
	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: NA
		Código: HGO -23
		Fecha de Aprobación: 20/11/2018
		Fecha de Vigencia: 20/11/2021
		Revisión: 00
INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR		

INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Dr. Claudio Campaña Jefe Unidad ARO	Dr. Héctor Eliash D Jefe Servicio CCRR GO.	Patricio Vera Director Hospital y CRS El Pino
Dr. Benjamín Fernández M. Becado GO	Stephanie Poblete Olmos Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital y CRS El Pino	
Fecha: 5/11/2018	Fecha: 12/11/2018	Fecha: 20/11/2018

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: NA
		Código: HGO -23
		Fecha de Aprobación: 20/11/2018
		Fecha de Vigencia: 20/11/2021
		Revisión: 00
INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR		

1.- Objetivo:

Disminuir el número de cesáreas por malas condiciones obstétricas en pacientes con cicatriz de cesárea previa de causa no permanente

2.- Alcance:

- Médicos y Matronas del CCRR Gineco-Obstétrico.

3.- Responsables:

Supervisión:

El responsable del cumplimiento de este procedimiento es el jefe del CCRR Gineco obstétrico, Médico coordinador de urgencia maternidad, Matrona coordinadora y Matrona supervisora.


Ejecución:

- Médicos y Matronas del CCRR GO.

4.- Definiciones:

Paciente con cesárea anterior: aquella paciente con nacimiento algún hijo previo mediante cesárea

Inducción del trabajo de parto: es el uso de medicamentos u otros métodos (mecánicos) para iniciar un trabajo de parto.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: NA
		Código: HGO -23
		Fecha de Aprobación: 20/11/2018
		Fecha de Vigencia: 20/11/2021
		Revisión: 00
INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR		

5.- Desarrollo:

En Chile, un 40% de los nacimientos, en el sector público, corresponden a cesáreas. La principal causa de cesárea electiva corresponde a la cicatriz de cesárea anterior (1) y es esta la causa que da cuenta de la mitad de las indicaciones de cesáreas evitables (2).


La “Declaración de Fortaleza”, subraya que “se debe favorecer el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior (4).

En Hospital “El Pino”, las pacientes con antecedente de cicatriz de cesárea y malas condiciones cervicales se programan para cesárea entre las 40 y 41 semanas de gestación por la imposibilidad de realizar inducción con prostaglandinas (misotrol). Con esta conducta se condiciona los partos sucesivos a resolución por vía alta dado el riesgo de rotura uterina por la doble cicatriz de cesárea, aumentando asimismo el riesgo de placenta de adherencia mórbida.

A través de este protocolo se plantea utilizar el balón de la sonda Foley como dilatador mecánico con el objetivo de lograr las modificaciones necesarias para lograr un parto vaginal y disminuir el porcentaje de cesárea en este grupo, reduciendo las complicaciones y costos para el sistema público asociado a esta cirugía.

La literatura describe aumento de ruptura uterina en inducción de parto con prostaglandinas en pacientes con cicatriz de cesárea anterior. A diferencia del misoprostol vaginal, la inducción mecánica del trabajo de parto no aumenta la frecuencia de rotura uterina en pacientes con antecedentes de cesárea previa
Evidencia nivel II-2.

En pacientes sin antecedentes de cicatriz uterina el Misoprostol y la dilatación con

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: NA
		Código: HGO -23
		Fecha de Aprobación: 20/11/2018
		Fecha de Vigencia: 20/11/2021
		Revisión: 00
INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR		


sonda Foley han demostrado similar efectividad y seguridad. Además, existen beneficios demostrados del uso de la sonda Foley en relación al uso de misoprostol intravaginal: menor tiempo de inducción y anormalidades en el patrón de contractilidad uterina (10, 11).

Por otro lado, los reportes describen menor porcentaje de cesáreas con el uso de la sonda Foley como inductor de la dilatación cervical previo a la infusión de oxitocina versus la oxitocina sola y tasas de éxito cercanas al 65%(12,13). En resumen, la sonda Foley transcervical es un método efectivo, seguro, simple, de bajo costo, reversible y no farmacológico para la inducción del parto en pacientes primigestas o con antecedente de cesárea segmentaria previa (14, 15). Evidencia nivel II-2.

Debemos considerar que los estudios no son concluyentes respecto al riesgo de infección en las pacientes inducidas con sonda Foley vs misoprostol (OR,1,50;95%CI, 1,00-1,83). Sin embargo, son concluyentes en demostrar que no existe un aumento significativo de la corioamnionitis, endometritis o de la infección neonatal (16).


Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Consentimiento de la paciente Cicatriz segmentaria arciforme Presentación cefálica Indicación de cesárea previa no permanente Sin contraindicación de parto vaginal Malas condiciones cervicales (BISHOP < 6) Ecografía 36-37s (En reunión de tabla)	Paciente rechaza procedimiento Dos o más cesáreas previas Incisión clásica o fúndica Rotura uterina previa Rotura prematura de membranas Contraindicación médica o quirúrgica que no permita el parto vaginal Sospecha clínica de desproporción feto pélvica

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: NA
		Código: HGO -23
		Fecha de Aprobación: 20/11/2018
		Fecha de Vigencia: 20/11/2021
		Revisión: 00
INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR		

Ejecución del Protocolo:

1. Derivación de APS a CAROP de pacientes con cicatriz de cesárea anterior a partir de las 32 semanas.
2. Evaluación por médico de CAROP. Determinación de la causa de cesárea previa y cumplimiento de criterios de inclusión al protocolo.
3. Si la paciente cumple criterios de inclusión, se le proporcionará Información acerca del método de maduración/inducción mecánica de trabajo de parto (tanto escrita como gráficas) para la aceptación del mismo a través de la firma del consentimiento informado. Pre llenado de planilla de interrupción. Presentación en reunión de tabla CAROP que se realiza una vez a la semana 12.30 h. Idealmente, cada médico tratante deberá presentar a las pacientes que consideran candidatas para realizar la inducción mecánica.
4. La inducción será programada a partir de la 40+0 semanas, pudiendo postergarse incluso hasta la semana 41+0 en casos debidamente justificados. En casos de patologías que ameriten inducciones más antes de las 40 semanas podrá realizarse inducción mecánica.
5. Las inducciones serán llevadas a cabo los días lunes y miércoles. Una sola paciente por día.


	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: NA
		Código: HGO -23
		Fecha de Aprobación: 20/11/2018
		Fecha de Vigencia: 20/11/2021
		Revisión: 00
INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR		

6. La paciente será hospitalizada la noche anterior a la fecha programada, realizándose registro cardiotocográfico fetal en la Unidad de Urgencias que será evaluado por médico de turno. Con registro reactivo y ausencia de contracciones que hagan sospechar trabajo de parto, la paciente será trasladada a la unidad de embarazo patológico (2do piso).

7. La paciente será evaluada en la visita de la Unidad de embarazo patológico, objetivándose el Score de Bishop. Con score 6 o menor, se procederá a la instalación de la sonda Foley. El procedimiento lo realizará el médico especialista designado previamente por el Encargado de la Unidad de Embarazo Patológico. El procedimiento podrá ser realizado por médico del Programa de Formación de Especialista en Ginecología y Obstetricia (médico-becado), bajo la supervisión del médico encargado de la Unidad o a quien designe.

Técnica:

- Bajo visión de espéculo y aseptización vaginal con clorhexidina, se introduce sonda Foley 16-18 F a través del OCE. La sonda puede ser introducida con una pinza de aro (Foerster) o pinza Pean a través del OCE y se debe asegurar que recorra la totalidad del canal cervical. Una vez que se traspasa el OCI, se insufla con 60 cc de suero fisiológico estéril. Se comprobará localización de la sonda con ecógrafo sala procedimientos segundo piso. La sonda debe traccionarse suavemente y fijarse en la cara interna del muslo de la paciente. Se debe asegurar que la sonda esté permanentemente tensa, reacomodándola cada 4 horas.
- El profesional matró(a) realizará control habitual de latidos cardiorfetales cada 6 horas, mismo intervalo que se mantiene para el control de los signos vitales. En cada control se evaluará la tracción de la sonda, reacomodándola (tensar) en cada


	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: NA
		Código: HGO -23
		Fecha de Aprobación: 20/11/2018
		Fecha de Vigencia: 20/11/2021
		Revisión: 00
INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR		

control. Si se sospecha presencia de contracciones, podrá realizar monitorización cardiotocográfica o control manual de la frecuencia de contracciones uterinas

8. Paciente será trasladada a Unidad de parto en caso de expulsión espontánea de la sonda, pudiendo ser evaluada previamente por profesional matron(a) para información de las modificaciones cervicales. En caso de rotura prematura de membranas, deberá ser evaluada por médico Gineco-Obstetra (de la Unidad o de Turno) y en caso de no presentar contraindicación se mantendrá sonda Foley in Situ agregándose profilaxis para streptococo grupo B.
9. La sonda se mantendrá por un máximo de 24 horas. De no haber modificaciones cervicales, será re-evaluada por médicos de la Unidad para definir manejo ulterior.
10. Se completará la planilla del protocolo con los datos correspondientes a la inducción y al parto.
11. Se digitalizará la información para manejo estadístico.

6. Documentación de Referencia

- (1) Lee I. Operación cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel. Rev Med IMSS 2004; 42(3): 199-04
- (2) Hugo Salinas P, Benjamín Naranjo D, Jorge Pastén M, Beatriz Retamales M. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención
Revista HCUCh 2007; 18: 168 – 78
- (3) CABL.
- (4). World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2:436-7.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: NA
		Código: HGO -23
		Fecha de Aprobación: 20/11/2018
		Fecha de Vigencia: 20/11/2021
		Revisión: 00
INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR		

(6) Obstet Gynecol 2004;103:18 –23.

(7) Ravasia et al reported only 1 uterine rupture (0.8%) in 129 patients with a previous cesarean delivery who had a transcervical Foley catheter and 2 uterine ruptures (0.7%) in 274 patients with labor induction not requiring cervical ripening.

(8) Greenbush M, Singleton C, Atlas RO, Balducci J, Rust OA. Preinduction cervical ripening techniques compared. J Reprod Med. 2001 Jan;46(1):11-7.

(9) [A. T. Owolabi](#), [O. Kuti](#) and [I. O. Ogunlola](#). Randomised trial of intravaginal misoprostol and intracervical Foley catheter for cervical ripening and induction of labour. J Obstet Gynaecol. 2005 Aug;25(6):565-8


(10) Sciscione AC, McCullough H, Manley JS, Shlossman PA, Pollock M, Colmorgen GH. A prospective, randomized comparison of Foley catheter insertion versus intracervical prostaglandin E2 gel for preinduction cervical ripening. Am J Obstet Gynecol 1999;180:55– 60.

(11) Sciscione AC, Nguyen L, Manley J, Pollock M, Maas B, Colmorgen G. A randomized comparison of transcervical Foley catheter to intravaginal misoprostol for preinduction cervical ripening. Obstet Gynecol 2001; 97:603–7.

(12) Leiberman JR, Piura B, Chaim W, Cohen A. The cervical balloon method for induction of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 1977; 56: 499–503.

(13) Boulvain M, Kelly A, Lohse C, Stan C, Irion O. Mechanical methods for induction of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No. CD001233. DOI:10.1002/14651858.CD001233.

(14) Dalui R, Suri V, Ray P, Gupta I. Comparison of extraamniotic Foley catheter and intracervical prostaglandin E gel for preinduction cervical ripening..Acta Obstet Gynecol Scand. 2005 Apr;84(4):362-7

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Característica: NA
		Código: HGO -23
		Fecha de Aprobación: 20/11/2018
		Fecha de Vigencia: 20/11/2021
		Revisión: 00
INDUCCION MECANICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR		

(15) Embrey MP, Mollison BG. The unfavourable cervix and induction of labour using a cervical balloon. J Obstet Gynaecol Br Commonw 1967; 74: 44–8.

(16) Heinemann J, Gillen G, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Do mechanical methods of cervical ripening increase infectious morbidity? A systematic review.. Am J Obstet Gynecol. 2008 Aug; 199(2):177-87; discussion 187-8.

7. Distribución:

- Ginecología y Obstetricia, Urgencia maternidad, CAROP, Calidad

8. Flujograma: SI

9. Control de cambio de documentación

Corrección N°	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicado en
00	20/11/2018	Primera Edición	CC

10. Anexo

Informativo a paciente