

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica GPC

**ACTUALIZACIÓN
2012**

Inducción del
TRABAJO DE PARTO
en el Segundo Nivel de Atención

Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro de GPC: **SSZ1809**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	3
2. DEFINICIÓN DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	4
3. GENERALIDADES.....	5
4. DIAGRAMAS DE FLUJO.....	14
5. TABLA DE MEDICAMENTOS DE PRIMERA ELECCIÓN.....	15

1. CLASIFICACIÓN DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

GPC: INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CIE-9-MC: 73.01 INDUCCIÓN DEL PARTO POR RUPTURA ARTIFICIAL DE
MEMBRANAS

73.1 OTRA INDUCCIÓN QUIRÚRGICA DEL PARTO

73.4 INDUCCIÓN MÉDICA DEL PARTO

2. DEFINICIÓN DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

DEFINICIÓN

Es la iniciación artificial del trabajo de parto antes de que ocurra de manera espontánea, con el propósito de desencadenar actividad uterina efectiva para lograr el nacimiento de la unidad fetoplacentaria (*SOGC Induction of labour at term, 2001*).

3. GENERALIDADES

INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

La inducción se indica cuando el embarazo no puede continuar por las siguientes circunstancias:

- Hipertensión gestacional
- Incompatibilidad Rh
- Ruptura prematura de membranas
- Ruptura de membranas a término
- Condiciones clínicas maternas (por ejemplo, mujeres con diabetes insulino dependientes, enfermedades renales)
- Gestaciones por arriba de 41 semanas de gestación
- Evidencia de compromiso fetal
- Insuficiencia útero-placentaria
- Óbito
- Corioamnionitis
- Factores logísticos (por ejemplo, historia de parto precipitado o distancia del hospital)

CONTRAINDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

- Presentación pélvica o transversa
- Desproporción céfalo-pélvica
- Placenta previa
- Antecedente de cirugía uterina mayor o cesárea clásica
- Carcinoma invasivo del cérvix
- Prolapso de cordón umbilical
- Herpes genital activo
- Condiciones ginecológicas, obstétricas o médicas que imposibiliten el parto vaginal
- Por comodidad

PRECAUCIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

- Mujer gran múltipara (más de cuatro partos)
- Cérvix desfavorable o cérvix inmaduro (administrar un madurador cervical antes de administrar oxitocina)
- Presentación de frente o de cara
- Hiperdistensión uterina (polihidramnios o embarazo múltiple)
- Cicatriz uterina baja
- Hipertonía uterina preexistente
- Antecedentes de dificultad en el trabajo de parto o parto traumático

CONDICIONES PARA INICIAR LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Debería haber una discusión con la paciente y con sus familiares acerca de los factores de riesgo (incluyendo antecedentes obstétricos de riesgo, ventajas y limitación de los servicios locales de maternidad, y los riesgos de transportación) antes de considerar la inducción del trabajo de parto, y deberá obtenerse un consentimiento informado.

La indicación de la inducción de trabajo de parto siempre se tiene que documentar.

La valoración inicial y la documentación antes de iniciar el trabajo de parto deben incluir:

- Confirmación de paridad
- Confirmación de la edad gestacional
- Presentación
- Valoración de la pelvis
- Dilatación, borramiento y consistencia del cérvix
- Actividad uterina
- Frecuencia cardíaca fetal y registro cardiotocográfico

Valorar la maduración cervical. Si la puntuación de Bishop es ≤ 6 debe iniciarse un agente farmacológico o mecánico para maduración cervical.

El personal de salud debe estar pendiente de la paciente que se somete a inducción del trabajo de parto, alerta acerca de las complicaciones que puedan ocurrir, para revertirlas.

**MÉTODOS FARMACOLÓGICOS PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
PROSTAGLANDINAS E2**

Las prostaglandinas E2 son el método recomendado para la inducción del trabajo de parto, a menos que existan razones clínicas específicas para no usarlas (en particular, el riesgo de hiperestimulación uterina). Pueden ser empleadas en gel, tabletas o pesarios de liberación controlada.

Los regímenes recomendados son:

- Un ciclo de prostaglandinas vía vaginal en tabletas o gel: una dosis, seguida de una segunda dosis después de 6 horas si el parto no se ha establecido (el límite máximo son dos dosis)
- Un ciclo de prostaglandinas vía vaginal en pesarios de liberación prolongada: una dosis en 24 horas

**MÉTODOS FARMACOLÓGICOS PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
MISOPROSTOL**

El misoprostol debe ser usado sólo como método de inducción del trabajo de parto en mujeres que tengan muerte fetal intrauterina.

Métodos farmacológicos para la inducción del trabajo de parto

Oxitocina

La evidencia sugiere que, en mujeres con cérvix desfavorable y membranas intactas, la oxitocina intravenosa es menos efectiva que las prostaglandinas E2 vía vaginal en cuanto a mejorar las condiciones cervicales y para reducir la tasa de nacimientos por cesárea.

En mujeres con condiciones cervicales desfavorables y ruptura de membranas, la oxitocina fue menos efectiva que las prostaglandinas E2 en lograr el parto vaginal dentro de 24 horas.

En mujeres con cérvix favorable, la oxitocina intravenosa fue menos efectiva que las prostaglandinas E2 vaginales en lograr el trabajo de parto dentro de 24 horas.

Cuando se usa la oxitocina para inducir el trabajo de parto se debe usar la dosis mínima para desencadenar la fase activa de éste, y aumentar en intervalos no mayores de cada 30 minutos.

Una vez que se alcanza la dosis de 20 mU/min se debe revalorar a la paciente.

Si ocurre excesiva actividad uterina con frecuencia cardíaca fetal normal, se debe disminuir la infusión de oxitocina y después revalorar la actividad uterina para determinar si son necesarias otras intervenciones.

Si ocurre excesiva actividad uterina (>5 contracciones en 10 minutos o contracciones que duran más de 120 segundos) con frecuencia cardíaca fetal con patrones no tranquilizadores se debe:

- Suspender la infusión de oxitocina para corregir el patrón anormal
- Colocar a la paciente en posición de decúbito lateral
- Evaluar la tensión arterial
- Incrementar hidratación intravenosa si no es contraindicada por alguna condición materna
- Realizar la valoración de la dilatación
- Descartar el prolapso del cordón umbilical
- Colocar mascarilla de oxígeno a 10 litros por minuto

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

DESPEGAMIENTO DE LAS MEMBRANAS

El despegamiento de las membranas se asocia con:

- Reducción en la necesidad de inducir de manera formal el parto, especialmente en mujeres multíparas
- Incrementa la tasa de parto espontáneo, si se realiza más de una vez desde las 38 semanas de gestación; el régimen más apropiado para realizarlo aún no es claro en la evidencia
- Incrementa los reportes de dolor, pero la mayoría de las mujeres vuelve a escoger el método en futuros embarazos y lo recomiendan

Antes de iniciar la inducción formal del trabajo de parto, se debe ofrecer a las mujeres un examen vaginal para realizar despegamiento de las membranas.

A partir de la semana 40 y 41 en la visita antenatal, a las nulíparas se les debe ofrecer examen vaginal para despegamiento de membranas.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO**RELACIONES SEXUALES, ESTIMULACIÓN DEL PEZÓN, AMNIOTOMÍA, SONDA DE FOLEY**

No se recomiendan las relaciones sexuales como método para inducir el trabajo de parto.

La evidencia sugiere que la estimulación del pecho parece ser beneficiosa en aumentar el número de mujeres que inician el trabajo de parto en 72 h y en reducir las tasas de hemorragia posparto, cuando se comparó con el control. Las tasas de los nacimientos por cesárea fueron similares entre las mujeres en quienes tuvieron estimulación del pecho y las que utilizaron oxitocina intravenosa.

Para mujeres con cérvix desfavorable, hay limitada evidencia para determinar el efecto de la amniotomía sola como método efectivo para la inducción.

La amniotomía no debe ser usada como método primario para inducir el trabajo de parto, a menos que haya razones clínicas específicas que contraindiquen el uso de prostaglandinas E2, en particular el riesgo de hiperestimulación uterina.

Los procedimientos mecánicos (catéter con balón y las laminarias) no deben ser usados de rutina para la inducción del trabajo de parto.

COMPLICACIONES DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Hiperestimulación uterina: cuando se produce excesiva actividad uterina, especialmente si está asociada a un patrón alarmante en la frecuencia cardíaca fetal, se debe tratar de revertir la actividad uterina anormal.

Si se aplicaron prostaglandinas intravaginales o intracervicales se deben tratar de retirar completamente. Si hay infusión de oxitocina debe suspenderse, y dar medidas de soporte/resucitación, como poner a la mujer en posición de decúbito lateral izquierdo y administrar oxígeno con máscara.

Si hay actividad uterina excesiva con patrón no tranquilizador de la frecuencia cardíaca fetal y la actividad persiste, debe administrarse un tocolítico, como opción terbutalina 250 mg subcutánea o nitroglicerina intravenosa a dosis de 50 a 200 mg, o puede ser una o dos dosis medidas de spray sublingual (400-800 mg).

Ruptura uterina: ante sospecha de ruptura uterina debe realizarse laparotomía exploradora de urgencia.

Inducción fallida: si la inducción del trabajo de parto falla, los profesionales de la salud deben discutir la situación con las pacientes. La condición materna y el embarazo en general deben ser reevaluados, así como el bienestar fetal, mediante monitoreo electrónico fetal.

Las decisiones acerca del futuro manejo deben ser tomadas de acuerdo con los deseos de la mujer, y de las circunstancias clínicas. Las opciones de manejo subsecuente incluyen:

- Nuevo intento de inducir trabajo de parto (el tiempo depende de la situación clínica y de los deseos de la mujer)
- Operación cesárea

Prolapso de cordón umbilical: si ocurre, debe realizarse cesárea de urgencia.

IMPORTANTE

Cuando la inducción del trabajo de parto está indicada, es muy importante que el médico responsable considere dónde es el mejor lugar para que la paciente pueda estar en las mejores condiciones durante el trabajo de parto y el nacimiento y para el cuidado necesario del recién nacido.

Debe considerarse un equipo disponible y adecuado para la atención en el trabajo de parto y el parto con equipamiento de resucitación para la madre y el recién nacido.

Debe considerarse personal capacitado y bien entrenado para monitorear la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas cada 15 a 30 minutos durante la inducción del trabajo de parto.

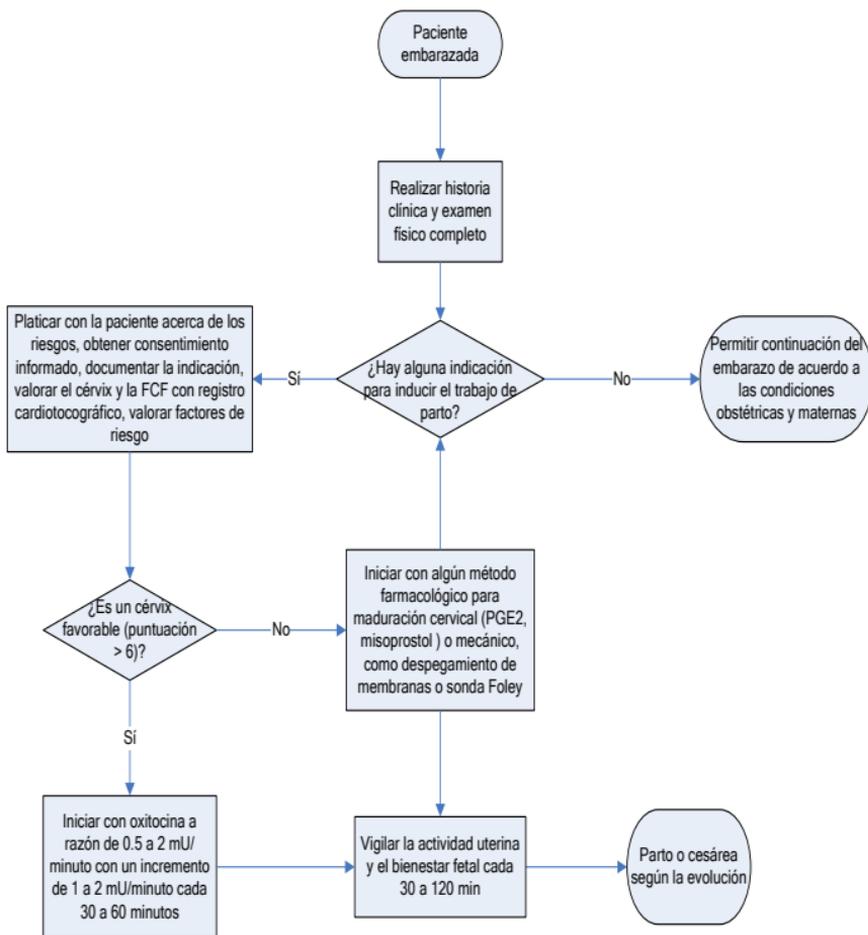
Si existe algún inconveniente en las instalaciones para realizar una cesárea, se debe trasladar a la paciente a un lugar que cuente con las condiciones adecuadas.

Cada departamento de obstetricia debe establecer guías para la inducción de trabajo de parto con oxitocina. Se recomienda que antes de iniciar la oxitocina, se deben valorar el bienestar fetal y el monitoreo cardiotocográfico. Este medicamento debe ser administrado con bomba de infusión para estar seguros de que la dosis es exacta. Para evitar bolos inadvertidos, la oxitocina debe ser conectada como vía secundaria para mantener la vía principal.

La inducción del trabajo de parto requiere monitoreo cercano de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal.

Se recomienda vigilancia una a una, es decir, un personal de salud por una mujer en inducción de trabajo de parto.

4. DIAGRAMAS DE FLUJO



5. TABLA DE MEDICAMENTOS DE PRIMERA ELECCIÓN

Clave	010.000.4203.00	010.000.4208.00	010.000.4208.01			010.000.1542.00
Principio activo	Dinoprostona	Dinoprostona	Dinoprostona	Mifepristona	Misoprostol	Oxitocina
Dosis recomendada	A juicio del especialista	A juicio del especialista	A juicio del especialista		Tópico vaginal Comp. vaginal: 25 mcg a intervalos no menores de 4 a 6 h; o 400 mcg de 2 a 8 h antes, en úteros sin historial de cesárea previa o cicatrices uterinas, y de 2 a 4 h antes, en úteros con historial de cesárea previa o cicatrices uterinas	Dosis de acuerdo a la respuesta
Presentación	GEL Cada jeringa contiene: Dinoprostona 0.5 mg Envase con jeringa y cánula	OVULO Cada óvulo contiene: Dinoprostona 10 mg Envase con 1 óvulo	OVULO Cada óvulo contiene: Dinoprostona 10 mg Envase con 5 óvulos	Comprimidos 200 mg	TABLETAS 200 mcg	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Oxitocina: 5 UI Envase con 50 ampolletas con 1 ml
Tiempo	A juicio del especialista	A juicio del especialista	A juicio del especialista	Oral. Ads.: - Interrupción médica del embarazo intrauterino en curso, en uso secuencial con un análogo de prostaglandina, hasta 63 días de amenorrea: 1. Hasta 49 días de amenorrea: 600 mg en dosis única, seguido de un análogo de prostaglandina 36 a 48 h más tarde; misoprostol 400 mcg (oral), o gemeprost 1 mg (vaginal) 2. Entre 50 a 63 días de amenorrea: 600 mg en dosis única, seguido de un análogo de prostaglandina o gemeprost 1 mg		De acuerdo a la respuesta

				<p>(vaginal), 36 a 48 h más tarde</p> <p>Alternativamente, 200 mg en dosis única, seguida 36 a 48 h más tarde, de la administración del análogo de prostaglandina gemeprost 1 mg (vaginal)</p> <p>- Ablandamiento y dilatación del cuello uterino antes de la interrupción quirúrgica del embarazo durante el 1.º trimestre: 200 mg, seguido de interrupción quirúrgica, 36 a 48 h más tarde</p> <p>- Preparación para la acción de análogos de prostaglandinas en la interrupción del embarazo (después del 1.º trimestre): 600 mg en dosis única, 36 a 48 h antes de la administración programada de prostaglandina, repetir pauta con la frecuencia necesaria</p> <p>- Inducción del parto en la muerte fetal intrauterina: 600 mg en dosis única, 2 días consecutivos. Inducir el parto por métodos habituales si no se ha iniciado en las 72 h siguientes a la toma de mifepristona</p>		
Efectos adversos	<p>Mujer: náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal; hipotensión, bradicardia, rubefacción; mareo, síncope, cefalea; tos, disnea, broncospasmo, sensación de opresión; sensación de calor en la vagina; hipertermia transitoria, escalofríos; dolor de espalda; PIO; hipersensibilidad; contractilidad uterina anormal, ruptura uterina, ruptura prematura de membranas, amnionitis</p> <p>Feto: alteración del ritmo cardíaco, sufrimiento fetal, acidosis fetal, sepsis fetal intrauterina, sufrimiento neonatal</p>			<p>Sangrado, contracciones o espasmos uterinos, molestias uterinas, leves o moderadas, náusea, vómito, diarrea</p>	<p>Náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal</p>	
Interacciones	<p>Potencia efecto uterotónico de oxitocina</p>			<p>Evitar AINE por una disminución de eficacia del método. Puede</p>	<p>Potencia efecto de oxitocina</p> <p>Inhibición del efecto</p>	

		<p>disminuir eficacia de corticoides durante los 3 a 4 días posteriores a la toma de mifepristona</p>	<p>anticoagulante de acenocumarol Potencia la toxicidad a nivel neurológico con: fenilbutazona, naproxeno, y dolor abdominal o diarrea (diclofenaco, indometacina) Aumenta frecuencia e intensidad de diarreas con: antiácidos Administración de laxantes: intensa diarrea</p>	
<p>Contraindicaciones</p>	<p>Hipersensibilidad; historial de cesárea o cirugía mayor uterina; desproporción cefalopélvica; sospecha o evidencia clínica de sufrimiento fetal preexistente; historial de parto difícil o traumático; multiparas con seis o más embarazos anteriores a término; presentación de parte del feto por encima del estrecho superior de la pelvis; útero hiperactivo o hipertónico; en emergencias obstétricas, tanto para el feto como para la madre, aconseje una intervención quirúrgica; embarazo múltiple; riesgo cardíaco del feto indica riesgo incipiente para el mismo; presentación no cefálica; secreción vaginal inexplicable o hemorragia uterina irregular; placenta previa o herpes genital activo; enfermedad cardíaca o pulmonar activa; enfermedad inflamatoria pélvica Pacientes con factores de riesgo de presentar coagulación intravascular o fibrinólisis (shock hipovolémico, shock séptico, hemólisis intravascular, <i>abruptio placentae</i>, embolismo de líquido amniótico, preeclampsia grave o eclampsia). Administración simultánea de oxitocina u otros estimulantes de las contracciones uterinas</p>	<p>Hipersensibilidad, insuficiencia suprarrenal crónica, asma grave no controlada, porfiria hereditaria. Relacionados con: embarazo no confirmado, sospecha de embarazo extrauterino</p>	<p>Hipersensibilidad; fármacos oxicóticos contraindicados o contracciones prolongadas del útero que se consideren inapropiadas Además, en comp. 25 mcg: historial de cesárea o cirugía mayor uterina; desproporción cefalopélvica; sospecha o evidencia clínica de sufrimiento fetal preexistente; historial de parto difícil o traumático; multiparas con seis o más embarazos anteriores a término; situaciones del feto transversas; emergencias obstétricas (intervención quirúrgica); embarazo múltiple; secreción vaginal inexplicable o hemorragia uterina irregular; placenta previa o herpes genital activo; concomitancia de</p>	

			oxitocina y otros estimulantes de las contracciones uterinas; factores de riesgo de embolismo de líquido amniótico, preeclampsia grave o eclampsia	
--	--	--	--	--

Avenida Paseo de La Reforma # 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

ISBN: **en trámite**