

1. PROPÓSITO

Brindar un instructivo al personal de salud sobre la adecuada inducción del parto con el fin de mejorar las condiciones del binomio madre-hijo.

2. ALCANCE

Mujeres gestantes en las que va a ser atendido el parto en la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

3. DEFINICIONES

INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: Práctica por la cual se intenta lograr un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de fármacos o maniobras con capacidad contráctil.

4. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

INDICACIONES

Se utiliza bajo indicación clínica para lograr un trabajo de parto, no iniciado espontáneamente, en ocasión de embarazos cronológicamente prolongados, o cuando concurren patologías maternas, fetales, ovulares o mixtas que exigen la evacuación fetal en forma anticipada y no existen contraindicaciones para el parto vaginal.

CONDICIONES

Pelvis materna suficiente, relación céfalo pélvica normal, cuello favorable, embarazo de término o feto con maduración pulmonar confirmada por edad gestacional o por pruebas de madurez pulmonar, gestación única, situación longitudinal y presentación cefálica. Se recomienda realizar pelvimetría clínica.

El término cuello favorable refiere a un índice de Bishop adecuado para iniciar una inducción. Se considera favorable para la indicación cuando el índice de Bishop es igual o mayor a 8, intermedio entre 5 y 8 y desfavorable cuando es inferior a 5. (Tabla 1)

Tabla 1. Índice de Bishop

	0	1	2	3
Dilatación	< 1 cm	1-2 cm	2-4 cm	> 4 cm
Longitud	> 4 cm	2-4 cm	1-2 cm	< 1 cm
Altura	-3 cm	-2 cm	-1/0 cm	+1/+2 cm
Consistencia	duro	reblandecido	blando	-
Posición	posterior	anterior	-	-

Se podrá utilizar la cervicometría como herramienta para pronosticar la respuesta a la inducción cuando la longitud funcional sea igual o menor a 2.5 centímetros, el porcentaje de embudización sea igual o mayor a 50% con presentación encajada y prueba de presión transfundal positivo.

CONTRAINDICACIONES

- Pelvis materna insuficiente
- Discordancia céfalo pélvica
- Cérvix desfavorable (Bishop inferior a 5)
- Inmadurez pulmonar fetal
- Gestación múltiple
- Cesárea anterior

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
CALIDAD	SUBDIRECCION CIENTIFICA	GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016



- Toda otra situación que contraindique un parto vaginal (placenta previa oclusiva total, situación transversa, etc.)

MÉTODOS

- 1- Rotura artificial de las membranas ovulares o amniotomía
- 2- Oxitocina
- 3- Misoprostol

DESPEGAMIENTO DE MEMBRANAS

También llamada maniobra de Hamilton. Es la separación digital por tacto vaginal de la membrana corioamniótica a nivel del segmento inferior a través del OCI. Este método acorta el tiempo hasta el parto y disminuye la utilización de métodos farmacológicos, debido a que libera prostaglandinas endógenas expulsa líquido amniótico, reduce el volumen uterino, y estimula el cuello uterino.

El 60% de las pacientes comienzan con dinámica uterina. No se asocia a aumento de infección materna o neonatal y puede ocasionar molestias durante el procedimiento y, a veces, sangrado. Es necesario que el vértice de la presentación esté apoyado sobre el cuello uterino y que este último esté dilatado lo suficiente para permitir la introducción del dedo del médico.

OXITOCINA

Dosis y vías de administración:

En forma de goteo continuo por vía endovenosa, 500 centímetros cúbicos de solución dextrosa al 5% o solución salina, con 5 UI de oxitocina. Comenzar con 1 a 2 mU de oxitocina, o sea 4 gotas por minuto, incrementando las dosis a 8 gotas o 4 mU luego de la primer media hora, coincidente con la vida útil de la droga. Si la contractilidad se instala con esta dosis, mantenerla, sino se puede incrementar con los intervalos mencionados en la tabla 2, duplicar la cantidad de gotas y por consiguiente de mUs, hasta obtener 3 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración. Cuando la infusión de oxitocina produzca un patrón contráctil eficiente, se debe mantener la misma dosificación hasta el parto. No se debe exceder más allá de 32 mU por minuto.

Se debe tener un control estricto sobre la frecuencia cardíaca fetal, para ello escuchar los latidos cada 30 minutos siempre después de una contracción. Ante la aparición de un estado de bradicardia fetal, se debe detener la inducción. También se debe detener la inducción ante la presencia de una hiper estimulación contráctil, más de 4 contracciones en 10 minutos y/o falta de relajación uterina o hipertoniá, se debe suspender el goteo e instaurar medidas para reanimación fetal in útero como hidratación, colocar la paciente en decúbito lateral izquierdo y oxígeno por máscara y colocar monitoreo fetal continuo. Considerar colocación de analgesia peridural conductiva. Se debe tomar la conducta obstétrica según la evolución y los resultados.

Tabla 2. Progresión de la dosis de oxitocina

Tiempo en minutos	mU/min	Gotas por minuto
0	1	10
30	2	20
60	4	40
90	8	80
120	12	120
150	16	160
180	20	200

Elaboró: CALIDAD	Revisó: SUBDIRECCION CIENTIFICA	Aprobó: GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016



MISOPROSTOL

Indicaciones

Se utiliza en los casos indicados, fundamentalmente cuando el índice de Bishop demuestra una inmadurez cervical, que hace difícil el comienzo de una contractilidad uterina positiva para que se produzca un parto. Esto debido a que produce maduración cervical, dilatación y reblandecimiento del cuello uterino, en primer lugar y posteriormente, inicia y aumenta la intensidad y frecuencia de contracciones uterinas.

Contraindicaciones

Se tienen en cuenta las antes mencionadas, siendo la principal es la cesárea previa u otras cirugías uterinas. Otras son:

- Gran multíparidad
- Embarazos múltiples
- Alergia a la prostaglandinas
- Hipersensibilidad al medicamento
- Disfunciones hepáticas graves
- Coagulopatías
- Polihidramnios

Dosis y vías de administración

- Por vía vaginal: 25 ug previo mojar el comprimido. Se coloca en el fondo de saco posterior o en el orificio cervical externo.
- Por vía oral: 2 comprimidos de 25ug o sea 50 ug.
- Por vía sublingual: un comprimido de 25 ug

Se recomienda dar preferencia a la vía vaginal. Las opciones de las vías oral y sublingual deben ser consideradas en caso de rotura prematura de membranas.

Los intervalos entre dosis deben ser de 6 horas.

No pasar de tres dosis durante el día, en caso de no haber obtenido resultados, dejar descansar a la embarazada y repetir al día siguiente.

En general el parto ocurre a las 10 horas, entre 13 y 20 de la primera dosis.

Efectos secundarios y complicaciones

Taquisistolía, hipertonía, y como consecuencia de ambas, desprendimiento de placenta normoinserta, inminencia de rotura uterina y sufrimiento fetal. Se deben tomar las mismas medidas indicadas en la inducción por oxitocina. Además de realizar lavado vaginal con SSN en caso de que la dosis instaurada haya sido por vía vaginal.

RECOMENDACIÓN: No se recomienda la utilización conjunta de oxitocina y Misoprostol. Lo que sí es posible que 25 ug de Misoprostol logren una sustancial modificación cervical y pasado un tiempo de 6 horas, aprovechar el efecto benéfico sobre el cuello y comenzar la inducción con oxitocina de la forma clásica.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
CALIDAD	SUBDIRECCION CIENTIFICA	GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016



CONSIDERACIONES REFERIDAS AL MANEJO DE LA INDUCCIÓN

Tabla 3.

Diagnóstico certero de edad gestacional
En casos de prematurez, haber confirmado la maduración pulmonar, o completado 48 horas desde la última dosis del esquema de maduración pulmonar
Paciente hospitalizada
Scorer de Bishop y/o cervicometria favorable
En caso de Scorer de Bishop desfavorable, mejorar la condición cervical con Misoprostol
Realizar monitoreo fetal
Tomar frecuencia cardiaca fetal cada 30 minutos
Tener un control riguroso sobre la contractilidad uterina, impidiendo o corrigiendo la hipercontractilidad y la hipertensión

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
CALIDAD	SUBDIRECCION CIENTIFICA	GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016



INDUCCION DEL PARTO

INDICACIONES

Bajo indicación clínica para lograr un trabajo de parto, no iniciado espontáneamente, en ocasión de embarazos cronológicamente prolongados, o cuando concurren patologías maternas, fetales, ovulares o mixtas que exigen la evacuación fetal en forma anticipada y no existen contraindicaciones para el parto vaginal.

CONTRAINDICACIONES

Pelvis materna insuficiente
Discordancia céfalo pélvica
Cervix desfavorable (Bishop Inferior a 5)
Inmadurez pulmonar fetal
Gestación múltiple
Cesárea anterior
Toda otra situación que contraindique un parto vaginal (placenta previa oclusiva total, situación transversa, etc.)

OXITOCINA

DESPEGAMIENTO DE MEMBRANAS

Separación digital por tacto vaginal de la membrana corioamniótica a nivel del segmento inferior a través del OCI

Es necesario que el vértice de la presentación esté apoyado sobre el cuello uterino y que este último esté dilatado lo suficiente para permitir la introducción del dedo del médico.

En forma de goteo continuo por vía endovenosa, 500 centímetros cúbicos de solución dextrosa al 5% o solución salina, con 5 UI de oxitocina. Comenzar con 1 a 2 mU de oxitocina, o sea 4 gotas por minuto, incrementando las dosis a 8 gotas o 4 mU luego de la primer media hora

3 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración

COMPLICACIONES DE INDUCCION

- Más de 4 contracciones en 10 minutos
- Falta de relajación uterina
- Hipertonía

MISOPROSTOL

Índice de Bishop demuestra una inmadurez cervical, que hace difícil el comienzo de una contractilidad uterina positiva para que se produzca un parto

Por vía vaginal: 25 ug previo mojar el comprimido. Se coloca en el fondo de saco posterior o en el orificio cervical externo.
Por vía oral: 2 comprimidos de 25ug o sea 50 ug.
Por vía sublingual: un comprimido de 25 ug

Se debe suspender el goteo e instaurar medidas para reanimación fetal in útero como hidratación, colocar la paciente en decúbito lateral izquierdo y oxígeno por máscara y colocar monitoreo fetal continuo. Considerar colocación de analgesia peridural conductiva. Se debe tomar la conducta obstétrica según la evolución y los resultados.

Elaboró: CALIDAD	Revisó: SUBDIRECCION CIENTIFICA	Aprobó: GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016



5. BIBLIOGRAFIA

Ricardo G. Rizzi. XLII Reunión Nacional Anual FASGO 2010. Consenso sobre Inducción al Trabajo de Parto

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
CALIDAD	SUBDIRECCION CIENTIFICA	GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016