

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

- Se unifican los tres protocolos relacionados con inducción del parto en uno, esquematizando y simplificando el protocolo.
- Se añade resumen de indicaciones más frecuentes y se eliminan contraindicaciones relativas, así como algunos conceptos de fisiología.
- Se añaden indicadores de evaluación.

INDICE

1. Concepto
2. Indicaciones más frecuentes
3. Contraindicaciones
4. Requisitos previos
5. Procedimiento inducción
 - a. Maduración cervical
 - i. Medios farmacológicos
 - ii. Medios mecánicos
 - b. Inducción
6. Fracaso de inducción
7. Indicadores de evaluación
8. Bibliografía

1. CONCEPTO

La inducción del parto es la iniciación del proceso de parto mediante procedimientos médicos o mecánicos, con el propósito de lograr un parto vaginal. Estará indicada en aquellos casos en los que los riesgos maternos o fetales asociados a la continuación del embarazo superan a los riesgos asociados a la finalización más temprana. Se distinguen:

- La maduración cervical: es el procedimiento dirigido a facilitar el proceso de ablandamiento, borrado y dilatación del cuello uterino.
- La inducción del parto: es el procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas, para conseguir un parto por vía vaginal.

Aunque ambos términos se pueden agrupar dentro del concepto de inducción.

2. INDICACIONES MÁS FRECUENTES

- Rotura prematura de membranas.
- Sospecha de corioamnionitis.
- Retraso del crecimiento intrauterino, según protocolo específico.
- Embarazo cronológicamente prolongado.
- Gestación gemelar.
- Colestasis gravídica.
- Isoinmunización Rh.
- Diabetes pregestacional.
- Diabetes gestacional.

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Inducción del parto

- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- HTA crónica y gestacional.
- Muerte fetal intraútero.

Toda indicación no prevista en los diferentes protocolos específicos deberá ser valorada en comité.

3. CONTRAINDICACIONES

- Placenta previa oclusiva
- Vasa previa
- Hemorragia incontrolada
- Insuficiencia placentaria severa
- Situación fetal transversa u oblicua. Presentación podálica
- No control de FCF y dinámica
- Antecedente de cesárea clásica o en T
- Cirugía con entrada en cavidad uterina (salvo cesárea segmentaria transversa)
- Antecedente de rotura uterina
- Herpes genital activo
- Ausencia comprobada de bienestar fetal
- Carcinoma cervical uterino invasor
- Gestación múltiple y cesárea anterior

4. REQUISITOS PREVIOS

- Informar del motivo de la inducción, los riesgos que conlleva dejar evolucionar el embarazo, del proceso de inducción y de los métodos de analgesia disponibles durante el mismo.
- Consentimiento informado firmado por la paciente.
- Revisar historia clínica y obstétrica, para descartar contraindicaciones y dejar constancia del motivo de la inducción, semanas de gestación y estado de las membranas.
- Contar con registro cardiotocográfico previo a la inducción de 20-30 minutos, para valorar estado fetal y dinámica uterina previas.

5. PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN

En primer lugar, se realizará un tacto vaginal para establecer el índice de Bishop, y en función de éste:

- Bishop \leq 6: maduración cervical
- Bishop $>$ 6: inducción

Tabla 1. Sistema de puntuación de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	>5
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	80-100
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Altura de la cabeza	-3	-2	-1, -0	+1, +2

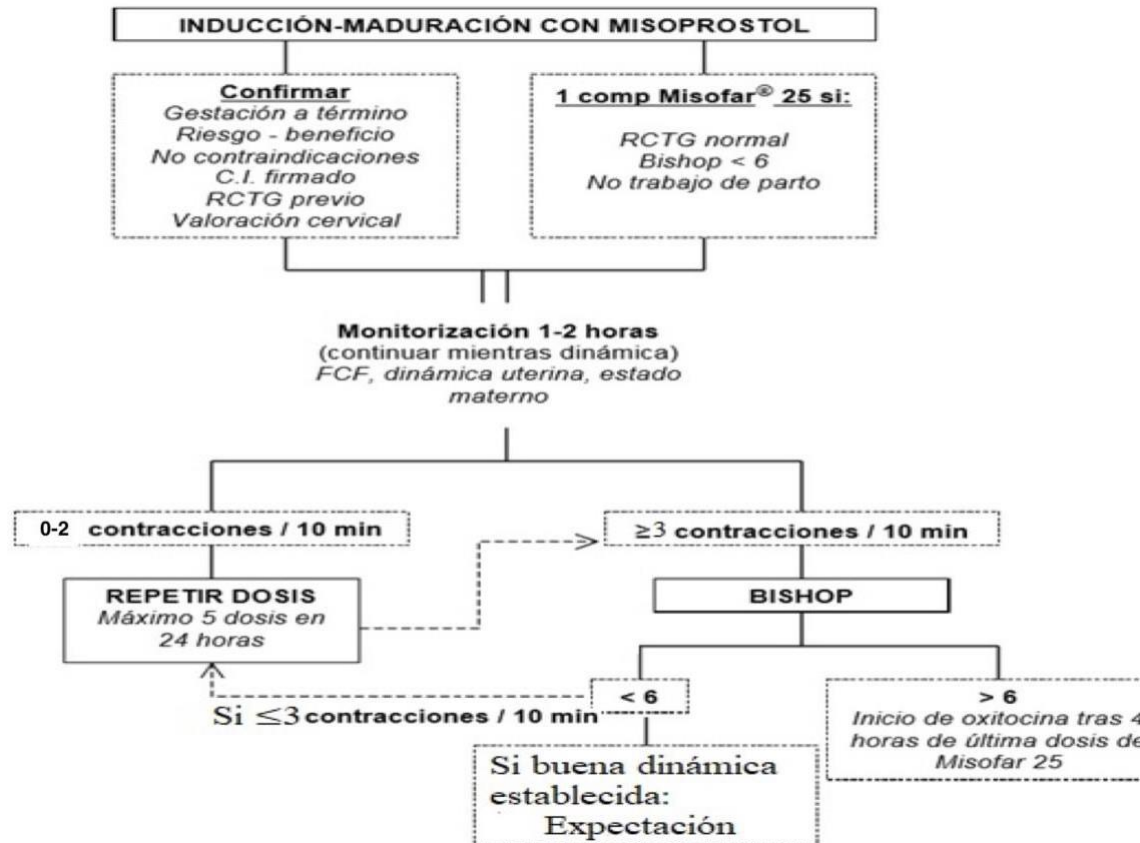
A. MADURACIÓN CERVICAL

- **MÉTODOS FARMACOLÓGICOS: PROSTAGLANDINAS**
 - **PROSTAGLANDINA E₂, DINOPROSTONA, VÍA VAGINAL (PROPESS®):** el dispositivo contiene 10 mg de Dinoprostona, con una tasa de liberación de 0,3 mg/h. El dispositivo puede permanecer en vagina hasta que se consiga la maduración cervical (máximo de 24 horas), pudiéndose retirar gracias a un cordel que facilita su extracción. Se puede administrar Oxitocina a los 30 minutos de la retirada del dispositivo.
 - **Utilización:** tras media hora de RCTG normal, se administrará dispositivo vaginal. La paciente debe mantenerse recostada durante 20-30 minutos después de la inserción. Posteriormente puede deambular. Será preciso realizar **monitorización continua durante las dos primeras horas** tras la colocación. Posteriormente, en ausencia de dinámica, se pueden hacer ventanas de monitorización de 30-60 minutos a intervalos frecuentes (cada 4-6 horas). Cuando se establezca una **dinámica uterina regular la monitorización debe ser continua**. También en casos de **embarazo prolongado, CIR, oligoamnios, diabetes pregestacional, preeclampsia u otros factores de riesgo de pérdida de bienestar fetal**, la monitorización debe ser **continua** mientras tenga puesto el dispositivo o tenga dinámica, pudiéndose retirar para comer o para ducharse
 - **Indicaciones de retirada:** Una vez instaurado trabajo de parto o si índice de Bishop >7, ante hipertensión o taquisistolia (más de 5 contracciones en 10 minutos), evidencia de sufrimiento fetal, evidencia materna de efectos adversos (náuseas, vómitos, hipotensión o taquicardia mantenida) o 30 minutos antes de que se prevea el inicio de Oxitocina.
 - **Contraindicaciones:** trabajo de parto instaurado, administración simultánea de Oxitocina, antecedentes de hipersensibilidad a las PG 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 y HT pulmonar.

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Inducción del parto

- **Actuación ante hipertensión o taquisistolia:** coger una vía a la paciente, retirar el dispositivo vaginal y si no cede, administrar un bolo de atosiban.
- **PROSTAGLANDINA E1, MISOPROSTOL, VÍA VAGINAL (MISOFAR®):**
 - **Utilización:** la posología del Misofar es de 25 microgramos de misoprostol a intervalos de 4-6 horas, hasta un máximo de 5 comprimidos en 24h. Se puede administrar Oxitocina a las 4 horas de la última dosis de Misofar 25.



- **Contraindicaciones:** preeclampsia grave, eclampsia, cesárea previa (salvo feto muerto), EG < 34 semanas. Contraindicación relativa en situaciones con mayor riesgo de hiperestimulación uterina como gestación gemelar, polihidramnios, macrosomía, multiparidad o con mayor riesgo de sufrimiento fetal como CIR.
- **MÉTODOS MECÁNICOS: BALÓN DE COOK**
 - **Utilización:** Se coloca mediante visualización cervical con espéculo. Se hincha el balón uterino con 20-40 ml de suero a través de la válvula roja y se tracciona levemente hasta empezar a ver asomar el balón vaginal por el OCE. Entonces se introducen 20-40 ml de suero en el balón vaginal y se extrae el espéculo. Se irán llenando los balones lentamente hasta un máximo de 80 ml cada uno. El

llenado puede hacerse en un tiempo, pero si hay mala tolerancia puede hacerse progresivo en dos etapas. Se debe realizar una monitorización cardiotocográfica durante 1-2 horas y posteriormente en ventanas si no hay dinámica rítmica. Se debe retirar el catéter previo vaciado a las 12 h. Al día siguiente se realizará la inducción con Oxitocina si no se inicia el parto antes.

- **Indicaciones:** gestantes con cesárea anterior, contraindicación para PG, o situaciones con mayor riesgo de hiperestimulación uterina (polihidramnios, gestación gemelar, macrosomía) o mayor riesgo de sufrimiento fetal (CIR, oligoamnios...). Todas son indicaciones relativas, a valorar por el médico responsable.
- **Requisitos:** cierto grado de dilatación cervical y membranas íntegras.
- **Contraindicaciones:** placenta previa, hemorragia antes del parto y evidencia de infección del tracto genital inferior.

B. INDUCCIÓN DEL PARTO

El objetivo de la inducción con Oxitocina será conseguir contracciones regulares cada 3 minutos, con una duración entre 60-90 segundos, con una intensidad de 50-60 mmHg, sin producir fenómenos de taquisistolia ni hipertensión, que desencadenen la fase activa de parto.

Se asociará, desde el comienzo de inducción, la rotura artificial de membranas, excepto cuando la presentación esté muy alta, haya riesgo infeccioso (VIH...) o cuando por las condiciones cervicales no sea posible.

Desde el comienzo de la inducción se debe ofrecer método analgésico, siendo la petición materna indicación suficiente para instaurar analgesia epidural o métodos analgésicos alternativos. La analgesia epidural es el método de elección.

La oxitocina se administra por vía intravenosa, con bomba de infusión, bien diluyendo 10UI de oxitocina a 1L de suero fisiológico, o 5UI en 500mL, consiguiendo una concentración de 10mU/mL.

DOSIS OXITOCINA	BOMBA INFUSIÓN
2 mU/minuto	12 ml/hora
4 mU/minuto	24 ml/hora
8 mU/minuto	48 ml/hora
12 mU/minuto	72 ml/hora
16 mU/minuto	96 ml/hora
20 mU/minuto	120 ml/hora
24 mU/minuto	144 ml/hora
28 mU/minuto	168 ml/hora

En cualquier caso, deberá individualizarse el incremento de dosis en función de la respuesta uterina y la tolerancia fetal. La razón por la que los incrementos se realizan cada media hora es porque el tiempo que tarda la Oxitocina en alcanzar una concentración plasmática estable es de 20-30 minutos, y la respuesta miométrica a dicha concentración se produce a los 3-5 minutos.

La velocidad de perfusión máxima recomendada según ficha técnica es de 20mUI/min (120 ml/h) y, en los casos en los que exista poca respuesta uterina, el RCOG recomienda dosis más altas, que no deben exceder las 32mUI/min (192 ml/h).

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Inducción del parto

En caso de no registrarse adecuadamente la dinámica o ante lenta progresión del parto, y en aquellos casos en los que existan riesgos derivados de la hiperestimulación (cesárea anterior), será recomendable el uso de registro de presión interno.

6. FRACASO DE INDUCCIÓN

- Se considerará fase activa del parto cuando se haya alcanzado una dilatación de 3-4 cm con cérvix borrado o 5 cm sin borrar.
- Se considerará fracaso de inducción cuando no se haya alcanzado la fase activa del parto tras 15 horas de inducción (infusión de Oxitocina con dinámica adecuada, al menos 3 contracciones cada 10 minutos, y bolsa rota). En casos seleccionados se podrá considerar alargar este periodo hasta las 18 horas.
- En casos de Bishop desfavorable que no permita la rotura de membranas se podrá considerar fracaso de inducción tras 12 horas de dinámica adecuada sin haberse modificado el cérvix, pudiendo alargar dicho periodo a 15-18 horas individualizando cada caso.
- En caso de pacientes con cesárea anterior, en las que la maduración cervical se llevará a cabo con balón de Cook si las membranas están íntegras, se recomienda evitar sobrepasar dosis de 20 ml/min (120 ml/h) y usar un catéter de presión intrauterino si la dinámica no se registra adecuadamente. Se considerará fracaso de inducción tras 12 horas de inducción con dinámica uterina adecuadas y bolsa rota.

7. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Partos inicio inducido	% de partos de inicio inducido	DAE	<10%
Inducciones fuera de protocolo	% de inducciones fuera de protocolo		No definido

8. BIBLIOGRAFÍA

- Inducción del parto. PROSEGO: Protocolos Asistenciales en Obstetricia. En: www.sego.es. 2013.
- ACOG Committee on Practice Bulletins Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol* 2009;114:386.
- SOGC Clinical Practice Guideline. Induction of Labour. No. 296. September 2013.
- NICE Clinical guidelines. Induction of labour. November 2021.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. 2015.

Autores	Dra. Revelles		
Fecha elaboración	Fecha 15/09/2022	Vigencia	15/09/2025