

Introducción

La inducción del parto tiene una influencia sobre el modo en que la mujer experimenta el nacimiento. Suele ser menos eficiente y más doloroso que el parto de inicio espontáneo, y requiere con mayor frecuencia el uso de anestesia epidural y de instrumentalización.

La inducción del parto es un procedimiento relativamente frecuente. En los años 2004 y 2005 uno de cada cinco nacimientos en el Reino Unido fue provocado. En estos datos se incluye la inducción por cualquier motivo médico. Cuando el parto se induce por medios farmacológicos, menos de los 2/3 de las mujeres dan a luz sin intervenciones añadidas, un 15% requieren de partos instrumentalizados y un 22% de cesáreas de emergencia. La inducción del parto tiene, pues, graves consecuencias sobre la salud de madre e hijo y ha de basarse en motivos médicos justificados.

La inducción del parto genera más tensión en las salas de parto. Normalmente los partos se inducen durante el día, período en el que las salas de parto están más llenas. Esta guía actualizada revisa la política y medios de inducción, así como los cuidados que ha de recibir una mujer a la que se le induce el parto.

Cuidados centrados en la mujer

Cualquier tratamiento ha de tener en cuenta las necesidades y preferencias de la mujer. Las mujeres a las que se les sugiere una inducción deberían poder tomar una decisión informada sobre los cuidados y tratamientos que van a recibir, en colaboración con los profesionales médicos.

La buena comunicación entre la mujer y los profesionales de la salud es esencial. Debe proporcionarse la información escrita, actualizada y basada en la evidencia y adaptada a los conocimientos de la mujer. El tratamiento y la información proporcionados han de ser culturalmente adecuados.

Claves prioritarias para la implementación.

- **Información y toma de decisiones.**

La mujer ha de ser informada de que, en la mayoría de los casos, el parto se inicia espontáneamente antes de la semana 42. En la visita de la semana 38, debería hablarse de los riesgos de una gestación que se prolongue más allá de la semana 42 y de las opciones disponibles. Esta información debe incluir los siguientes temas:

- ruptura de membranas: la ruptura de membranas puede ayudar a que el parto

comience y, por tanto, reducir la necesidad de utilizar otros métodos. Hay que informar en qué consiste la ruptura de membranas y que es posible que aparezcan molestias y sangrado vaginal después de este procedimiento.

- inducción del parto entre las semana 41+0 y 42+0
- manejo expectante.
- **Los profesionales médicos deberían informar a las mujeres a las que se les propone una inducción acerca de los siguientes puntos:**
 - las razones por las que se sugiere la inducción.
 - cuándo, cómo y dónde se llevará a cabo.
 - las opciones de apoyo y alivio del dolor (reconociendo que el parto provocado suele ser más doloroso que el parto espontáneo).
 - las alternativas en caso de que la mujer rechace la inducción.
 - los riesgos y beneficios de la inducción de cada método propuesto.
 - cuáles son las opciones en caso de que la inducción no funcione.

Inducción del parto para prevenir los riesgos del embarazo prolongado

A las mujeres con embarazos de bajo riesgo se les debería ofrecer la inducción del parto entre las semanas 41 y 42 para evitar los riesgos de un embarazo prolongado. Hay que tener en cuenta las preferencias y circunstancias de la mujer.

Ruptura de membranas pre-término

- Si una mujer sufre una ruptura de membranas después de la semana 34, el equipo médico debe discutir los siguientes factores con ella antes de tomar una decisión acerca de la inducción (PGE2):
 - riesgos para la mujer (sepsis, posible necesidad de una cesárea).
 - riesgos para el bebé (sepsis, problemas relacionados con el embarazo pretérmino).
 - disponibilidad local de unidades de cuidados intensivos neonatales.

Prostaglandinas vaginales

- Las prostaglandinas vaginales son el método preferido de inducción del parto, aunque hay ciertas razones clínicas específicas que pueden desaconsejar su uso (en particular, el riesgo de hiperestimulación uterina). Tiene varios medios de administración (gel, pastillas o pesario de liberación controlada) y su coste varía en función del número de dosis necesarias. Las dosis recomendadas son:
 - un ciclo de prostaglandinas en pastillas o gel: una dosis seguida de una

segunda dosis seis horas después si el trabajo de parto no ha dado comienzo (hasta un máximo de dos dosis).

- una única dosis de prostaglandinas con pesario de liberación controlada en 24 horas.

Inducción fallida

Si la inducción falla, el profesional debe hablar con la mujer y proporcionarle apoyo. Debe controlarse la condición de la mujer y el bienestar fetal mediante el monitoreo electrónico. En caso de inducción fallida, las posibles opciones incluyen:

- un nuevo intento de inducción (el ritmo dependerá de las condiciones clínicas y los deseos de la mujer).
- practicar una cesárea.

A las mujeres que presentan ruptura espontánea de membranas a partir de la semana 37 se les puede ofrecer la inducción del parto o el manejo expectante.

Cesárea previa

A las mujeres que rompen aguas y que han sufrido una cesárea previa se les puede ofrecer, si el parto vaginal está indicado, inducción con prostaglandinas vaginales, manejo expectante o cesárea, teniendo en cuenta las circunstancias y deseos de la mujer. La mujer ha de ser informada de los riesgos que presenta la inducción en su caso:

- mayor riesgo de necesitar una cesárea de urgencia durante el proceso de inducción.
- aumento del riesgo de ruptura uterina.

Petición materna

La inducción del parto no debería ofrecerse sistemáticamente por petición materna. Sin embargo, en circunstancias especiales, puede realizarse la inducción a partir de la semana 40.

Presentación de nalgas

La inducción del parto generalmente no se recomienda en este caso. Si la versión cefálica externa no tiene éxito o está contraindicada y la mujer no quiere someterse a una cesárea, se puede ofrecer la inducción del parto, siempre y cuando no esté contraindicado y se hayan discutido previamente los riesgos con la mujer.

Crecimiento fetal restringido

Si existe crecimiento fetal restringido con un compromiso serio del bienestar fetal, la inducción está desaconsejada.

Historia previa de parto precipitado

No está recomendada la inducción sistemática del parto para evitar un parto sin asistencia médica en mujeres con historial de partos precipitados.

Muerte fetal intruterina

En el caso de una muerte fetal intrauterina, los profesionales de la salud deben ofrecer a la mujer y a su familia el apoyo adecuado para enfrentarse a las secuelas físicas y emocionales de su situación.

Si la mujer está físicamente bien, sus membranas están intactas y no hay fiebre ni sangrado, se le puede ofrecer tanto la inducción como el manejo expectante.

Si hay evidencia de ruptura de membranas, fiebre o sangrado, ha de sugerirse una inducción inmediata.

Si la mujer elige la inducción, se debe administrar mifepristone oral, seguido de prostaglandinas o misoprostol vaginal.

En caso de muerte fetal intrauterina y cesárea previa el riesgo de ruptura uterina aumenta y, por tanto, habrá que reducir y ajustar la dosis de prostaglandinas, especialmente durante el tercer trimestre.

Sospecha de macrosomía fetal

En ausencia de otras indicaciones, no debería proponerse la inducción del parto en casos de sospecha de macrosomía fetal.

Métodos recomendados

- Ruptura de membranas
- Prostaglandinas vaginales
- Misoprostol/ mifepristone (sólo en caso de muerte fetal intrauterina).

Métodos no recomendados

- Farmacológicos:
 - Prostaglandinas orales
 - Prostaglandinas intravenosas
 - Prostaglandinas extra-amnióticas
 - Prostaglandinas intracervicales

- Oxitocina intravenosa aislada
- Hyaluronidasa
- Corticoesteroides
- Oestrógenos
- Óxido nítrico vaginal

Prevención y control de complicaciones

Hiperestimulación uterina

En caso de que se produzca hiperestimulación uterina durante el parto habrá que considerar la posibilidad de realizar una tocólisis.

Inducción fallida

(Ya ha sido tratado en previamente)

Prolapso de cordón

Para reducir esta posibilidad, que puede ocurrir durante la amniotomía, hay que tomar una serie de precauciones:

- Antes de la inducción, asegurarse de cuál es la presentación.
- El obstetra/matrona debe palpar la presentación del cordón umbilical durante el examen vaginal previo y evitar sacar la cabeza del bebé.
- La amniotomía debe evitarse si la cabeza del bebé está muy alta.

El profesional médico debe siempre comprobar que no haya placenta baja antes de una ruptura uterina o de una inducción del parto.

Ruptura uterina

Si se produce durante el parto ha de realizarse una cesárea de emergencia.