

PROTOCOLO DE INDUCCIÓN PARA PARTOS VAGINALES CSA

Elaborado por: Dra. Eliana Ruiz (Jefe de Servicio CSA)
Aprobado por: Dra. Paulina Romagnoli (Director médico CSA)

Fecha de publicación: Febrero de 2017

INTRODUCCIÓN

La adecuada interrupción del embarazo del III trimestre, está establecida para embarazos fisiológicos al término (40-41 semanas) y para embarazos con patologías maternas y/o fetales, en edades gestacionales en las que se ha demostrado a la luz de la evidencia actual, que el riesgo de continuar el embarazo excede al riesgo de la interrupción.

La inducción del parto es el procedimiento que busca a través de medios artificiales, desencadenar contracciones uterinas y un consecuente parto vaginal en pacientes con una clara indicación de finalización del embarazo.

El éxito de la inducción esta dada por una correcta indicación y el uso de los métodos mas adecuado para ello.

DEFINICIONES:

- **Hipertonía:** Contracción mayor de 120 segundos
- **Taquisistolia:** Más de 5 contracciones en 10 minutos (por dos períodos consecutivos)
- **Hiperestimulación:** Condición no satisfactoria de la frecuencia cardíaca fetal, asociada con hipertonía o taquisistolía.
- **Inducción fracasada:** incapacidad de alcanzar la fase activa del trabajo de parto (4 cm), en una mujer sometida a inducción, a pesar de dinámica uterina adecuada y habiendo realizado una amniorexis, cuando es factible y segura.

En la CSA, para fines resolutivos, se ha propuesto un periodo de 12hrs de inducción para establecer el fracaso de la inducción.

MÉTODOS DE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

La elección del método de inducción, depende de las condiciones cervicales de la paciente al ingreso. La forma mas utilizada que nos permite objetivarlo es el índice de Bishop.

Puntaje de Bishop

	0	1	2	3
Consistencia	Firme	+/- Blando	Blando	-
Posición	Posterior	Semicentral	Central	-
Borramiento	0-30%	30-50%	50-80%	> 80%
Dilatación	(-)	1 cm	2 cm	> 3 cm
Apoyo cefálico	> Espinas -3	Espinas -2 a -1	Espinas 0	> Espinas + 1

Con Índice de Bishop > 6, se considera un cuello favorable y el método de inducción mas efectivo y seguro es la Oxitocina. Mientras que un puntaje de Bishop \leq 6, se considera un cuello desfavorable y los métodos de inducción apropiados son los análogos de prostaglandinas y los métodos mecánicos con la sonda Foley.

Los métodos de inducción utilizados en la Clínica Sanatorio Alemán son:

1. **Misoprostol:** Es un análogo de la prostaglandina E1, que ha demostrado ser efectivo en la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto. A pesar de no estar aprobado su uso para obstetricia por el ISP, la evidencia científica, lo avala como un medicamento seguro y eficaz cuando su uso es adecuado y vigilado.

Uso:

- Utilizar con Bishop \leq 6.
- Realizar TNE 20-30 min para evaluar bienestar fetal y la presencia de dinámica uterina.
- La dosis recomendada es de 25-50 μ g en el fondo de saco vaginal o por vía oral. Se puede repetir a intervalos de 4-6 horas con un máximo de 3 dosis.
- **No** se recomienda combinar análogos de prostaglandina E1 con oxitocina como método de inducción.
- Solo se podrá iniciar oxitocina pasada 4 hrs desde la última dosis de misoprostol.
- **No** se debe utilizar para acelerar los trabajos de parto.

- **No** debe usarse en cesáreas previas

Efectos adversos:

- Hipertonía uterina, taquisistolía, hiperestimulación uterina, hipotensión o taquicardia, náuseas, vómitos, diarrea, rotura uterina (esto último es muy raro).

Manejo de Taquisistolía: hidratación con cristaloides 500-1000 cc EV rápido. Si persiste, evaluar uso de frenación de emergencia (Nitroglicerina 100-200 mcg/ bolo o Fenoterol 5-7,5 mcg bolo E.V)

Manejo de hiperestimulación: Medidas de reanimación intrauterino:

Oxígeno por mascarilla 10 lt /min

Hidratación endovenosa

Decúbito lateral izquierdo

Tocolísis de emergencia

Reevaluar en 30 min, si cede entonces continuar inducción, si no cesárea.

Contraindicaciones:

- Cesárea anterior
- Contraindicación para parto vaginal
- Antecedentes de hipersensibilidad a las prostaglandinas o a alguno de los excipientes.
- Cardiopatía moderada-grave: Estenosis mitral o aórtica, Tetralogía Fallot, Lesiones cianosantes, IAM previo, prótesis valvular mecánica, VD sistémico (TGA tras switch atrial, TGA corregida), Coartación de Aorta, Síndrome de Marfan, Circulación Fontan IC III-IV e HT pulmonar.

En caso de no lograr las modificaciones cervicales > Bishop 7, en un periodo >12hrs, se considerará inducción fracasada y se realizará cesárea.

2. Métodos mecánicos: Sonda Foley

El mecanismo de acción de los métodos no farmacológicos para la maduración cervical consiste en la dilatación del cuello uterino a través de la presión mecánica y el aumento de la producción endógena de prostaglandinas.

La sonda de Foley es una alternativa para la maduración cervical, con una eficacia similar a las Prostaglandinas y menos efectos adversos.
Ejm: hiperestimulación.

Indicaciones:

- Embarazo de término
- Sin contraindicación para parto vaginal
- Membranas íntegras.
- Puede ser una opción en pacientes con antecedente de una cesárea previa segmentaria, con periodo intergenésico >24 meses. Previo consentimiento informado.

Técnica:

Bajo técnica estéril, con la ayuda del espejo y una pinza de Pean o Foerster, se coloca la Sonda de Foley del calibre 16 a través de canal cervical, sobrepasando el orificio cervical interno. Seguidamente se infla el balón con 30cc de suero fisiológico y se fija la sonda con ligera tensión al muslo de la gestante.

Monitorización inmediata de LCF tras la instalación de la sonda y continuar monitorización FCF/DU durante 30-60 minutos.
Se indicará a matrona, que realice una suave tracción de la sonda de Foley cada 2-4 horas y fije a tensión la sonda en el muslo de la paciente.

En caso de que se produzca amniorrexis espontánea, no se retirará la Sonda de Foley, si estuviese colocada.

En pacientes sin cesárea anterior, se puede asociar oxitocina para optimizar la inducción.

Si expulsa el cuff e inicia trabajo de parto, continuar manejo con conducción oxitócica si lo requiere. En caso de no haber modificaciones esperadas **después de 12 hrs**, se diagnostica **inducción fracasada** y se interrumpirá por vía alta.

2. **Amniotomía:** en paciente con cuello favorable, es un método usado para apoyar otros métodos de inducción. Debe realizarse, una vez el polo cefálico este apoyado y sin palpar cordón umbilical.

Las complicaciones asociadas incluyen, la interrupción de una placenta previa oculta, la ruptura de una vasa previa y el prolapso del cordón umbilical.

3. **Inducción Oxitocica:** La infusión IV de oxitocina es el método más usado en cérvix favorable (Bishop >6).

Administración: Previo Registro Basal no Estresante reactivo, se inician 5 mUI/min, con incremento de 5 mUI cada 30 min hasta lograr una dinámica uterina de 4-5 contracciones cada 10 min. Dosis máxima: 40 mU/min.

Efectos adversos: la administración durante periodos prolongados y en soluciones hipotónicas puede producir una hiponatremia sintomática. La intoxicación hídrica conduce a hiponatremia, convulsiones, coma, insuficiencia cardiaca.

Evitar la administración E.V. rápida de oxitocina sin diluir ya que puede producir efectos cardiovasculares graves (hipotensión).

Por contener etanol como excipiente puede ser de riesgo en pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, etc.

Contraindicaciones de Parto Vaginal:

A. Maternas

- Cicatriz uterina previa con compromiso de cavidad endometrial.
- Una cicatriz de cesárea corporal.
- Dos cicatrices de cesárea segmentaria.
- Antecedentes de plastia vaginal.
- Tumor previo.
- Cáncer de cuello uterino.

- Patología materna que contraindique parto vaginal.
- Herpes genital activo al momento del parto.
- Mujeres portadoras del VIH
- Pre-eclampsia – Eclampsia sin expectativa de parto vaginal.

B. Fetales

- Distocia de presentación (podálica, tronco).
- Macrosomía fetal (peso fetal estimado > 4500grs.).
- Embarazo múltiple con cicatriz de cesárea.
- Embarazo múltiple con distocia de presentación de uno de los fetos
- Embarazo múltiple monoamniótico.
- Estado fetal no tranquilizador, persistente a pesar de medidas de reanimación, sin expectativa de parto vaginal.
- Enfermedad hemolítica severa.
- Anomalías fetales que causen desproporción.
- Anomalías fetales severas que contraindiquen parto vaginal.

C. Ovulares

- Placenta previa oclusiva total.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, si expectativa de parto expedito.
- Prolapso / procúbito de cordón umbilical.
- Infección ovular sin expectativa de parto vaginal.

D. Materno-fetales

- Desproporción cefalopélvica, constatable (DCP).
- Prueba de trabajo de parto fracasada.

Existe el consenso de los expertos de que la inducción electiva no debe realizarse antes de las 39 semanas de gestación debido al mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal.

REFERENCIAS

1. Guía Perinatal Ministerio De Salud De Chile. 201
2. Inducción del parto y métodos de maduración cervical. Protocols medicina fetal servei de medicina materno-fetal – icgon – hospital clínic barcelona
3. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. ACOG Committee on Practice Bulletins -- Obstetrics , Obstet Gynecol. 2009;114(2 Pt 1):386.
4. Induction of labour (CG70) www.nice.org.uk