



INDUCCION DE PARTO

(Actualizado 2003)

DEFINICIÓN

La inducción del parto es una de las técnicas más utilizada en Obstetricia. Se trata de un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas por medios mecánicos, médicos o ambos, en un intento de que el parto tenga lugar por vía vaginal. La inducción puede ser electiva o terapéutica cuando la continuación del embarazo suponga un riesgo para la madre y/o el feto.

En la actualidad, la aparición de métodos cada vez más eficaces y seguros de inducción y el progreso de la medicina perinatal, hacen de esta técnica un método eficaz y de uso cada vez más extendido en la práctica obstétrica, alcanzando en algunos casos tasas superiores al 20%. En cualquier caso, siempre que se decida finalizar un embarazo mediante una inducción es necesario sentar correctamente la indicación, elegir cuidadosamente el momento y el método y establecer una cuidadosa relación riesgo-beneficio.

Existe, en general, una buena correlación entre el resultado de una inducción y las condiciones obstétricas en que ésta se lleva a cabo. La utilización de un índice como el propuesto por Bishop (Tabla 1) permite establecer, sobre todo en multíparas, un pronóstico bastante aproximado. Así, cuando el índice de Bishop es >7 , la cifra de éxitos se sitúa entre el 95-99%, con un índice de 4-6, en el 80-85% y si es <3 en el 50-55%.

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

INDICACIONES

A) Inducción terapéutica

Se considera indicada la inducción del parto cuando los beneficios de finalizar la gestación para la salud de la madre y el feto son mayores que los beneficios de permitir que el embarazo continúe, siempre que no existan contraindicaciones y se cumplan las condiciones adecuadas para realizar dicha conducta. Se aceptan como indicaciones terapéuticas aquellas situaciones clínicas en que el embarazo debe finalizar en un período de tiempo razonablemente corto. Cuando la situación clínica refleja que la gestación debe finalizar con rapidez o que la evolución vaginal del parto no es razonable con un cierto grado de seguridad, es preferible la realización de una cesárea. Se consideran indicaciones terapéuticas:

- Complicaciones médicas y del embarazo.
- Rotura prematura de membranas.
- Corioamnionitis.
- Sospecha de riesgo fetal.
- Muerte fetal.
- Embarazo prolongado.
- Factores logísticos.

B) Inducción electiva

Es la iniciación del trabajo del parto por conveniencia de una persona en un embarazo a término y sin indicaciones médicas. Es necesario recordar que si se emprende una inducción electiva se debe ser muy riguroso en las condiciones:

- Embarazo a término con madurez fetal.
- Ausencia de complicaciones médicas u obstétricas.
- Ausencia de antecedentes de intervenciones sobre el cuerpo uterino.
- Ausencia de signos de pérdida del bienestar fetal.
- Presentación cefálica.
- Ausencia de sospecha de desproporción pélvico-cefálica
- Puntuación en el test de Bishop ≥ 7

CONTRAINDICACIONES

Ante la indicación de finalizar la gestación, las contraindicaciones para la inducción del parto son aquellas en las que el trabajo de parto y la expulsión vaginal del producto del embarazo sean más peligrosas para la madre y/o el feto que la realización de una cesárea.

Se consideran **contraindicaciones absolutas:**

- Placenta o vasa previa.
- Situación transversa u oblicua.

- Procúbito de cordón umbilical.
- Cirugía uterina previa con acceso a cavidad (salvo la cesárea segmentaria).
- Cesárea con incisión uterina clásica o en T.
- Herpes genital activo.
- Desproporción pélvico-cefálica absoluta.
- Ausencia comprobada del bienestar fetal.
- Carcinoma cervical uterino invasor.

Las **contraindicaciones relativas** se definirán según la capacitación y dotación de cada centro hospitalario.

MÉTODOS

La inducción del parto, dado que es una conducta no carente de riesgos, deberá realizarse con la gestante ingresada y con la previsión de medios adecuados para la finalización inmediata del embarazo si la evolución así lo precisara.

Cuando se plantea la inducción del parto, se debe informar a la madre con claridad sobre la naturaleza del método de inducción y del interés que tiene para ella y su hijo, intentando explicar sus beneficios y sus riesgos. La inducción del parto debe ser, en lo posible, una experiencia grata y la madre debe considerarla como una contribución positiva para asegurar su salud y la de su hijo.

A) METODOS MECANICOS

Maniobra de Hamilton

Consiste en el despegamiento digital del polo inferior de las membranas con el objeto de favorecer la liberación de prostaglandinas. Su eficacia no ha sido bien establecida y entre sus riesgos se incluyen la infección, la rotura prematura de membranas, la hemorragia en casos no diagnosticados de placenta baja o previa, la aparición de dinámica uterina excesiva e incontrolada, etc.

Amniotomía

La rotura de membranas incrementa la actividad de las prostaglandinas endógenas. Aunque utilizado como método único de inducción consigue el desencadenamiento del parto en un buen número de casos si el cuello es favorable, en la actualidad se practica para complementar y potenciar la acción de la oxitocina. La rotura artificial de las membranas permite ver las características del líquido amniótico y la colocación de un electrodo fetal o de un catéter de presión intramniótica si se precisa.

La amniotomía no es una intervención carente de riesgos. El peligro de infección o de un prolapso de cordón hay que tenerlo presente. Esta segunda posibilidad se puede disminuir si un ayudante ejerce simultáneamente presión sobre el fondo uterino y la sínfisis del pubis. La frecuencia cardíaca fetal debe monitorizarse

antes y después de realizar la operación y en caso de que se produzca una alteración de la misma, se hará un examen vaginal para descartar un prolapso de cordón. El momento en que se realiza la amniotomía es importante.

Aunque no hay unanimidad en cuanto al momento en que la bolsa deba romperse artificialmente, parece recomendable que se haga al inicio de la inducción. Esta norma general debe ser reconsiderada en algún caso particular (presentación muy alta, riesgo infeccioso, etc.)

B) METODOS FARMACOLOGICOS

Prostaglandinas

La aplicación local (cervical, vaginal) de prostaglandinas no se puede considerar, en sentido estricto, un método de inducción del parto, si bien en ocasiones puede desencadenar el mismo. Se trata de una práctica cuyo objetivo primordial es la maduración cervical y se sale, por tanto, del objetivo de este apartado. Sus características específicas se describen en el Protocolo nº 61 de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos.

Oxitocina

La oxitocina sintética, química y biológicamente semejante a la sustancia natural, desencadena de forma rápida y lineal las contracciones uterinas, sobre todo si el miometrio está preparado con prostaglandinas exógenas o endógenas. Aunque una dosis de 0,5 mU/minuto suele ser suficiente para provocar contracciones, existen importantes variaciones individuales en la intensidad de la respuesta.

La indicación de administrar oxitocina corresponde siempre al médico, previa evaluación clínica de cada caso. En ocasiones pueden surgir complicaciones que sólo un médico va a poder solucionar.

Su uso como agente para la inducción del parto debe restringirse al área de partos y su administración debe hacerse siempre con bomba de infusión y con monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas.

Cada hospital debería disponer de un protocolo escrito sobre la preparación, administración y vigilancia de la utilización de oxitocina.

La **técnica de la infusión** seguirá las siguientes normas:

- Monitorización basal de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal durante 15-20 minutos.
- Utilizar solución fisiológica (5 unidades de oxitocina diluidas en 500 ml de suero) y siempre con bomba de infusión.

- Existen diferentes protocolos de dosificación. Todos ellos se basan en un incremento gradual de la infusión hasta conseguir una dinámica adecuada. En el 90% de los casos se consigue con dosis de 16 mU/min o menos.
- En casos de hipertensión o hiperdinamia, debe disminuirse el ritmo de infusión y en algún caso interrumpirlo.
- Si aparecen signos de pérdida del bienestar fetal, puede resultar beneficioso para el feto la colocación de la paciente en decúbito lateral, la administración de oxígeno con mascarilla e incluso el uso de fármacos tocolíticos para frenar la dinámica uterina.
- Durante la inducción es importante que la paciente esté bien hidratada. Es igualmente de utilidad la aplicación combinada de técnicas analgésicas y anestésicas (ver Protocolo nº 32) específicas para este proceso.

Si después de 12 horas con dinámica uterina adecuada no se ha alcanzado una dilatación de 2-3 cm, la mayoría de los autores consideran que se trata de un fracaso de inducción y se inclinan por la práctica de una cesárea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol* 1964;24:266-8.
2. Monleón J, Perales A, Domínguez R, Mínguez J. Maduración cervical con gel de prostaglandina E₂. Posible efecto miometrial. *Clin Invest Gin Obstet* 1992;19:198-201
3. González N, Trujillo J, Carrancho M. Rotura uterina tras la aplicación de Gel E₂ intracervical. *Clin Invest Gin Obstet* 1993;20,234-9.
4. Frogoletto F Jr, Lieberman E, Lang J, Cohen A, Barss V, Ringer S. A clinical trial of active management of labor. *N Engl J Med* 1995;333:745-50.
5. UK Amniotomy Group. A multicentre randomised trial of amniotomy in spontaneous first labor term. *Obstet Gynecol* 1994;100:307-9.
6. Miranda J, Agüera J. Inducción del parto con gel intracervical de PGE₂. *Clin Invest Gin Obstet* 1994;21:39-44.
7. ACOG Technical Bulletin. Induction of labor. *Int J Gynecol Obstet* 1996;53:65-72.
8. Sánchez Ramos J, Martínez Benavides M. Maduración cervical e inducción al parto. En: *Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal*. Cap 26, pág 571-595. Fabre E. (ed). Zaragoza. 1996.

9. Monleón J. Inducción del parto. En: Medicina Materno-Fetal. Cabero L, Cararach V, Fortuny A, Martínez de la Riva A. (eds). Cap. 13, pág 47-53. Ergón SA. Madrid. 1996.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.