

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de referencia rápida

Inducción del trabajo de parto en el  
segundo nivel de atención

### GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro:SSA-218-09

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

## Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención ISBN en trámite

### Definición

Es la iniciación artificial del trabajo de parto antes de que inicie 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*)

### 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
- Corioamnioitis
- Factores logísticos (por ejemplo historia de parto precipitado o distancia del hospital)

## Contraindicaciones para 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 4 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 y/o parto traumático

## Condiciones para iniciar la inducción de trabajo de parto

Debería de 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 de 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 de 6 o menor debe iniciarse, un agente farmacológico o mecánico para maduración cervical.

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

## Métodos farmacológicos para 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 específicas razones clínicas 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 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 en 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 hrs.

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

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

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

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

- 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 y
- Colocar mascarilla de oxígeno a 10 Litros por minuto.

## **Métodos farmacológicos para inducción del trabajo de parto**

### **Misoprostol**

El misoprostol debe de ser usado solo como método de inducción del trabajo de parto en mujeres en quienes tengan muerte fetal intrauterina

## **Métodos no farmacológicos para inducir el 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 mas apropiado para realizarlo aun no es claro en la evidencia.

Incrementa los reportes de dolor pero la mayoría de las mujeres vuelven a escoger el método en futuros embarazos y lo recomiendan.

Antes de iniciar la inducción formal del trabajo de parto, se debe de 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 inducir el trabajo de parto**

### **Relaciones sexuales, estimulación del pezón, amniotomía, sonde deFoley.**

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 hrs y en reducir las tasas de hemorragia postparto 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 de ser usada como método primario para inducir el trabajo de parto a menos que existan 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 de 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 de tratar de revertir la actividad uterina anormal.

Si se aplicaron prostaglandinas intravaginales o intracervicales deben de retirarse 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 oxígeno con máscara.

Si hay actividad uterina excesiva con patrón no tranquilizador de la frecuencia cardíaca fetal y la actividad persiste, debe de administrarse un tocolítico como opción está la 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:** Si se sospecha de ruptura uterina debe de realizarse laparotomía exploradora de urgencia.

**Inducción fallida:** Si la inducción del trabajo de parto falla, los profesionales de la salud deben de discutir la situación con las pacientes. La condición materna y el embarazo en general debe de ser reevaluados, y el bienestar fetal también usando monitoreo electrónico fetal.

Si la inducción falla las decisiones acerca del futuro manejo deben de 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 prolapso de cordón umbilical 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 15-30 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 debe de valorar el bienestar fetal y el monitoreo cardiotocográfico. La oxitocina debe de ser administrada con bomba de infusión para estar seguros de que la dosis es exacta. Para evitar bolos inadvertidos, la oxitocina debe de 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.

## ALGORITMO INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO



