



MANEJO DE LA INDUCCIÓN DE PARTO EN LA UNIDAD DE PARTO NATURAL HM NUEVO BELÉN

INDICACIONES DE LA INDUCCION DE PARTO

- Los motivos para proponer una inducción de parto pueden ser entre otros:
 - Gestación cronológicamente prolongada (GCP): como norma general, cuando la gestación alcanza las 42 semanas de gestación.
 - Rotura prematura de membranas (RPM): es decir romper la bolsa y que pasado el tiempo necesario no comience la fase de trabajo de parto activo.
 - Complicaciones médicas maternas o del embarazo: Diabetes, hipertensión, patologías graves...
 - Retraso del crecimiento fetal intrauterino o riesgo de sufrimiento fetal

METODOS MECÁNICOS PARA INDUCIR EL PARTO

- **Maniobra de Hamilton.**

Consiste en, a través de una exploración vaginal con un guante estéril, despegar el polo inferior de las membranas con el objeto de favorecer la liberación de prostaglandinas. Su eficacia no ha sido bien establecida, pero parece que actúa estimulando la síntesis de prostaglandinas intra amnióticas y liberando las locales.

Esta técnica realizada a partir de la semana 39-40 ha demostrado disminuir la incidencia de inducciones farmacológicas por gestación prolongada, por lo que es una opción a tener en cuenta si la mujer lo desea, en gestaciones de más de 40 semanas, en las que aún no se ha desencadenado el trabajo de parto. Puede ser una técnica molesta, pero hecha con la debida paciencia y permitiendo a la mujer relajarse no tiene que ser dolorosa.

- **Amniorrexis artificial.**

La rotura de membranas parece que puede incrementar la actividad de las prostaglandinas endógenas y con ello activar el parto. Esta técnica solo se debe utilizar en el curso de una inducción ya programada o un parto estacionado (que no avanza tras más de 4 horas de evolución en fase activa).

La maniobra se realiza utilizando una lanceta de plástico, siempre con consentimiento informado de la mujer y dando el tiempo a la mujer para que se relaje y la exploración vaginal no sea dolorosa.

1. Administración vaginal / intracervical de prostaglandinas.
2. Administración intravenosa de oxitocina.

- **Inducción con balón intracervical.**

Consiste en aplicar una sonda de Foley con el balón hinchado con agua destilada para forzar mecánicamente la apertura del orificio cervical provocando con eso la aparición de contracciones. Está especialmente indicada en gestantes con cesárea previa.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS PARA INDUCIR EL PARTO

- **Inducción con Prostaglandinas: Dinoprostona (Propess[®]) o Misoprostol (Misofar 25[®])**

Es un dispositivo/comprimido vaginal que se deposita en el fondo de saco de la vagina y va liberando prostaglandinas. Su objetivo es provocar contracciones que maduren el cuello, es decir que logren el borramiento y los primeros centímetros de dilatación para iniciar el trabajo de parto. A esta fase la llamamos pre-inducción. Se recomienda utilizar este recurso farmacológico, si no hay contraindicación, antes de la inducción con oxitocina, cuando el cuello del útero no está todavía maduro, porque disminuye el riesgo de cesárea por fracaso de inducción.

Se aplica durante 24h como norma general o hasta que logre su objetivo y comience el parto activo. En ocasiones es suficiente con esta pre-inducción y no es necesario administrar oxitocina sintética.

Antes de su administración vaginal: se deben evaluar las condiciones del cérvix y practicar un registro cardiotocográfico (monitor) y canalizar una vía venosa periférica como medida profiláctica.

Después de la colocación: se debe mantener la monitorización fetal durante las primeras 2 horas y posteriormente realizar ventanas de monitorización intermitente cada 6-12h o si se inicia la dinámica regular.

La matrona de *entuparto*, tras la indicación de la ginecóloga del equipo y el consentimiento firmado por la mujer, será la que aplique el tratamiento. Durante este proceso de pre-inducción la mujer y su acompañante permanecen en la habitación convencional de hospitalización a cargo del personal de la planta y en contacto estrecho con el equipo de entuparto que dará las indicaciones necesarias al personal del hospital hasta que comience la dinámica de parto o ante cualquier incidencia. En este periodo no hay ninguna restricción especial, la mujer puede y debe comer y beber normalmente, pasear, ducharse, usar la pelota de pilates, recibir visitas si lo desea...

- **Inducción con Oxitocina sintética.**

Se administra por vía endovenosa en una perfusión continua, mezclada con sueros, y provoca contracciones uterinas. El objetivo es lograr activar el parto y conseguir un parto vaginal.

Su uso como agente para la inducción del parto es frecuente y, bien indicado, la relación riesgo/beneficio es favorable, pero debe administrarse siempre controlando la dosis según protocolo, con bomba de infusión y con monitorización continua de frecuencia cardíaca fetal y de dinámica uterina.

La administración de oxitocina siempre se realizará en la Unidad de Parto Natural por parte del equipo de entuparto con consentimiento firmado por la mujer. El uso de Oxitocina sintética no es incompatible necesariamente con el uso de la bañera de partos durante la dilatación, la ducha, la deambulación o cualquier otro elemento de alivio del dolor porque en la Unidad contamos con monitor inhalámbrico y acuático.

La vida media de este fármaco en la sangre materna es muy corta, lo que permite que ante un posible efecto no deseado, (ejm. hipertensión del útero que provoque sufrimiento fetal) se puede suspender la perfusión desapareciendo rápidamente el efecto. Además contamos con un fármaco antagonista la Ritodrina (Prepar[®]), que provoca el efecto contrario (relajación uterina) y es eficaz.

No debe administrarse directamente con un cuello uterino inmaduro (duro, cerrado...), por eso idealmente se utilizará tras una pre-inducción efectiva con prostaglandinas.