 44%.

El aumento en el índice de cesáreas representa un problema de salud pública tanto a nivel regional como mundial. Como en cualquier cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y largo plazo que pueden perdurar por muchos

años después de la intervención, afectando la salud de la mujer y/o del recién nacido, así como también embarazos futuros. Estos riesgos son mayores en mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.

Otro aspecto significativo, es el costo que implica al sistema sanitario cuando su realización, no responde a una indicación médica justificada, afectando la sustentabilidad del mismo y el acceso equitativo a la atención materna y neonatal. (14)

En la maternidad del Hospital de la Mujer del CHPR (maternidad en donde se realizó esta investigación) el % de cesáreas durante el 2018, fue de 29.02 %. Siendo el fracaso de inducción, la indicación que se sitúa en tercer lugar de frecuencia, desde el año 2014.

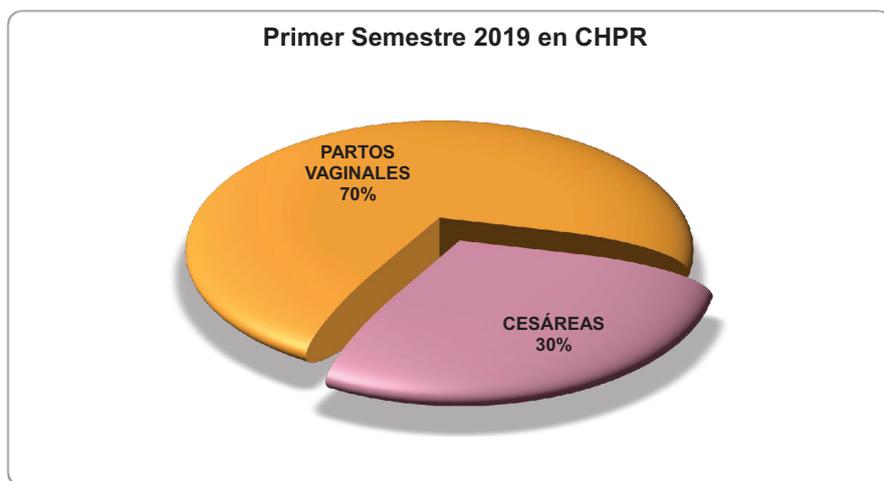
Contexto institucional: Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell

La maternidad del Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell es de referencia nacional para el prestador de salud ASSE, siendo este el prestador estatal. Se asisten un promedio de 7000 nacimientos anuales y sus recursos humanos son dependientes tanto de ASSE como de la UDELAR, ya que este es un hospital con convenio para la formación de recursos humanos en salud. El equipo de guardia obstétrica de piso, relacionado a nuestro área de investigación, está integrado por: 2 Especialistas en ginecología Grado II, como responsables de la guardia, 2 Obstetras- Parteras dependientes de ASSE y 1 Obst.- Partera Grado II de la Escuela de Parteras.

Como recursos humano en formación, integran el equipo 4 residentes de ginecología (entre primer y tercer año), 1 interna de Obst- Partera y en promedio un número de 10 estudiantes entre facultad de medicina y la Escuela de Parteras.

Nuestra investigación fue realizada en el primer semestre del año 2019, donde hubieron un total de 3.095 nacimientos. De los cuales 2178 fueron por partos vaginales y 917 por cesáreas. La muestra incluye 425 usuarias en donde el método elegido para inducción del trabajo de parto comenzó con el uso de Sonda Foley.

TOTAL DE NACIMIENTOS DE ENERO A JUNIO DEL 2019 EN EL CHPR



Datos Oficina de Archivo CHPR, (a confirmar al término del proceso de los mismos)

ANTECEDENTES:

Para realizar esta investigación, tomamos como antecedentes investigaciones internacionales y nacionales que citaremos a continuación.

- Experiencia con la sonda Foley intracervical para maduración del cuello uterino en el CHPR. Estudio retrospectivo observacional. Periodo Nov-Dic/2016. Se analizaron las historias clínicas de 108 pacientes, en las cuales se colocó SF intracervical para maduración cervical. Sesenta y cuatro pacientes eran primigestas y 13 pacientes presentaban una cesárea anterior. El 65% de las pacientes tuvo parto vaginal. La tasa de parto varía según la paridad: 60.9% en primigestas y 75.8% en pacientes con al menos un parto vaginal. El 60% de las cesareadas anteriores tuvieron un parto vaginal. No se reportó ningún caso de rotura uterina entre las pacientes con cesárea anterior. Tampoco hubo sospechas de hipoxia fetal entre los fetos con diagnóstico de restricción de crecimiento. Se concluyó que la SF para maduración cervical es un método seguro para inducción del TDP, sobre todo en cesareada anterior y en fetos con mayor riesgo de hipoxia. (5)
- Ensayo aleatorio controlado, sobre el uso de sonda Foley en simultáneo y secuencial con oxitocina en mujeres nulíparas, en el Hospital Mount Sinai, Nueva York, desde diciembre del 2013 hasta marzo de 2015, incluyendo un total de 166 mujeres. Concluye: el uso simultáneo de oxitocina y sonda Foley para la inducción del parto. Como resultado se evidencia un disminución de tres horas en el tiempo de duración de inducción, en comparación con el secuencial en mujeres nulíparas. Autores: Katherine A. Connolly, entre otros.(4)
- Revisión Cochrane: incluye 71 ensayos controlados aleatorios (un total de 9722 mujeres), comprende entre 39 y 588 mujeres por cada estudio sobre métodos mecánicos para la inducción del trabajo de parto, publicado en marzo del 2012. Concluye: «La inducción del trabajo de parto mediante métodos mecánicos da lugar a tasas similares de cesárea que las

prostaglandinas, y a un riesgo menor de hiperestimulación. Los métodos mecánicos no aumentan el número general de mujeres que no logran el parto en un plazo de 24 horas, sin embargo, la proporción de mujeres multíparas que no lograron un parto vaginal en un plazo de 24 horas fue mayor en comparación con la PGE2 vaginal. En comparación con la oxitocina, los métodos mecánicos reducen el riesgo de cesárea.» **(9)**

OBJETIVO GENERAL

Identificar los resultados obstétricos de la utilización del uso de sonda Foley para la inducción de la maduración del cérvix uterino.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar la maduración cervical posterior al uso de sonda Foley para la inducción farmacológica del trabajo de parto.
- Registrar la duración del período de maduración del cérvix uterino con sonda Foley.
- Analizar la asociación estadística existente entre las variables seleccionadas (raza, edad, antecedentes obstétricos, ginecológicos, edad gestacional).
- Describir la satisfacción de la usuaria en relación al uso del método.
- Valorar vía de finalización de gravidez

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. La información se recabará en sala de puérperas, en dos instancias:

- 1) obtención de datos del registro de historias clínicas en sala de puérperas, en particular de la hoja de registro del Sistema Informático Perinatal (SIP) (Ver cuadro de variables -Anexo 1);
- 2) contacto con las usuarias, mediante la aplicación de una encuesta cerrada (Anexo 2).

Análisis estadístico de 1); Se presentó la descripción de las variables cualitativas con sus frecuencias absolutas y relativas. Las asociaciones fueron calculadas con el test de chi cuadrado o test exacto de Fisher. Para todas las pruebas estadísticas se consideró un $\alpha=0,05$. Se calculó la asociación y el Odds Ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza al 95% de un conjunto de variables de control y de exposición para el desenlace "Bishop post Sonda Foley ≥ 6 " dentro del conjunto de inducciones realizadas exclusivamente con sonda y en el grupo de inducción simultánea (maduración del cuello uterino con sonda Foley junto con inducción del TdeP con Oxitocina). Se calculó asociación y OR para la continuación de la inducción del trabajo de parto considerando como exposición a la medida de Bishop Post Sonda. Los datos fueron analizados usando el software R versión 3.6.1 y OpenEpi versión 3.01.

Análisis estadístico de 2); Calculo y análisis de frecuencia.

POBLACIÓN

Usuarias de la maternidad del CHPR.

Criterio de inclusión: usuarias que acepten como terapéutica para la inducción del trabajo de parto el uso de sonda Foley durante el primer semestre del 2019.

ASPECTOS ÉTICOS

Nuestro estudio se realizó después de la valoración y aprobación por el Comité de Ética del CHPR Anexo 4

Se recabarán los datos en sala de puérperas del CHPR, en el siguiente orden cronológico:

- 1) presentación de las integrantes del equipo de investigación;
- 2) explicación breve del proyecto, con lenguaje adecuado para el mejor entendimiento de las pacientes;
- 3) entrega del consentimiento informado (Anexo 3) a la paciente;
- 4) Llenado de encuesta “Confort de la usuaria” (Anexo 2), luego de la aceptación de la paciente;
- 5) obtención de datos de la historia clínica una vez finalizada la encuesta, específicamente del SIP para el llenado de Datos hoja SIP (Anexo 1);
- 6) procesamiento de los datos

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

1) Obtención de datos del registro de historias clínicas en sala de púerperas, en particular de la hoja de registro del Sistema Informático Perinatal (SIP)

Consideración importante para nuestro análisis: habiéndose realizado la observación general de los datos, se encontró que en 53 casos se utilizó para comenzar la inducción del trabajo de parto, además de la sonda foley otro método en forma simultánea. Como nuestro objetivo es valorar los resultados obstétrico del uso de la sonda foley como único método, se separó la muestra y se analizó a continuación los 372 casos, que solo utilizaron sonda foley como inductor de la maduración cervical. Siendo nuestro grupo éxito el que alcanzó un valor Bishop mayor o igual a 6.

- En relación a nuestro primer objetivo planteado: se encontró que 67,5 % de las usuarias logró alcanzar la maduración cervical, post uso de sonda foley para este fin, obteniendo un valor de Bishop, mayor o igual a 6. Dentro del grupo de usuarias que alcanzó exitosamente la maduración cervical, no se encontró asociación estadística significativa con las variables en estudio edad, etnia, gestas previas, paridad, fecha de finalización última gesta y vía de finalización de la última gesta.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Variable		n (%)
Edad	15 a 24	229 (53.88)
	25 a 34	148 (34.82)
	35 a 45	48 (11.29)
Etnia	Blanca	365 (86.08)
	Mestiza	45 (10.61)
	Negra	11 (2.59)
	Indígena	2 (0.47)
	Otra	1 (0.24)
Gestas previas	Nuligesta	137 (32.24)
	1 o más gestas	288 (67.76)
Paridad	Sin partos	227 (53.41)
	1 a 3 partos	172 (40.47)
	4 o más partos	26 (6.12)
Fecha de finalización de último gesta	>18 meses	256 (95.88)
	<=18 meses	11 (4.12)
Vía de finalización último gesta	Parto vaginal	179 (77.83)
	Cesárea	51 (22.17)

- De las siguientes variables en estudio (detalladas en tabla), se encontró asociación estadística en la variable edad, dentro de ésta el rango etario de 35 a 45 años, muestra una chance disminuida de alcanzar un resultado exitoso para la maduración cervical, en relación a las usuarias entre 15 a 24 años. No se pudo en éste estudio discernir si las características biológicas propias del grupo influyen sobre este resultado, ya que la asociación no es significativa.
- De la misma forma, las usuarias en las que el motivo de finalización fue el diagnóstico de DMG, se mostró una chance disminuida de obtener un resultado exitoso de valor Bishop (mayor o igual a 6), en relación al resto de los motivos de finalización en estudio.

Tabla 2. Distribución de frecuencias en los grupos de Bishop post sonda <6 y >=6, la inducción fue solo con sonda

Variable		Bishop Post sonda >=6	Bishop Post sonda <6	Valor P	OR (IC95%)
Edad	15 a 24	149	50	0.05	1
	25 a 34	85	43		0.66(0.40-1.08)
	35 a 45	23	17		0.45(0.22-0.92)
Etnia	Blanca	220	94	0.99	1
	Mestiza	27	12		0.96(0.47-1.98)
	Negra/ Indígena/otra	9	4		0.96(0.29-3.20)
Paridad	Sin partos	135	54	0.40	1
	1 a 3 partos	110	47		0.94(0.59-1.49)
	4 o más partos	12	9		0.53(0.21-1.34)
Cesárea previa	No	222	97	0.34	1
	Si	35	13		0.58(0.24-1.43)
Edad gestacional	36 o menos	6	3	0.19	1
	37 o más	171	83		1.03 (0.25-4.22)
	Embarazo en vías de prolongación	80	24		1.67(0.39-7.17)
Tiempo de inducción	<12 hs	49	125	0.55	1
	>=12 hs	61	132		1.18 (0.75-1.85)
Motivos de Indicación de inducción					
Embarazo en vías de prolongación	No	181	85	0.22	1
	Si	76	25		1.43(0.85-2.40)
Preeclampsia/eclampsia	No	222	103	0.07	1
	Si	35	7		2.32(1.00-5.40)
DMG	No	222	83	0.02	1
	Si	35	27		0.48 (0.28-0.85)
EHE	No	210	87	0.55	1
	Si	47	23		0.85(0.48-1.48)
Disminución de los movimientos fetales	No	220	91	0.58	1
	Si	37	19		0.81(0.44-1.48)
Otros	No	214	89	0.69	1
	Si	43	21		0.85(0.48-1.52)

Como hallazgo interesante se destacó que hay una asociación estadística significativa, entre las usuarias que alcanzaron el éxito con el método de maduración cervical (Valor Bishop mayor o igual a 6) y el inicio del trabajo de parto sin otra intervención mecánica o farmacológica realizada para éste fin. Las chances de tener una continuación del trabajo de parto de forma progresiva son 2.38 veces más elevadas entre quienes tuvieron un Bishop post sonda ≥ 6 que entre quienes tuvieron una medición < 6 .

	Continuación espontánea		Valor P	OR (IC 95%)
	Si	No		
Bishop ≥ 6	48	209	0.004	3.38 (1.48-7.73)
Bishop < 6	7	103		1

- Variable vía de finalización: dentro del grupo éxito, el 75,62% finalizó la gestación por parto vaginal.



- De la valoración de la variable: Motivo de finalización de la gestación: Se encontró como más frecuente al embarazo en vías de prolongación con un 25,18%. Dentro de éstos, un 76,4% alcanzaron el éxito. De éste último grupo, el 70,3% finalizó la gestación por vía parto vaginal.

Se realizó un cruce de nuestras principales variables en estudio, no hallando asociación estadística en ellas.

Dentro del grupo que tuvieron bishop post sonda >6:

		Paridad			Valor P	OR (IC95%)
		Sin Partos	1 a 3 partos	4 o más partos		
Edad	15 a 24	117	45	1	-----	---
	25 a 34	32	56	8		
	35 a 45	4	15	5		

		EVP		Valor P	OR (IC95%)
		Si	No		
Edad	15 a 24	115	48	0.900	1 1.07(0.61-1.86) 1.25(0.47-3.35)
	25 a 34	69	27		
	35 a 45	18	6		

		SPE		Valor P	OR (IC95%)
		Si	No		
Edad	15 a 24	14	149	0.002	1 2.13(0.99-4.58) 5.32(1.94-14.61)
	25 a 34	16	80		
	35 a 45	8	16		

		DMG		Valor P	OR (IC95%)
		Si	No		
Edad	15 a 24	48	115	0.896	1 0.67 (0.16-2.71) 0.80(0.30-2.14)
	25 a 34	27	69		
	35 a 45	6	18		

		EHE		Valor P	OR (IC95%)
		Si	No		
Edad	15 a 24	30	133	0.970	1 1.02(0.54-1.96) 0.89(0.28-2.78)
	25 a 34	18	78		
	35 a 45	4	20		

		Disminución de los movimientos fetales		Valor P	OR (IC95%)
		Si	No		
Edad	15 a 24	21	142	0.540	1 0.97(0.45-2.06) 1.78(0.60-5.27)
	25 a 34	12	84		
	35 a 45	5	19		

		Otros		Valor P	OR (IC95%)
		Si	No		
Edad	15 a 24	32	131	0.472	1 0.70(0.35-1.39) 0.58(0.16-2.08)
	25 a 34	14	82		
	35 a 45	3	21		

		Via de finalizacion		Valor P
		PVN+PVI	Cesarea	
Tiempo de inducción	<=12 hs	104	33	0.98
	>12 hs	110	36	

Consideración importante para nuestro análisis: Análisis de los 53 casos en que se usó para comenzar la inducción del trabajo de parto, además de la sonda foley otro método en forma simultánea.

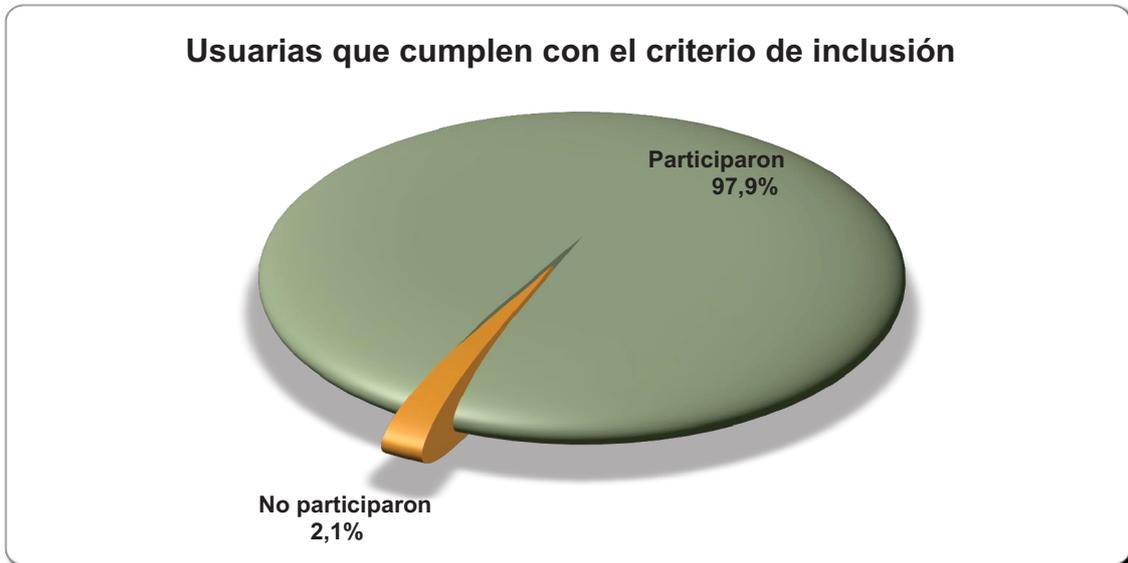
- En relación a nuestro primer objetivo planteado: se encontró que 48,08 % de las usuarias logró alcanzar la maduración cervical, post uso de sonda Foley en simultáneo con oxitocina, obteniendo un valor de Bishop, mayor o igual a 6. Dentro del grupo de usuarias que alcanzó exitosamente la maduración cervical, no se encontró asociación estadística significativa con las variables en estudio edad, etnia, gestas previas, paridad, fecha de finalización última gesta y vía de finalización de la última gesta.
- Variable vía de finalización: dentro del grupo que alcanzó la maduración cervical, el 68% finalizó la gestación por parto vaginal.

Tabla 3. Distribución de las frecuencias en el grupo de simultáneo

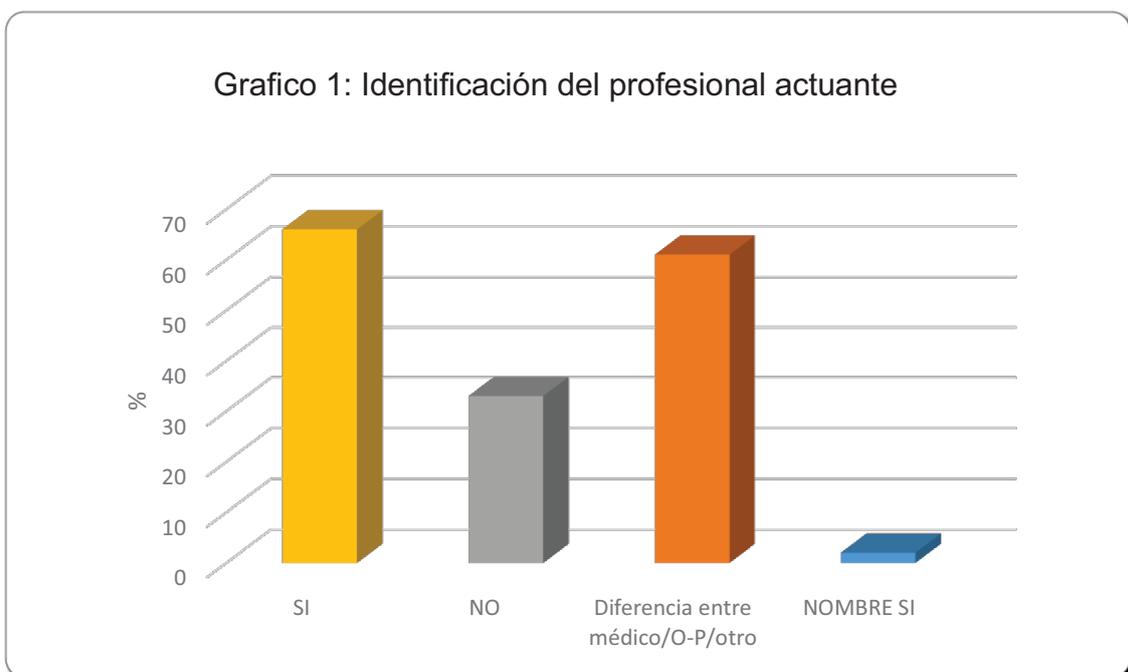
Variable		Bishop Post sonda >=6	Bishop Post sonda <6	Valor P	OR (IC95%)
Edad	15 a 24	13	13	----	1 1.38(0.42-4.53)
	25 a 34	11	8		
	35 a 45	1	6		
Etnia	Blanca	2	24	-----	-----
	Mestiza	4	2		
	Negra/ Indígena/otra	0	1		
Paridad	Sin partos	17	16	-----	-----
	1 a 3 partos	6	9		
	4 o más partos	2	2		
Cesárea previa	No	21	21	0.83	1 0.67(0.16-2.71)
	Si	4	6		
Edad gestacional	36 o menos	4	3	-----	-----
	37 o más	16	23		
	Embarazo en vías de prolongación	1	5		
Tiempo de inducción	<12 hs	11	8	0.43	0.53(0.17-1.68)
	>=12 hs	14	19		
Motivos de Indicación de inducción					
Embarazo en vías de prolongación	No	20	27	0.04	-----
	Si	5	0		
Preeclampsia/eclampsia	No	17	13	0.24	0.44(0.14-1.35)
	Si	8	14		
DMG	No	22	23	0.91	0.78(0.16-3.91)
	Si	3	4		
EHE	No	20	20	0.86	0.71(0.19-2.63)
	Si	5	7		
Disminución de los movimientos fetales	No	24	24	0.67	0.32(0.03-3.44)
	Si	1	3		
Otros	No	20	25	0.36	3.13(0.55-17.84)
	Si	5	2		

2) Obtención de datos planilla encuesta confort de la usuaria

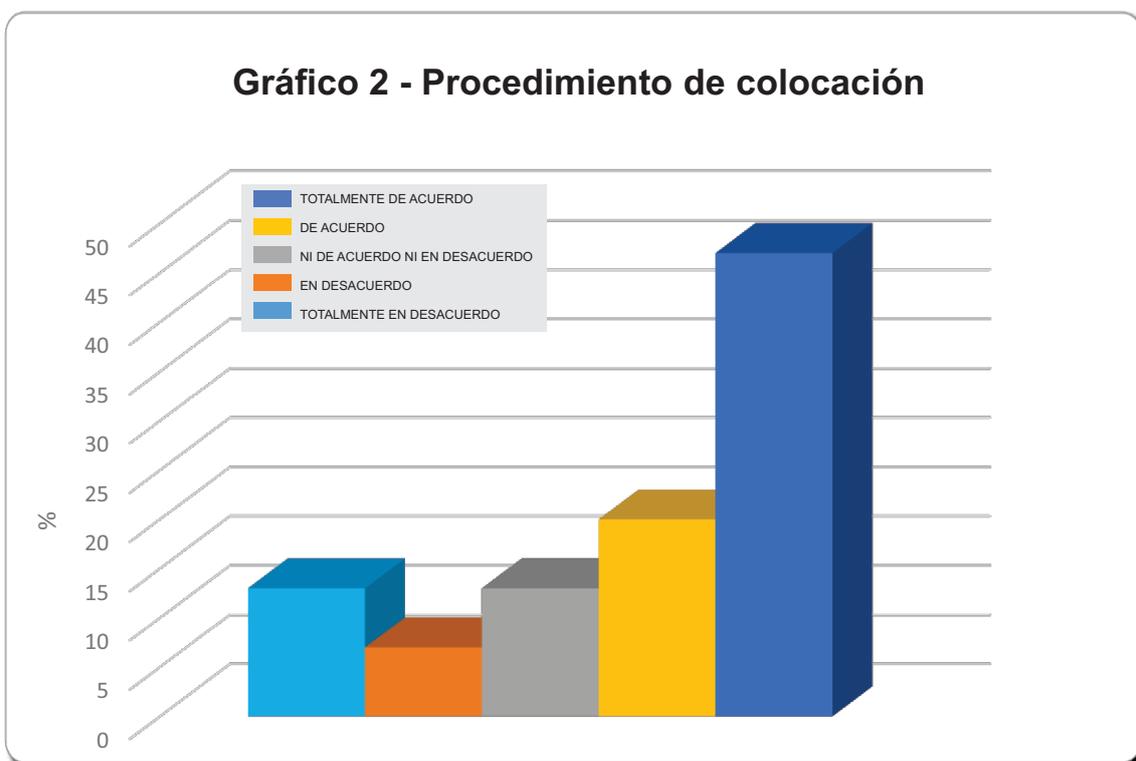
Del total de la muestra 425 usuarias 9 no aceptaron participar de la encuesta sobre el confort. La muestra en esta etapa se reduce a 416.



En la pregunta general el 66 % de las usuarias refirió lograr identificar al profesional responsable, sin embargo al solicitarle identificar profesión y nombre del técnico, sólo un 61 % puede diferenciar la profesión del actuante (entre médico /O-P y otro), y cuando indagamos al detalle si conocía el nombre del mismo solo un 2 % logró referir (Gráfico 1).

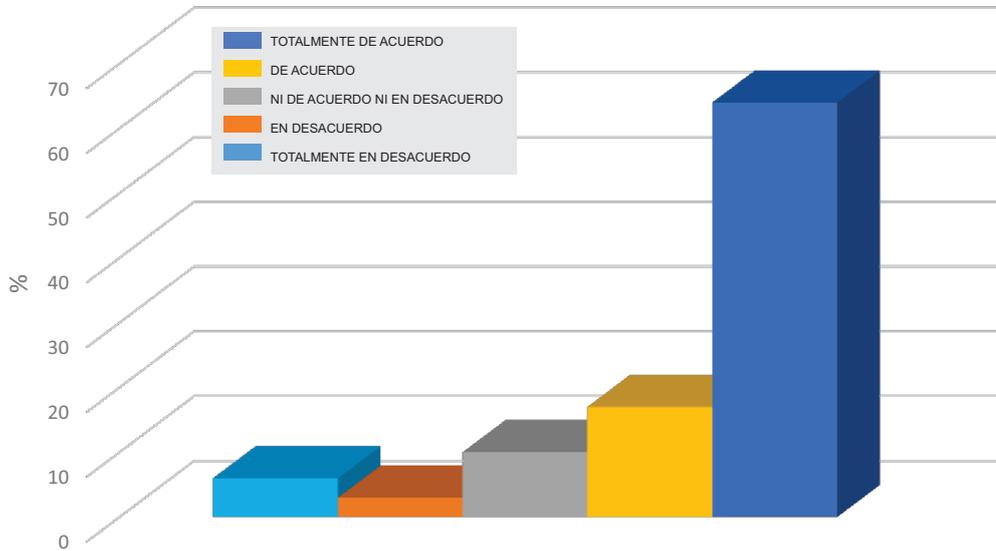


En relación a la comodidad del método: el consentimiento informado escrito, no aplica en la maternidad el uso del mismo para este procedimiento. Con respecto al asesoramiento de la técnica de colocación, el 99% refirió haber recibido la información en contrapartida de un 1 %. Para valorar el confort de las usuarias durante la técnica de colocación, se utilizó la escala Linkert, en donde 5 representa estar totalmente de acuerdo en que la experiencia durante la colocación fue positiva y 1 representa estar totalmente en desacuerdo en que la experiencia durante la colocación fue positiva, con variantes de 2, 3 y 4 correlativos entre sí. Un 47 % estuvo totalmente de acuerdo, un 20 % estuvo de acuerdo, 13 % estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 7 % marco la opción en desacuerdo, y un 13 % indicó estar totalmente en desacuerdo con que el procedimiento durante la colocación, fuese una experiencia positiva (Gráfico 2).



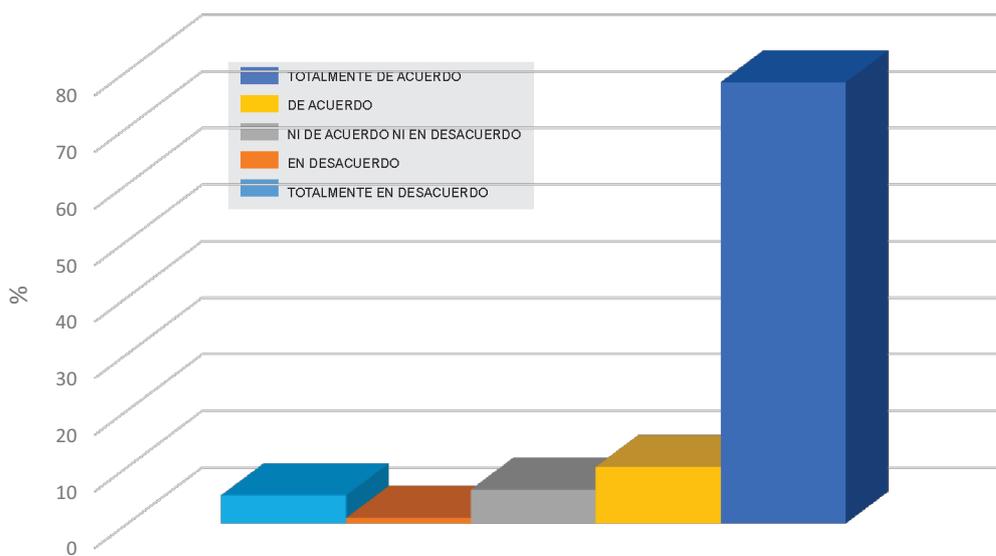
Un 64 % estuvo totalmente de acuerdo, un 17 % estuvo de acuerdo, 10 % estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 3 % marco la opción en desacuerdo, y un 6 % indicó estar totalmente en desacuerdo con que el procedimiento durante el tiempo que la sonda estuvo en el canal de partos, fuese una experiencia positiva (Gráfico 3).

Gráfico 3 Durante el tiempo que la sonda estuvo en el canal de partos



Un 78 % estuvo totalmente de acuerdo, un 10 % estuvo de acuerdo, 6 % estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 1 % marco la opción en desacuerdo, y un 5 % indicó estar totalmente en desacuerdo con que el procedimiento durante la extracción, fuese una experiencia positiva (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Durante la extracción



CONCLUSIONES GENERALES

1) En cuanto a los resultados obstétricos del uso de sonda Foley para la inducción de la maduración del cérvix uterino, debemos destacar que nuestra muestra se dividió en dos grupos. Uno en donde la sonda Foley se usó como única terapéutica de maduración y otro en donde la sonda Foley se utilizó de forma simultáneo con oxitocina.

Del grupo en donde la sonda Foley fue único método: podemos concluir que un 67,5 % de las usuarias logró alcanzar la maduración cervical, dentro de éstas un 75,62% finalizó la gestación por parto vaginal.

Del grupo sonda Foley y oxitocina, encontramos que 48,08 % de las usuarias logró alcanzar la maduración cervical, dentro de éstas un 68% finalizó la gestación por parto vaginal.

2) En cuanto a la duración de utilización del sonda foley para maduración del cérvix uterino, encontramos que dentro del grupo que alcanzó la maduración, en promedio un 44,55 % utilizó el método por un período de tiempo menor a 12 hrs, y un 55,45 % lo utilizó durante más de 12 hrs.

3) No encontramos asociación estadística entre las variables seleccionadas (raza-edad-antecedentes obstétricos- antecedentes ginecológicos- edad gestacional) por esta razón podemos concluir que el resultado del uso de sonda foley como inductor de la maduración cervical no se ve afectado por ninguna de ellas.

4) En cuanto al confort de la usuaria, podemos concluir que este método tiene una buena aceptación en 7 de cada 10 usuarias. Hallamos que durante la técnica de colocación un 67 % de las usuarias manifestó que éste procedimiento fue una experiencia positiva. Un 81% catalogó como experiencia positiva, el uso de la sonda durante el tiempo que la misma estuvo colocada. Por último, un 88% indicó como experiencia positiva al procedimiento de extracción.

5) Como hallazgo interesante destacamos que hay una asociación estadística significativa, entre las usuarias que alcanzaron el éxito con el método de maduración cervical (Valor Bishop mayor o igual a 6) y el inicio del trabajo de parto sin otra intervención mecánica o farmacológica realizada para éste fin. Las chances de tener una continuación del trabajo de parto de forma progresiva son 2.38 veces más elevadas entre quienes tuvieron un Bishop post sonda ≥ 6 que entre quienes tuvieron una medición < 6 .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- *Bajo Arenas, J. M., Melchor Marcos, J. C. y Mercé L. T. (eds.) (2007). Fundamentos de obstetricia.* Madrid: Segó (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).
- 2- Castán, S. (2015). *Manejo del riesgo obstétrico.* 2da. ed. Ciudad?(España?). Panamericana.
- 3- Chalmers, B; Mangiaterra, V; Porter, R. (2001) *Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.* Recuperado el 03/05/2017 desde: <http://www.sarda.org.ar/images/2002/136-139.pdf>
- 4- Connolly, K. et al. (2013-2015). *A randomized trial of Foley balloon induction of labor trial in nulliparas (FIAT-N).* Nueva York. Recuperado el 03/05/2017 desde: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(16\)00526-3/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(16)00526-3/fulltext)
- 5- Escoto, F.; Corpas, F.; Fiol, V.; Viroga, S. (2018). *Experiencia con la sonda Foley intracervical para maduración del cuello uterino en Centro Hospitalario Pereira Rossell.* Montevideo. Sociedad Ginecotológica del Uruguay.
- 6- Fescina, RH; De Mucio, B; Díaz Rossello, JL; Martínez, G; Serruya, S; Durán, P. (2011) *Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS.* 3ra. ed. Montevideo. Organización Panamericana de la Salud.
- 7- Fescina, RH; De Mucio, B; Martínez, G; Alemán, A; Sosa, C; Mainero, L; Rubino, M. (2013). *Vigilancia del crecimiento fetal - Manual de autoinstrucción.* 2da. ed. Montevideo. CLAP/SMR.
- 8- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>
- 9- Jozwiak, M.; WM Bloemenkamp, K.; Kelly, A; Willem J Mol, B.; Irion, O.; Bouvain, M.; (2012). Cochrane. *Métodos mecánicos para la inducción del trabajo de parto.* Recuperado el 03/05/2017 desde: <http://www.cochrane.org/es/CD001233/metodos-mecanicos-para-la-induccion-del-trabajo-de-parto>
- 10- Menéndez Guerrero, Gilberto Enrique, Navas Cabrera, Inocencia, Hidalgo Rodríguez, Yusleidy, & Espert Castellanos, José. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342. Recuperado en 06 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&tlng=es

- 11 - Pose, G. (2015 o 2016?). Neonatología: temas prácticos. 2da ed. Montevideo. Vesalius.
- 12 - Protocolo en medicina materno-fetal. Hospital Clinic - Hospital SANT JOAN DE DEU, INDUCCIÓN DEL PARTO, Unidad de Bienestar Fetal, Servicio de Medicina Materno-Fetal. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sant Joan de Déu. España.
- 13 - Protocolo en medicina materno-fetal. Hospital Clinic - Hospital SANT JOAN DE DEU, MANEJO DE LA GESTACIÓN > 41 SEMANAS, Unidad de Bienestar Fetal, Servicio de Medicina Materno-Fetal. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sant Joan de Déu. España.
- 14 - *Protocolos clínicos en la Maternidad (tomo 1): Atención integral, humanizada e institucional, de la mujer en trabajo de parto y parto y del recién nacido.* Montevideo (2018). Departamento Médico Obstétrico, Maternidad «Augusto Tourenne», Hospital de la Mujer - Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- 15 - Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. Ministerio de Salud Pública - Dirección General de la Salud - Uruguay 2018
- 16 - Schwarcz, L.; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires: ElAteneo. ElAteneo.
- 17 - Manual de Interrupción del Embarazo en vías de prolongación. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Uruguay 2019 Impresión en curso.

ANEXOS

ANEXO 1: DATOS HOJA SIP

N.º de estudio:

E d a d	15-24 <input type="radio"/>	E t n i a	Blanca <input type="radio"/>	A O	Nº Gest. Previas		Último parto			
	25-34 <input type="radio"/>		Indígena <input type="radio"/>		En caso de Aborto: LEC			Fecha		
	35-45 <input type="radio"/>		Mestiza <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/>		NO <input type="radio"/>		Via	
			Negra <input type="radio"/>							
			Otras <input type="radio"/>					EG	<input type="radio"/>	
AG									EG	<input type="radio"/>
Datos de última ecografía		15 días previos a la inducción		NO <input type="radio"/>						
				SI <input type="radio"/>	Mad Placent <input type="radio"/>	DBP		PFE		
Comentarios referentes al embarazo				Ej.: Tratamiento de infertilidad/ Tolerancia al embarazo						
Valoración de Maduración Cervical					Estado de las membranas ovulares					
					Integras <input type="radio"/>		Rotas <input type="radio"/>			
Motivo de indicación de finalización de gravidez										
Evolución del uso de Sonda Foley		Expulsión espontánea		SI <input type="radio"/>		NO <input type="radio"/>		En caso NO, especificar motivo:		
		Tiempo de inducción		hs.		min.				
		Estado del cérvix:								
Método de continuación de inducción		<input type="radio"/> Oxitocina		Horas de duración de la inducción post SF		Horas de duración del T de P				
		<input type="radio"/> RAMO		00 hs. 00 min.		00 hs. 00 min.				
		<input type="radio"/> Espontánea								
Vía de Finalización		<input type="radio"/> PVN		Asistió		Med Obst Enf Aux Est Empir Otro		Apellido		
		<input type="radio"/> PV Instrumental		Parto		<input type="radio"/>				
		<input type="radio"/> CST		Neonato		<input type="radio"/>				
En CST motivo de indicación de la misma										
Datos del RN		Sexo	Peso al Nacer	EG		Apgar		Gasometría de cordón		
		F <input type="radio"/>	0000grs	Sem Días	Fum	1º		PH		
		M <input type="radio"/>		000	Eco	5º		BE		
		No def <input type="radio"/>		Estimada <input type="radio"/>						

ANEXO 2: CONFORT DE LA USUARIA

N.º de estudio:

En relación al uso de sondo vesical Foley para inducción de la maduración cervical		
¿Identifica al profesional responsable del procedimiento?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
PROFESIONAL	NOMBRE	
<input type="radio"/> Médico		
<input type="radio"/> Obstetra		
<input type="radio"/> Otro		
¿Se le brindó consentimiento informado sobre el uso de sonda Foley para la maduración cervical?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿Se le explicó el procedimiento de dicha terapéutica?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
En relación a la comodidad del método, marque la opción correcta que le pareció		
El procedimiento de colocación		
<input type="radio"/> (1) Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/> (2) En desacuerdo <input type="radio"/> (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="radio"/> (4) De acuerdo <input type="radio"/> (5) Totalmente de acuerdo		
Durante el tiempo que la sonda estuvo en canal de partos		
<input type="radio"/> (1) Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/> (2) En desacuerdo <input type="radio"/> (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="radio"/> (4) De acuerdo <input type="radio"/> (5) Totalmente de acuerdo		
Durante la extracción		
<input type="radio"/> (1) Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/> (2) En desacuerdo <input type="radio"/> (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="radio"/> (4) De acuerdo <input type="radio"/> (5) Totalmente de acuerdo		
Comentarios		

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

N.º de estudio:

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

«Resultados obstétricos del uso de sonda vesical para la inducción de la maduración del cérvix uterino en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell durante un semestre en el 2018/2019»

Fecha:

Quien suscribe, he recibido información clara y suficiente con respecto al acceso a mi historia clínica, a fin de recabar datos para su utilización en el proyecto de investigación arriba mencionado. Actuando libre y voluntariamente como colaboradora, responderé los cuestionarios elaborados para esta investigación. Conozco que se trata de una participación voluntaria y que en cualquier momento, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación de la decisión tomada, puedo retirar mi consentimiento a participar sin que cambie la asistencia sanitaria brindada por el equipo de salud en ninguna etapa del proceso asistencial.

He sido informada que se respetará la confidencialidad y el anonimato de la información, mediante la adjudicación de un número de estudio a cada entrevistada para omitir datos identificatorios. Además, la información no será utilizada para otro fin y una vez culminada la investigación los datos aportados serán descartados.

Asimismo, soy consciente de que mi colaboración no implica ningún tipo de beneficio económico.

.....
Firma

.....
Contrafirma

ANEXO 4: NOTAS Y AUTORIZACIONES



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 14 de Diciembre de 2018.

A: Dirección General del Centro
Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafuf

INTEGRANTES

Coordinadora:
Prof. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti
Dr. Bruno Cuturi
Sra. Eloisa Barreda
Dra. Mariana Malet.
Lic. TS. María del Carmen Canavessi
Dra. Olga Larrosa.
Quím. Farm. Fernando Antunez.
Lic. Enf. Scheley Santos.
Prof. Adj. Dr. S. Scasso.
Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez
Lic. Psic. Ruben Garcia.

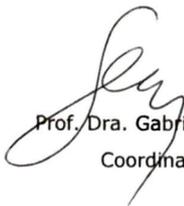
De: Integrantes del Comité de
Ética en investigación

Por la presente comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación da por aprobado el proyecto " **RESULTADOS OBSTÉTRICOS DEL USO DE SONDA VESICAL PARA LA INDUCCIÓN DE LA MADURACIÓN DEL CÉRVIX UTERINO, EN LA MATERNIDAD DE CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL DURANTE UN SEMESTRE DEL 2018**". Tutor: Dra Fernanda Gomez. Obst. Part. Leticia Rumeu.

Sin más, le saluda a Ud. muy atentamente,

Secretaria
Obst. Part. Julie Nathalie Canobra
comite.etica.investigacion@gmail.com

Recepción de Protocolos
Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
7º Piso - Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay


Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: + (598) 2707 5224
[e-mail:comite.etica.investigacion@gmail.com](mailto:comite.etica.investigacion@gmail.com)

C.H.P.R.
ENTRADA
Fecha 24/12/18
DIRECCION GENERAL

Montevideo, 14 de marzo del 2018

Sres. Integrantes de
Comisión Trabajo Final
Presente

Estimados señores:

Quienes suscriben, Daniela Machado, C. I. 4.625.205-5, Florencia Larronda, C. I. 5.005.965-3 y Lucía Landaco, C. I. 4.447.210-0 nos dirigimos a ustedes a fin de solicitarles autorización para realizar conjuntamente el trabajo final titulado «Resultados obstétricos del uso de sonda vesical para la inducción de la maduración del cérvix uterino en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) durante un semestre del año 2018», el cual se encuentra en proceso de aprobación por la Comisión de Trabajo Final. Motiva esta solicitud la necesidad de realizar la recolección de los datos los siete días de la semana durante un semestre, lo que requerirá la participación activa de las tres integrantes.

Adjuntamos la carta de presentación del tema a la Comisión de Trabajo Final de la Escuela de Parteras.

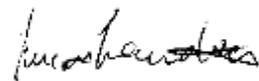
Sin otro particular, saludamos a ustedes muy atentamente.



Daniela Machado
Cel.: 099 748 810



Florencia Larronda
Cel.: 095 464 224



Lucía Landaco
Cel.: 098 191 153



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS



Montevideo, 24 setiembre de 2018.-

Centro Hospitalario Pereira Rossell
Dirección Hospital de la mujer

La Dirección de la Escuela de Parteras, deja constancia que el Título de trabajo final **“Resultados Obstétricos del uso de sonda vesical para la inducción de la maduración del cérvix uterino en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell durante un semestre del 2018.”**

presentado por la Brs.: Lucia Landaco C.I.: 4. 447.210 - 0, Florencia Larronda C.I.: 5.005.965-3, Daniela Machado C.I.: 4.625.205-5, fue tratado por la Comisión de Trabajo Final de Grado y aprobado con fecha 09 de abril de 2018.-

Sin otro particular, saluda atentamente,

Prof. Obst. Part. Eliana Martínez
Directora



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS



Montevideo, 24 de setiembre de 2018.-

Centro Hospitalario Pereira Rossell
Dirección Hospital de la mujer

La Escuela de Parteras, perteneciente a la Facultad de Medicina (Universidad de la República), incluye en su programa académico de cuatro años de duración la realización de un Trabajo final Monográfico o de Investigación, requisito imprescindible para la obtención del título de Obstetra Partera.

Las/os estudiantes que inician este proyecto, dependiendo del tema y el diseño metodológico, deberán obtener la información necesaria y, para ello, se agradece la colaboración de esa Institución, facilitando el acceso a la misma para la culminación del mencionado trabajo curricular.

Solicitamos a Uds. permitan a las estudiantes:

Br. Lucia Landaco	C.I.: 4. 447.210 -0	Tel.: 099-046-149
Br. Florencia Larronda	C.I.: 5. 005.965 -3	Tel.: 099-039-139
Br. Daniela Machado	C.I.: 4. 625.205 -5	Tel.: 099-748-810

Acceder a : Al registro de datos de usuarias y entrevista con consentimiento informado.

Prof. Obst. Part. Eliana Martínez
Directora

Montevideo, 19 de setiembre de 2018

Lic. Anna Pintos

Presente

Estimada:

Por intermedio de la presente nos dirigimos a usted a fin de solicitar autorización para acceder al Sistema Informático Perinatal, para obtener el número de mujeres a las cuales se les realizó inducción de la maduración cervical con sonda Foley, durante el año 2017. Dicho número, lo utilizaremos para la realización de nuestro trabajo final de la Carrera de Obstetra-Partera, titulado: « Satisfacción por parte de las usuarias y resultados obstétricos del uso de sonda vesical para la inducción de la maduración del cérvix uterino en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell»

Sin otro particular, los saludamos atentamente.



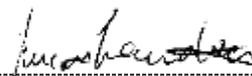
Daniela Machado

C. I. 4.625.205-5



Florencia Larronda

C. I. 5.005.965-3



Lucía Landaco

C. I. 4.447.210-0