

XLII Reunión Nacional Anual FASGO 2010

Consenso sobre Inducción al Trabajo de Parto

Coordinador: Dr. Ricardo G. Rizzi

Comité de Expertos: Dres. Alfredo Uranga, Eduardo Valenti, Claudia Travella, Rodolfo Gómez Ponce de León.

Secretaria: Dra. María Marta Caratti

Definición:

Inducción del trabajo de parto

Práctica por la cual se intenta lograr un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de fármacos o maniobras con capacidad contráctil.

Indicaciones:

Se utiliza bajo indicación clínica para lograr un trabajo de parto, no iniciado espontáneamente, en ocasión de embarazos cronológicamente prolongados, o cuando concurren patologías maternas, fetales, ovulares o mixtas que exigen la evacuación fetal en forma anticipada y no existen contraindicaciones para el parto vaginal.

Condiciones:

Pelvis materna suficiente, relación céfalo pélvica normal, cuello favorable, embarazo de término o feto con maduración del surfactante pulmonar, gestación única, situación longitudinal.

El término cuello favorable refiere a un índice de Bishop adecuado para iniciar una inducción. Se considera favorable para la indicación cuando el índice de Bishop es igual o mayor a 8, intermedio entre 5 y 8 y desfavorable cuando es inferior a 5. .

Contraindicaciones:

Pelvis materna insuficiente, discordancia céfalo pélvica, cérvix desfavorable (Bishop inferior a 5) inmadurez pulmonar fetal, gestación múltiple, cesárea anterior y toda otra situación que contraíndique un parto vaginal (placenta previa oclusiva total, situación transversa, etc.)

Métodos:

- 1- Rotura artificial de las membranas ovulares o amniotomía
- 2- Oxitocina
- 3- Misoprostol

Despegamiento de membranas

También llamada maniobra de Hamilton. Es la separación digital por tacto vaginal de la membrana corioamniótica a nivel del segmento inferior a través del OCI. Este método acorta el tiempo hasta el parto y disminuye la utilización de métodos farmacológicos, debido a que libera prostaglandinas endógenas que expulsan líquido

amniótico, reduce el volumen uterino, y estimula el cuello uterino. El 60% de las pacientes comienzan con dinámica uterina. No se asocia a aumento de infección materna o neonatal y puede ocasionar molestias durante el procedimiento y, a veces, sangrado. Es necesario que el vértice de la presentación esté apoyado sobre el cuello uterino y que este último esté dilatado lo suficiente para permitir la introducción del dedo del obstetra.

Oxitocina

Dosis y vías de administración:

En forma de goteo continuo por vía endovenosa, 500 centímetros cúbicos de solución dextrosa al 5% o solución salina, con 5 UI de oxitocina.

Comenzar con 1 a 2 mU de oxitocina, o sea 4 gotas por minuto, incrementando las dosis a 8 gotas o 4 mU luego de la primer media hora, coincidente con la vida útil de la droga. Si la contractilidad se instala con esta dosis, mantenerla, sino se puede con los intervalos mencionados, duplicar la cantidad de gotas y por consiguiente de mUs, hasta obtener 3 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración. Cuando la infusión de oxitocina produzca un patrón contráctil eficiente, se debe mantener la misma dosificación hasta el parto. No se debe exceder más allá de 32 mU por minuto

Se debe tener un control estricto sobre la frecuencia cardíaca fetal, para ello escuchar los latidos cada 30 minutos siempre después de una contracción. Ante la aparición de un estado de bradicardia fetal, se debe detener la inducción. También se debe detener la inducción ante la presencia de una hiperestimulación contráctil, más de 4 contracciones en 10 minutos y/o falta de relajación uterina o hipertoniá.

Misoprostol

Indicaciones

Se utiliza en los casos indicados, fundamentalmente cuando el índice de Bishop demuestra una inmadurez cervical, que hace difícil el comienzo de una contractilidad uterina positiva para que se produzca un parto. Ello debido a que la droga produce maduración cervical, dilatación y reblandecimiento del cuello uterino, en primer lugar y posteriormente, inicia y aumenta la intensidad y frecuencia de contracciones uterinas.

Contraindicaciones

Las mismas que para la oxitocina, siendo la principal, la cesárea previa. Otras son, gran multiparidad, embarazos múltiples, la alergia a la prostaglandinas, o hipersensibilidad al medicamento, disfunciones hepáticas graves y coagulopatías.

Dosis y vías de administración

Por vía vaginal: 25 ug previo mojar el comprimido. Se coloca en el fondo de saco posterior o en el orificio cervical externo.

Por vía oral: 2 comprimidos de 25ug o sea 50 ug.

Por vía sublingual: un comprimido de 25 ug

Recomendamos dar preferencia a la vía vaginal. La opción de las vías oral y sublingual debiera quedar relativizada a la presencia de rotura prematura de membranas.

Los intervalos entre dosis deben ser de 6 horas.

No pasar de tres dosis durante el día, por ejemplo a las 8, 16 y 24 horas y en caso de no haber obtenido resultados, dejar descansar a la embarazada y repetir al día siguiente.

En general el parto ocurre a las 10 horas, entre 13 y 20 de la primera dosis.

Efectos secundarios y complicaciones

Taquisistolía, hipertonía, y como consecuencia de ambas, desprendimiento de placenta normoinserta, inminencia de rotura uterina, sufrimiento fetal.

Recomendación: no se recomienda la utilización conjunta de oxitocina y Misoprostol. Lo que si es posible que 25 ug de Misoprostol logren una sustancial modificación cervical y pasado un tiempo de 6 horas, aprovechar el efecto benéfico sobre el cuello y comenzar la inducción con oxitocina de la forma clásica.

Otros métodos

Se describen en la literatura mundial y se aplican en algunos centros obstétricos, otras metodologías de inducción al trabajo de parto, que este consenso solo describe, por no ser de práctica habitual en nuestro medio.

Dilatadores cervicales

Sonda vesical de Foley

Método de Krause

Prostaglandinas

Consideraciones referidas al manejo de la inducción

Diagnóstico certero de edad gestacional

En casos de prematuridad, haber tratado la maduración del surfactante pulmonar fetal con Betametasona

Paciente internada

Scorer de Bishop favorable

En caso de Scorer de Bishop desfavorable, mejorar la condición cervical con Misoprostol

Realizar monitoreo fetal permanente si es electrónico, o cada 30 minutos si es mediante control auditivo de LCF

Tener un control riguroso sobre la contractilidad uterina, impidiendo o corrigiendo la hipercontractilidad y la hipertonía.

CUADROS

Cuadro 1: Progresión de la dosis de ocitocina

Tiempo en minutos	mU/min	Gotas por minuto
0	1	10
30	2	20
60	4	40
90	8	80
120	12	120
150	16	160
180	20	200

Cuadro 2: Score de Bishop

	0	1	2	3
DILATACIÓN	< 1 cm	1-2 cm	2-4 cm	> 4 cm
LONGITUD	> 4 cm	2-4 cm	1-2 cm	< 1 cm
ALTURA	-3 cm	-2 cm	-1/0 cm	+1/+2 cm
CONSISTENCIA	duro	reblandecido	blando	-
POSICIÓN	posterior	anterior	-	-

BIBLIOGRAFIA

ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of Labor. Obstet Gynecol 2009; 114:386.

Gabbe: Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 5th ed. 2007
Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier

NICE clinical guideline 70: induction of labour. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, July 2008. www.nice.org.uk

Valenti E. A. Clases de Obstetricia. Editorial Ascune, 2009. Buenos Aires, Argentina.

Valenti E. A. Guías de manejo: Inducción al trabajo de parto. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2002; vol.21 (2): 75-91.

Propuesta Normativa Perinatal. Tomo II. Cap. IV (132-135). Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 1993.

Hospital Materno Neonatal Normas de manejo en Obstetricia: Atención del T de P o Inducción del mismo-Usos del Misoprostol.. Cba. Argentina. 2000

FLASOG. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. 2º edición. Marzo, 2007

Chacon Barboza A. Obstetricia Misoprostol vs Oxitocina en la inducción de la labor de parto y la maduración cervicouterina. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica LXVI.2009; 587: 53-59.

Tavara-Orozco, Chavez S, Grossman D. Disponibilidad y uso obstétrico del Misoprostol en los países de América Latina y El Caribe. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2008; 54: 253-263.

Goldberg AB, Mara B, Greenderg BS, Darney PD. Misoprostol and Pregnancy. N Engl J Med 2001; 344: 38-47.

Alfirevic Z, Weeks A. Misoprostol oral para la inducción del trabajo de parto. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane plus, 2010:1 (*versión impresa* ISSN 1745-9990). Oxford: Update Software Ltd.

Hofmeyr GJ, Güimezoglu AM. Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007:4

Méndez D. Misoprostol en la inducción y fase latente del trabajo de parto. Rev Cubana Obstet Ginecol v. 32 n. 2 Ciudad de la Habana Mayo-ago.2006 (*versión impresa* ISSN 0138-600X)

ACOG Practic Bulletin. Clinical management guidelines for Obstetrician-Gynecologists 2009; 107.