



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa No. 156

GUÍA PARA EL MANEJO CLÍNICO DE LA INDUCTO CONDUCCIÓN DEL PARTO

MANAGUA, NICARAGUA
Enero de 2020



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa No. 156

GUÍA PARA EL MANEJO CLÍNICO DE LA INDUCTO CONDUCCIÓN DEL PARTO

MANAGUA, NICARAGUA

Enero de 2020

N
WQ
440
0031

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. Normativa No. 156: Guía para el
manejo clínico de la inductoconducción del parto. 17 de
enero 2020. MINSA
41 pag. Tab, graf

1. Procedimientos Quirúrgicos Obstétricos^snormas
2. Procedimientos Quirúrgicos Obstétricos^scontra
3. Trabajo de Parto Inducido^snormas
4. Trabajo de Parto Inducido^smétodos
5. Complicaciones del Embarazo^sterap
6. Algoritmos de las Medidas Diagnósticas y Terapeuticas
7. Definición de Roles por Niveles de Atención
8. Criterios de Traslado
9. Educación, Promoción y Prevención

Ficha Bibliográfica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

ÍNDICE

Tabla de contenido

I.	INTRODUCCIÓN	01
II.	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	02
III.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	03
IV.	ACRÓNIMOS	05
V.	POBLACIÓN DIANA.	06
VI.	ACTIVIDADES A REALIZAR	07
VII.	DEFINICIÓN	08
VIII.	PROCEDIMIENTOS.	09
IX.	TRATAMIENTO.	12
X.	CONSIDERACIONES EN PACIENTES CON MORBILIDAD DURANTE EL EMBARAZO.....	17
XI.	COMPLICACIONES.	22
XII.	DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN.....	23
XIII.	CRITERIOS DE TRASLADO	24
XIV.	EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.....	25
XV.	ALGORITMOS DE LAS MEDIDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS.....	26
XVI.	BIBLIOGRAFÍA	28
XVII.	ANEXOS.	29

I. INTRODUCCIÓN

La atención de la mujer embarazada constituye en Nicaragua, una de las prioridades en el proceso de restitución de derechos en salud, llevado a cabo por el Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional que desde el año 2007 ha desarrollado un modelo de salud familiar y comunitario el cual tiene como protagonista al segmento más vulnerable de la población materno-infantil.

La atención del parto, es la maniobra obstétrica más frecuente en el mundo, sin embargo, las intervenciones que se llevan a cabo en el contexto de la inducto- conducción del trabajo de parto no son homogéneas incluso dentro de un mismo país con diferencias considerables entre médicos de una misma institución.

Esta variación se debe en gran medida a las diferencias en las indicaciones, posología y oportunidad de acceso a los diversos agentes farmacológicos o uso de procedimientos especiales (analgesia epidural, amniotomía, dilatación mecánica), hecho que obliga a establecer una Guía clínica para homogenizar los procesos de atención en este tipo de pacientes a fin de disminuir la probabilidad de resultados perinatales adversos, basándose en las recomendaciones de las últimas evidencias disponibles.

Ante esta situación, se ha elaborado por primera vez, la Guía Nacional para homogenizar el abordaje de este procedimiento obstétrico, cuya redacción se basó en lo establecido en la normativa 070: *Normativa para la redacción de Guías y Protocolos del Ministerio de Salud de Nicaragua*, y reúne las evidencias disponibles en lo relacionado con el proceso de la inducción-conducción del parto, a fin de disminuir los resultados perinatales adversos en las pacientes.

Este procedimiento de inducto-conducción del trabajo de parto, solamente, se realizará en Hospitales que cuenten con las condiciones según capítulo VI (2b, 4 y 5).

El Ministerio de Salud como ente regulador de los procesos de atención obstétrica del país, pone a disposición el presente protocolo, dirigido a los Gineco-obstetras encargados del proceso de inducción-conducción del trabajo de parto, así como a aquellos que dentro de su perfil de atención son responsables del proceso de vigilancia una vez iniciado el mismo en los hospitales departamentales, regionales y de referencia nacional públicos y privados.

II. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

Estandarizar el abordaje de los procesos de inducción y conducción del trabajo de parto según los criterios de elegibilidad obstétrico en las pacientes, en los hospitales departamentales, regionales y de referencia nacional públicos y privados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Garantizar el cumplimiento de las indicaciones para la inducción y conducción del parto.
2. Monitorizar y controlar la administración de agentes farmacológicos para la inducto-conducción del parto.
3. Implementar el abordaje de las patologías de alto riesgo en las pacientes con criterio de inducto-conducción.
4. Garantizar el cumplimiento de la vigilancia materno fetal en las pacientes durante la inducto-conducción del parto.

III. GLOSARIO DE TÉRMINOS

AMNIOTOMÍA:

Se define como la ruptura artificial de las membranas ovulares. Las recomendaciones actuales no avalan este procedimiento para acelerar el trabajo de parto, por tanto, se restringe su aplicación a situaciones médicas específicas.

EDAD GESTACIONAL:

Tiempo transcurrido desde la concepción hasta el nacimiento. La duración de la edad gestacional se mide a partir del primer día del último período menstrual normal.

Se recomienda establecer con mayor certeza la edad gestacional al momento de decidir la inducción del parto. El ultrasonido del primer trimestre, es considerado el de mayor utilidad para este fin por demostrar menor margen de error.

Es conveniente conjugar los datos o cálculo de edad gestacional con la fecha de la última menstruación, sobre todo cuando ésta sea muy confiable. Cuando exista discordancia, Ecografía y la fecha de última menstruación, prevalece la estimación por ecografía temprana.

En los casos en que se desconoce la fecha de última menstruación, y no tienes estudios ecográficos tempranos, o ninguno, se deberá calcular la edad gestacional por fetometría tomándose en consideración las medidas más predictivas, (Diámetro biparietal y circunferencia cefálica en embarazos menores de 20 semanas; diámetro transversal del cerebelo entre semana 20 y 28; Longitud de fémur al término de la gestación).

BIENESTAR FETAL

Término empleado para mostrar el equilibrio de la homeostasis como resultado del funcionamiento e intercambio adecuado entre los 3 compartimientos: materno, fetal y placentario; en el que todos los parámetros bioquímicos, biofísicos y biológicos se encuentran dentro de la normalidad.

La mayoría de las pacientes sometidas a inducción del parto, tienen alguna condición clínica o comorbilidad que aumenta la probabilidad de perder el bienestar fetal, por tal motivo es de suma importancia la detección precoz de la pérdida del mismo a fin de realizar intervenciones oportunas que reduzcan las secuelas neonatales.

REGISTRO ELECTRÓNICO CARDIOTOCOGRÁFICO (Monitoreo fetal)

Representación gráfica que evalúa la relación entre las aceleraciones y desaceleraciones en la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal en relación a estímulos de diversa índole.

SCORE DE BISHOP

Es un método de evaluación de las condiciones cervicales, la altura de la presentación, y la longitud cervical como forma objetiva para predecir la respuesta a los métodos de inducción del parto. **Score de Bishop mayor a 6 predice buena respuesta a la inducción del parto.** (Ver Anexo 1)

CERVICOMETRIA

Evaluación por ecografía transvaginal de la longitud en milímetros del cuello uterino antes de inicio de la inducción del parto, con la finalidad de predecir la respuesta a la misma.

INICIO DE TRABAJO DE PARTO

1. Nulíparas: Borramiento 100%, dilatación de 4 centímetros. Actividad uterina: 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración cada una.
2. Multíparas: Borramiento del 50%, dilatación de 3 centímetros. Actividad uterina: 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración cada una.

TRABAJO DE PARTO

Dilatación de 5-10 centímetros (con una velocidad de progresión de 1 centímetro por hora), borramiento de 50-100%, con actividad uterina regular, inicia el descenso de la presentación. Su duración promedio es de 8-12 horas en nulíparas, y de 6-8 horas en multíparas.

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

Se define como una velocidad de dilatación cervical de menos de 0.5 cm a 1 cm por hora durante la fase activa (es decir entre 3–4 cm a 10 cm). Si bien se reconoce que el trabajo de parto tiende a ser más rápido en las mujeres multíparas que en las nulíparas, en la práctica clínica a menudo se aplican los mismos criterios para la identificación de la prolongación de ambos grupos.

PELVIMETRIA CLINICA

Evaluación mediante examen clínico de los estrechos pélvicos, en búsqueda de reducción de alguno de ellos, que imposibilite el parto por vía vaginal. Se recomienda una descripción exhaustiva de cada uno de los estrechos pélvicos antes del inicio de la inducción del parto por el médico de mayor experiencia. **Esta descripción deberá quedar plasmada en el expediente clínico.**

PARTOGRAMA

Representación gráfica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cérvix y el descenso de la presentación fetal en relación con el tiempo transcurrido en el trabajo de parto. **Según recomendaciones de OMS, este se debe iniciar una vez que la paciente presente 4 centímetros de dilatación,** con una dinámica uterina útil a fin de monitorear la evolución en el trabajo de parto y establecer pautas de manejo oportunas. Su llenado es de carácter obligatorio en todas las pacientes con trabajo de parto de un embarazo a término, en presentación cefálica y con feto vivo.

IV. ACRÓNIMOS

DCP:	Desproporción céfalo-pélvica
DPPNI:	Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera
HPP:	Hemorragia postparto
MATEP:	Manejo activo del tercer periodo del parto
NST:	Non stress test (test no estresante)
OCI:	Orificio cervical interno
PBF:	Perdida del bienestar fetal
RCIU:	Retardo del crecimiento intrauterino
RPM:	Rutura prematura de membranas
SIP:	Sistema informático perinatal
T de P:	Trabajo de parto

V. POBLACIÓN DIANA.

Embarazadas con criterios de finalización de la gestación, sin contraindicación para la vía vaginal, que sean atendidas en hospitales departamentales, regionales o de referencia nacional en los que existan condiciones aptas para la inducto-conducción del trabajo de parto.

VI. ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Debe practicarse inducto-conducción del parto **ÚNICAMENTE** si se cumple con los criterios establecidos para la misma y los beneficios esperados superan los daños.
2.
 - a) Las pacientes que será sometidas a inducto-conducción del trabajo de parto, se atenderán en hospitales departamentales, regionales o en hospitales de referencia nacional.
 - b) La atención de la inducto-conducción del parto en establecimientos con este nivel de resolución, responde a que son pacientes que en su mayoría tienen comorbilidades maternas o condiciones fetales consideradas factores de riesgo para resultados adversos y, por otro lado, ameritan evaluación con paraclínicos de laboratorio y evaluaciones ecográficas que únicamente se lograrán completar en este nivel de resolución.
3. Será obligación del ginecobstetra la indicación de la inducto-conducción del parto, basándose en la datación correcta de la edad gestacional, así como la evaluación integral del contexto clínico tomando en cuenta las comorbilidades de la paciente y las situaciones fetales que pongan en riesgo el bienestar fetal o materno.
4. Se deberá contar con personal entrenado (ginecobstetras y pediatras), así como infraestructura adecuada que garantice área para la vigilancia de la evolución del trabajo de parto (incluyendo elementos que permitan la evaluación del bienestar fetal), área de expulsivo para la atención del mismo, área de vigilancia del puerperio inmediato en caso de lograr un parto vaginal de forma satisfactoria.
5. Se garantizará también la disponibilidad de quirófano y personal entrenado capaz de llevar a cabo una cesárea de emergencia en caso de que exista alguna complicación que imposibilite el nacimiento por vía vaginal.
6. En pacientes bajo inducto-conducción del parto con Misoprostol, oxitocina u otras prostaglandinas, se deberá garantizar la vigilancia continua por personal capacitado para detectar de forma oportuna condiciones adversas derivadas del procedimiento que permita la toma de decisiones de forma temprana.

VII. DEFINICIÓN

INDUCTO-CONDUCCIÓN

Existen métodos médicos farmacológicos y no farmacológicos, cuyo objetivo primordial es iniciar el proceso normal del trabajo de parto en pacientes que tengan una indicación para la finalización de su embarazo.

La agilización del proceso del parto de forma artificial, tiene dos tiempos o fases según algunas condiciones biológicas, estructurales, anatómicas, obstétricas que varían en dependencia de características favorables o desfavorables intrínsecas del cérvix uterino tales como la posición, consistencia, acortamiento, dilatación, descenso o encajamiento de la presentación fetal, por tanto, se definen a continuación estas dos fases:

1. INDUCCIÓN:

Se refiere a garantizar condiciones en el cérvix uterino mediante uso de fármacos, los cuales, por cambios bioquímicos en el tejido conectivo del cérvix, logran reblandecerlo y facilitar así la dilatación que paulatinamente sucederá a la actividad uterina provocada por dicho fármaco o por la oxitocina endógena o exógena posteriormente circulante en plasma materno.

2. CONDUCCIÓN:

Procedimiento médico, farmacológico, cuyo propósito es provocar contracciones uterinas con frecuencia e intensidad suficiente para lograr la terminación de la gestación por indicaciones médicas previamente avaladas.

VIII. PROCEDIMIENTOS.

8.1 CRITERIOS DE INDUCCIÓN.

La evidencia disponible a nivel mundial, apoya la finalización del embarazo a la semana 40 de gestación, ya que existe una menor probabilidad de mortalidad neonatal, necesidad de cesárea de urgencia y morbilidad neonatal en comparación con pacientes que se finalizan más allá de la semana 41 semanas gestación⁷.

En la presente guía se establece que la semana para iniciar la inducción del parto en pacientes con embarazo de bajo riesgo, será la semana 40 de gestación si se cuentan con condiciones en la unidad de salud para iniciar este procedimiento, de lo contrario, una vez cumplida esta edad gestacional, permanecerá ingresada en dicha unidad bajo monitoreo de su evolución clínica hasta lograr la inducción del parto.

Las condiciones de morbilidad asociada materna o fetal que son criterios de inducción del parto, se mencionan en la Tabla No 1 a continuación:

Tabla No 1. Indicaciones para Inducción del parto
Embarazo a término completo
RPM al término
Enfermedad hipertensiva del embarazo
Corioamnionitis
Muerte fetal
Condiciones médicas maternas:
Diabetes
Enfermedad renal
Enfermedad pulmonar crónica
Lupus eritematoso sistémico/SAAF
Cardiopatías clasificación I y II de OMS (previa evaluación multidisciplinaria)
Compromiso fetal:
Oligoamnios
RCIU
Alorinmunización RH

8.2 CONTRAINDICACIONES:

1. Desproporción cefalopélvica.
2. Prematurez en ausencia de indicación clara para finalización.
3. Gestación múltiple
4. Cesárea anterior
5. Cirugías previas con entrada a la cavidad uterina.
6. Antecedente de rotura uterina
7. Placenta previa, Vasa previa.
8. Situación transversa
9. Morbilidad maternal descompensada (que contraindique el procedimiento en ese momento).
10. Herpes genital activo.

8.3 EVALUACIÓN INICIAL:

Será de cumplimiento obligatorio en toda paciente con indicación de inducción del parto y se llevará a cabo por el ginecobstetra.

Para completar esta evaluación, se reflejará en el expediente clínico:

1. Datos recabados en la historia clínica perinatal de la paciente.
2. Examen físico claramente detallado en el expediente clínico (enfaticando en la descripción de la pelvimetría clínica, y el Score de Bishop inicial).
3. La evaluación de exámenes de laboratorio actualizados, que deberán incluir Biometría hemática completa, Tipo y Rh, Glicemia sérica, Creatinina, RPR, VIH.
4. El resto de exámenes de laboratorio solicitados, estarán determinados por la comorbilidad de la paciente. Ver con más detalle en las normativas correspondientes (*Normativa 109, Protocolo para el Abordaje de las Complicaciones Obstétricas y Normativa 077: Protocolo para el Abordaje de las Patologías más frecuentes en el embarazo*).
5. Evaluación ecográfica reciente (menor a 1 semana), donde se mencione la curva de crecimiento fetal (Percentil- peso fetal estimado), el índice de líquido amniótico, localización y grado de madurez placentario, así como cervicometría transvaginal como parte del Score de Bishop modificado (Ver Anexo 1).
6. Se deberá realizar al inicio de todo proceso de inducción, un registro cardiotocográfico de frecuencia cardíaca fetal, el cual deberá ser analizado en la búsqueda o no de datos ominosos. (*Ver secciones especiales Normativa 109: Protocolo para el Abordaje de las Complicaciones Obstétricas: Pérdida del bienestar fetal*).
7. En pacientes sometidas a conducción del parto, en las que ya existe trabajo de parto, se deberá clasificar según categorías establecidas en la nomenclatura avaladas por la normativa nacional. (*Ver secciones especiales Normativa 109: Protocolo para el Abordaje de las Complicaciones Obstétricas: Pérdida del bienestar fetal*).

8. En casos de morbilidad neonatal severa o materna que no contraindiquen la inducción, pero si aumenten el riesgo de complicaciones, deberá detallarse una nota en el expediente clínico que incluya al equipo multidisciplinario.
9. Información y consentimiento a la paciente y su familiar acompañante debidamente firmado.

8.3 EVALUACIONES POSTERIORES:

1. *Inducción:*

La administración de cada dosis de Misoprostol deberá acompañarse de una nota completa en el expediente clínico en la que se describa la dinámica uterina en el momento de la evaluación, la progresión o no de las modificaciones cervicales (nuevo score de Bishop), descripción del líquido amniótico de ser posible, signos vitales maternos, así como el análisis del trazo de la frecuencia cardíaca fetal antes de cada dosis a administrar.

La interpretación del trazo de monitoreo fetal es obligatoria y deberá describirse en el formato para tal fin (Ver Anexo 2), en todas las unidades que cuenten con monitores fetales.

Las notas posteriores se harán en dependencia de la condición clínica particular de la paciente, con un intervalo no mayor de dos horas entre cada evaluación y una nota simplificada donde se reflejen signos vitales maternos, la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina.

En ausencia de actividad uterina o signos de alarma, se restringirán los tactos vaginales a cada 6 horas para la aplicación de dosis correspondiente de Misoprostol, esto con el fin de disminuir probabilidad de infección puerperal. Se acortará este intervalo en caso de desencadenar trabajo de parto, presentar RPM o detectar algún signo de alarma que amerite valoración en el momento.

Se anexarán resultados de laboratorio tomados en la evaluación inicial, mismos que deberán comentarse en las notas subsecuentes a la brevedad posible. Se comentará la evolución con familiares y paciente, con la firma diaria de la condición de la paciente.

2. *Conducción:*

Durante la conducción oxitócica del trabajo de parto, las notas se harán con un intervalo no mayor a de 30 minutos entre cada una, evaluando la categoría del monitoreo, la dinámica uterina, y la progresión de las modificaciones cervicales en caso de ser necesario un tacto vaginal en ese momento.

La frecuencia de tactos vaginales será cada 2 horas, durante el trabajo de parto avanzado, y se restringirá a cada 4 horas en el contexto de RPM a fin de evitar sepsis materna y/o neonatal posterior. En pacientes que no han logrado la actividad uterina regular, se postergará la evaluación vaginal hasta lograr contracciones uterinas útiles.

Los hallazgos se deberán graficar en el Partograma una vez que la paciente supere los 4 cm de dilatación, así mismo se deberá dar a conocer a la paciente y familiar acompañante la evolución de la conducción del parto. Cumplir con el parto humanizado según la normativa 042 "Norma de Humanización del Parto Institucional".

Esta PROSCRITO EL USO INDEBIDO de técnicas que aumenten el riesgo de lesiones o traumas obstétricos tanto a la madre como al feto (Kristeller, dilataciones digitales, depresión del canal del parto de forma prolongada, separación de paredes vaginales con feto sin encajamiento, etc.)

IX. TRATAMIENTO.

1. Inducción del parto con Análogos de Prostaglandinas E1 (Misoprostol):

Fármaco derivado del ácido araquidónico, considerado el método de mayor utilidad para este fin. Su mecanismo de acción se basa en la producción de cambios histológicos en el tejido conectivo del cérvix uterino, similares a los que se observan al comienzo del trabajo de parto de un embarazo a término (disolución de los haces de colágeno y aumento del contenido hídrico de la submucosa).

Estos cambios pueden ser suficientes para iniciar el proceso de parto, o en su defecto, preparar condiciones cervicales óptimas para que, a través de la conducción del parto con infusión oxitócica, las contracciones uterinas desarrollen dilatación y borramiento progresivo a fin de lograr la culminación del parto.

Tiene como ventaja el poder almacenarse a temperatura ambiente, ser costo-efectivo, y con menor necesidad de uso de oxitocina posterior para conducir el parto, sin embargo, la vigilancia deberá ser mayor por el riesgo de hiperestimulación uterina con pérdida del bienestar fetal y necesidad de cesárea de urgencia.

Para fines de cumplimiento de esta guía, solo es válido para inducción de trabajo de parto con feto vivo, el misoprostol utilizado vía vaginal.

Considerar que:

- ✓ No se recomienda inducción con Misoprostol en pacientes con cesárea previa o con trabajo de parto previamente instaurado.
- ✓ Se recomiendan 3 dosis en 24 horas, el beneficio de la administración de una 4ª dosis debe valorarse según la patología o grado de descompensación de la misma.
- ✓ Se debe realizar revisión de las modificaciones cervicales (con score de Bishop), dinámica uterina, estado de la paciente, y bienestar fetal previo a la administración de una nueva dosis y documentarlo en el expediente clínico.
- ✓ En caso de ser necesario el uso de Oxitocina se debe esperar al menos 6 horas posterior a la última dosis de Misoprostol.

Se debe tener precauciones especiales en pacientes con glaucoma, asma, patología pulmonar, renal o hepática, epilepsia, macrosomía fetal, polihidramnios y multiparidad. Algunas consideraciones particulares de estas situaciones clínicas se abordarán en el acápite de morbilidades asociadas a la inducción.

Actividades a realizar según esquema de administración.

Tabla No 2. Consideraciones de la inducción con Misoprostol según momento de administración.

Momento	Actividad a realizar	Dosis: Fondo de saco vaginal	Observaciones
Evaluación inicial. PRIMERA DOSIS	1. Corroborar EG y criterio de inducción 2. Examen clínico detallando 3. Reclamar y comentar exámenes de laboratorio y disponibilidad de hemoderivados en banco de sangre. 4. Ecografía reciente que incluya cervicometría transvaginal. 5. Monitoreo fetal con análisis del trazo. 6. En prematurez, MFC o pobre pronóstico neonatal, nota multidisciplinaria.	25 mcgr	A cargo de Gineco-obstetra.
SEGUNDA DOSIS	1. Nuevo examen físico detallando: <ul style="list-style-type: none"> - Dinamia uterina - FCF - Score de Bishop actual. - Estado de membranas ovulares y de líquido amniótico. - Respuesta o no a la dosis inicial. 2. Monitoreo fetal con análisis del trazo. 3. Solicitar exámenes pendientes y comentar en el expediente.	25 mcgr valorar aumento a 50 mcgr (de no haber respuesta).	A cargo de Gineco-obstetra. En caso de mantener actividad uterina irregular (de 2 a 3 contracciones con una duración de 15 a 20 segundos, mantener 25 mcgr) Intervalo entre evaluaciones de 6 horas. En caso de Score de Bishop ≥ 6 pts, sin actividad uterina útil, consideran uso de Oxitocina. En caso de haber logrado dinamia uterina útil, permitir evolución espontánea.
TERCERA DOSIS	1. Nuevo examen físico detallado, y monitoreo fetal con las mismas consideraciones detalladas previamente. 2. Iniciar la construcción de partograma en caso de Inicio de trabajo de parto.	25 mcgr /50 mcgr según dosis previa.	A cargo de Gineco-obstetra En caso de presentar patologías severas, no detener la inducción durante la madrugada.

CUARTA DOSIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consideraciones similares a la evaluación previa. 2. Firmar hoja de condición (día 2) 3. Información de la progresión a familiares y paciente. 4. Actualizar exámenes de laboratorio según requerimientos. 	25 mcgr /50 mcgr según dosis previa	<p>A cargo de Gineco-obstetra.</p> <p>Aun sin falla terapéutica, pero riesgo mayor de cesárea al no haber respuesta con 4ta dosis.</p>
QUINTA DOSIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consideraciones similares a evaluación previa. 2. Reclamar exámenes de laboratorio. 	25 mcgr /50 mcgr según dosis previa	A cargo de Gineco-obstetra.
SEXTA DOSIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar dosis previa evaluación de condiciones. 2. Consideraciones similares a evaluación previa. 	25 mcgr /50 mcgr según dosis previa	<p>De no lograr respuesta, se indicará CESAREA.</p> <p>Considerar distocia cervical o falla terapéutica.</p>
CONSIDERAR FALLA TERAPEUTICA DE NO LOGRAR MODIFICACIONES CERVICALES			

La suspensión de la inducción se justifica únicamente por complicaciones inherentes a la misma que predispongan a pérdida del bienestar materno y/o fetal, con una finalización del embarazo por vía cesárea de emergencia en caso de ser necesario.

La vía de utilización del Misoprostol para embarazo de término con feto vivo será la vía vaginal.

La dosis inicial será de 25 mcgr, el intervalo de aplicación será de 6 horas entre una dosis y otra.

En caso de no encontrar la respuesta esperada (modificaciones cervicales, mejora en Score de Bishop con la primera dosis), se aumentará la segunda dosis a 50 mcgr.

No administrar mas de 200 mcgr en 24 horas por alto riesgo de hiperestimulación uterina.

Se estima un tiempo prudencial de 48 horas para esperar la respuesta a la inducción del parto (6 dosis en total), de no encontrar adecuada evolución luego del esquema aplicado según lo antes descrito, considerar fracaso terapéutico.

2.Conducción del Parto con Oxitócicos.

Debe realizarse después de 6 horas de la última dosis de misoprostol cuando se alcanzó un score de Bishop favorable, y no se cuenta con actividad uterina útil, o de forma inicial si hay indicación de conducción en el contexto de hipo dinamia uterina.

La vía IV es la que se usará ya que garantiza un efecto inmediato, con una vida media plasmática de 3 a 15 minutos. El fármaco sufre metabolización hepática y renal.

En pacientes con alto riesgo de hiperestimulación uterina o patologías maternas de base que ameriten un proceso de conducción más controlado, se recomienda la utilización de bombas de infusión en los hospitales que dispongan de ella. En caso de contar con ellas, la velocidad inicial de

administración será de 6ml / min, ajustando la dosis según la respuesta individual.

DILUCIÓN: 5 UI de oxitocina en 500 ml de SSN 0.9% o Hartmann o 10 UI de Oxitocina en 1000 ml de SSN 0.9% o Hartman, o con lo que se pretende **preparar una solución de 10 mUI/mL**, se debe hacer cambio de solución cada 6 horas. Iniciar la administración con dosis mínima de **1 m UI** por minuto, vía intravenosa, con aumento de la dosis en dependencia de la respuesta de la paciente a la infusión cada 30 minutos. (Ver Tabla 3)

Inmediatamente después del inicio de la infusión oxitócica, deberá vigilarse continuamente la velocidad de la misma, la respuesta uterina, así como la presencia o ausencia de bienestar fetal. Se debe plasmar en el expediente las características de las contracciones uterinas, así como el registro preciso de la Frecuencia cardiaca fetal en cada ajuste de dosis de la infusión oxitócica.

Si no se obtiene respuesta, se deberá incrementar la dosis cada 30 minutos, hasta alcanzar una dinámica uterina útil definida como 3 a 5 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración, garantizando la recuperación del tono uterino basal entre cada contracción.

La respuesta uterina a la infusión de oxitocina se presenta a los 3-5 minutos y se requieren 30 minutos para alcanzar una concentración plasmática estable, motivo por el cual la dosis se puede aumentar tras este intervalo. La respuesta depende mucho de la sensibilidad miometrial, por lo se empleará la dosis mínima eficaz con la que se consiga dinámica uterina y una progresión adecuada del parto, con un patrón de frecuencia cardiaca fetal tranquilizador.

No exceder las 30 mUI/min (Para fines de este protocolo este será la **dosis máxima a alcanzar en los procesos de conducción).**

La frecuencia de monitoreo fetal y de tactos vaginales se hará cada 2 horas, con auscultación intermitente de FcF entre cada incremento de la velocidad de infusión.

Se realizarán tactos vaginales cada 4 horas en pacientes con RPM, y cada 2 horas en pacientes con trabajo de parto en fase activa. En caso de existir signos de alarma, se realizará revaloración a lo inmediato.

Dosis inicial con dilución 10 mU/ml	Dosis bomba de infusión	Dosis micro goteros	Intervalo de dosis	Dosis máxima
1 mU/min	6ml/hr	6 mcgts/min	30 min	30 mU/min

Tabla 3. Esquema de conducción del trabajo de parto con Oxitocina

Conducción horas	Dosis mU/min	Dosis bomba de infusión mL/Hr	Dosis microgoteros microgts/min	Dosis gotas/min
0:00	1 mU/min	6 ml/hr	6 mcgts/min	2 gts/min
0:30	2 mU/min	12 ml/hr	12 mcgts/min	4 gts/min
1:00	4 mU/min	24 ml/hr	24 mcgts/min	8 gts/min
1:30	8 mU/min	48 ml/hr	48 mcgts/min	16 gts/min
2:00	10 mU/min	60 ml/hr	60 mcgts/min	20 gts/min
2:30	12 mU/min	72 ml/hr	72 mcgts/min	24 gts/min
3:00	14 mU/min	84 ml/hr	84 mcgts/min	28 gts/min
3:30	16 mU/min	96 ml/hr	96 mcgts/min	32 gts/min
4:00	18 mU/min	108 ml/hr	108 mcgts/min	36 gts/min
4:30	20 mU/min	120 ml/hr	120 mcgts/min	40 gts/min
5:00	22 mU/min	132 ml/hr	132 mcgts/min	44 gts/min
5:30	24 mU/min	144 ml/hr	144 mcgts/min	48 gts/min
6:00	26 mU/min	156 ml/hr	156 mcgts/min	52 gts/min
6:30	28 mU/min	168 ml/hr	168 mcgts/min	56 gts/min
7:00	30 mU/min	180 ml/hr	180 mcgts/min	60 gts/min

La dosis de oxitocina se iniciará a 1 mu por min y se duplicará al inicio hasta llegar a las 8 mU/min, a partir de esta dosis el incremento se hará de forma gradual para evitar hiperestimulación, dicho incremento será de 2 mU cada 30 minutos. Una vez que el trabajo de parto avanza y la intensidad de las contracciones uterinas aumentan, deben de disminuirse la velocidad de infusión de Oxitocina.

La dosis efectiva que se mantendrá constante será con la que se alcance 3 a 5 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos con buena intensidad.

Si en algún momento decaen las contracciones a esa dosis se incrementará según lo establecido hasta alcanzar la dosis máxima de 30 mU/ min.

X. CONSIDERACIONES EN PACIENTES CON MORBILIDAD DURANTE EL EMBARAZO

La mayoría de las pacientes que ameritan una agilización del proceso natural del parto, tienen comorbilidades o condiciones fetales particulares, que las predisponen a tener algún grado de riesgo de pérdida del bienestar materno y/o fetal. Por esta razón, existen consideraciones a tomar en cuenta en cada uno de los contextos en los que se realiza inducto-conducción del parto. A continuación, se detallan algunos aspectos relevantes que deberán ser tomados en consideración en cada una de las patologías que se pueden presentar en estas pacientes.

1. SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL

Las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, no tienen contraindicada la vía vaginal ni el uso de análogos de prostaglandinas como fármaco para inducción del parto. Siempre que el trastorno hipertensivo se encuentre compensado, la finalización de la gestación se podrá programar a la semana 39 de gestación.

En pacientes con edad gestacional mayor de 34 semanas con Preeclampsia Severa en unidades de segundo nivel que no dispongan con medios adecuados para someterlas a manejo conservador, se recomienda la finalización del embarazo una vez lograda la estabilización clínica, (Recomendación débil, evidencia de baja calidad), y evaluado el caso en conjunto con el servicio de pediatría.

Este manejo debe realizarse en unidades que dispongan de monitor fetal, así como personal entrenado y quirófano disponible ante cualquier necesidad de cesárea de emergencia.

Son indicaciones de finalización inmediata del embarazo independiente de la edad gestacional la presencia de alguna de las siguientes condiciones:

- Abruption placentae
- Hipertensión arterial resistente.
- Eclampsia
- Coagulación intravascular diseminada
- Cualquier disfunción de órgano blanco
- Feto muerto o estado fetal no tranquilizador.

El parto vaginal debe ser monitorizado de manera continua y no hay contraindicación para el uso de la analgesia obstétrica o anestesia regional si el conteo de plaquetas es superior a 50.000/Mcl durante las 6 horas antes del parto.

La transfusión de plaquetas está indicada en pacientes recuento plaquetario menor a 20.000/ Mcl o bien con menos de 50.000/Mcl cuando se va a realizar una cesárea. Si hay excesivo sangrado o evidencia paraclínicos de disfunción plaquetaria también puede ser considerada.

Considere trombo profilaxis en pacientes con factores de riesgo, sobre todo en aquellas con sospecha de infección amniótica asociada.

En pacientes con preeclampsia severa, se deberá vigilar de forma más estrecha la conducción del parto ante el uso de Sulfato de Magnesio como neuroprotector, a fin de no contrarrestar el efecto oxitócico deseado para la progresión del parto.

En este tipo de pacientes, el MATEP es sumamente necesario ante el riesgo aumentado de hemorragia postparto dada la fisiopatología per se de la Preeclampsia y el uso de Sulfato de Magnesio.

2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Pacientes con diagnóstico de RPM, y en manejo conservador, deberán ser evaluadas y preparar condiciones para el parto a la semana 37 de gestación.

En pacientes con embarazos menores de 37 semanas, que no cumplan criterios para manejo conservador y en quienes no exista contraindicación obstétrica, la vía vaginal es la de preferencia.

Los cuidados durante el proceso de inducción del parto son similares a los del resto de pacientes, con la excepción de la posición de la madre (se prefiere decúbito para disminuir el riesgo de prolapso de cordón), y la restricción de los tactos vaginales para disminuir el riesgo de amniotitis. Se recomienda el intervalo entre tactos de 4 horas en este tipo de pacientes.

La vía para inducción de parto en RPM es ÚNICAMENTE es la vía vaginal.

3. DIABETES

Se destaca la relevancia del parto vía vaginal en este tipo de pacientes, sobre todo al tener en cuenta que la mayoría de estas pacientes cursan con IMC preconcepcionales alterados, con tendencia al sobrepeso y obesidad, lo que predispone a mayor aparición de infecciones puerperales. Se previenen también los episodios de taquipneas transitorias neonatales al exponer a los fetos a las contracciones fisiológicas del parto.

Si existe estabilidad metabólica materna y adecuada curva de crecimiento y de líquido amniótico sin otra comorbilidad asociada, se finalizará la gestación a la semana 39. En caso de no contar con estas condiciones, la semana de finalización estará determinada por el equipo multidisciplinario incluyendo al pediatra que deberá estar en el momento del parto para garantizar la reanimación neonatal en caso de ser necesaria.

Se debe garantizar a la mujer un ingreso suficiente de energía y nutrientes. Se recomiendan aproximadamente 30 kcal/peso teórico de la paciente no inferior a 1.800 kcal/día. Deben ofrecerse alimentos de bajo índice glucémico (IG) (menos de 55), tales como: granos enteros, frutas, verduras.

Estudios reportan que la hiperglucemia materna durante el trabajo de parto incrementa el riesgo de hipoglucemia neonatal, distrés fetal, así como hipoxia y anomalía en la frecuencia cardíaca al nacimiento.

Generalmente, las pacientes con DM Tipo 2 y DMG producen suficiente insulina endógena para mantener la glucemia durante la fase latente de trabajo de parto, por lo que habitualmente no requieren suplemento exógeno de insulina. Las mujeres embarazadas con DM T1 no tienen producción endógena de insulina y requieren insulina basal exógena durante el trabajo de parto para mantener niveles adecuados de glucosa en sangre y prevenir la cetosis.

Se omitirá dosis de insulino terapia al iniciar la inducto-conducción, y se deberá someter a la paciente a monitoreo continuo de glucosa (cada 2-4 horas) a fin de identificar períodos de hipo o hiperglucemia y establecer la variabilidad glucémica.

Se recomienda mantener la glucemia entre 80 y 120 mg/dl, de ser necesario, se utilizarán soluciones glucosadas. (Ver Normativa 077, Protocolo para la atención de las patologías más frecuentes durante la gestación).

Los requerimientos maternos de glucosa aumentan 2.5mg/kg/min para mantener las concentraciones séricas entre 70 a 90mg/dl durante la fase activa de trabajo de parto.

La frecuencia de la monitorización depende de la secreción y resistencia a insulina. En mujeres embarazadas con DM T1 y T2 los niveles de glucosa deben ser medidos cada 2 a 4 horas durante la fase latente. En la fase activa los niveles de glucosa deben ser medidos cada 2 horas y cada hora si la paciente inicia con infusión de insulina. Mujeres embarazadas con diabetes gestacional que han mantenido euglucemia con tratamiento médico nutricional y ejercicio o terapia farmacológica los niveles de glucosa pueden ser medidos a su ingreso y cada 4 a 6 horas.

En pacientes con determinación de glucosa <50 mg/dl o >180 mg/dl deberán tener una monitorización más frecuente.

La dosis de insulina en el puerperio debe ser recalculada de acuerdo a determinaciones seriadas de glucosa sérica. Los requerimientos calóricos en el puerperio de pacientes con DM Tipo1 son de 25 kcal/kg por día, durante la lactancia se calcula a 27 kcal/kg por día.

Estudios prospectivos refieren la necesidad de ajustar la dosis en el puerperio de pacientes con DM Tipo1, especialmente si está lactando, sugiriendo ajustar la dosis a 0.2U/Kg/día.

4. CARDIOPATIA Y EMBARAZO

El embarazo y el parto conllevan cambios fisiológicos sustanciales que requieren la adaptación del sistema cardiovascular. Estos cambios, tolerados en las gestantes sin cardiopatía, exponen a la mujer con enfermedad cardiovascular a riesgos importantes.

Los datos actuales en el contexto de pacientes con cardiopatías, revelan que la indicación de cesárea electiva no conlleva beneficios maternos, así mismo se considera que siempre que las condiciones maternas y fetales así lo permitan, la edad gestacional indicada para la finalización de la gestación es a la semana 38.

El parto vaginal en este tipo de pacientes se asocia con menor pérdida sanguínea, así como reducción del riesgo de infección, trombosis venosa y embolia. La vía vaginal es entonces, la de preferencia en este tipo de pacientes.

Se recomienda la utilización de márgenes terapéuticos estrechos sobre todo con Oxitocina, por el conocido efecto mineralocorticoide y el riesgo de intoxicación hídrica inherente a su uso. En caso de ser necesario en el postparto inmediato, el uso de Ergonovina también deberá realizarse con precaución, monitoreo hemodinámico y de manera restrictiva.

Se contraindica el parto vaginal en pacientes que presenten las siguientes cardiopatías:

- **Coartación de la Aorta no reparada**
- **Aneurisma aórtico**
- **Cardiopatías en clase funcional II y III (NYHA)**
- **FEVI $\leq 45\%$**
- **Cardiopatías complejas:**
 - Tetralogía de Fallot No corregida**
 - Transposición de los Grandes Vasos**
 - Transposición de los Grandes Vasos corregida no quirúrgica**
- **Alteración del ritmo de tipo Taquicardias Ventriculares.**

La profilaxis de endocarditis infecciosa se limita a los siguientes contextos:

- Paciente con antecedente de endocarditis
- Pacientes portadoras de prótesis valvulares
- Pacientes con cardiopatías congénitas complejas
- Cardiopatías reumáticas con afectación multivalvular.
-

La dosis recomendada de antimicrobianos es:

Ampicilina 1gr IV cada 6 horas + Gentamicina (1.5 gr/kg/do) IV cada 8 hr

El momento de aplicación recomendado es a los 5 centímetros de dilatación en el trabajo de parto o durante la inducción anestésica en caso de cesárea de emergencia.

El trombo profilaxis en este tipo de pacientes se recomienda en casos de riesgo moderado y alto riesgo según Caprini. Las Heparinas de Bajo Peso Molecular son las de elección para este fin.(Ver Anexo 3).

Es relevante garantizar confort en este tipo de pacientes durante el proceso del parto y para esto las recomendaciones globales giran en torno a la utilización de analgesia del parto. Se recomienda la utilización de bloqueo neuro axial de tipo Epidural ya que es que se asocia a menos cambios hemodinámicos maternos.

El momento óptimo de su aplicación será a los 5 centímetros de dilatación ya que se prevé alcanzar la fase activa del trabajo de parto con un tiempo aproximado para la expulsión de 3 a 6 horas, garantizando así que el efecto anestésico perdure hasta el momento del expulsivo.

5. ENFERMEDADES AUTOINMUNES

El momento exacto de la finalización, estará en dependencia de la condición materna y fetal. En términos generales, al comprobarse estabilidad de la patología de base, sin otras comorbilidades asociadas, se finalizará la gestación a la semana 39. En este tipo de patologías, la vía vaginal, en caso de no haber contraindicación obstétrica es la de preferencia.

La decisión de una cesárea dependerá de las condiciones de la paciente, sin embargo, se deberá tomar en cuenta el riesgo duplicado para trombosis inherente de la cirugía, y el estado protrombótico de este tipo de pacientes, al compararla con la finalización por la vía vaginal.

Se debe suspender la dosis de Heparina de bajo peso molecular en dosis profiláctica 12 horas previo a la inducción, y en caso de dosis terapéutica, se suspenderá con un intervalo de 24 horas antes de parto.

Pacientes que tomen Ácido Acetilsalicílico o Warfarina, deberán omitirlos 7 días previos al procedimiento.

Se indicará visita pre anestésica para la valoración del riesgo, información de las técnicas analgésicas y anestésicas para el parto o cesárea y firma del consentimiento informado.

En las pacientes con riesgo trombótico elevado (trombosis recurrente a pesar de anticoagulación, afectación valvular cardíaca, trombosis arterial grave o SAF catastrófico) se debe valorar de forma individualizada la planificación del parto, con ingreso hospitalario, así como la administración de heparina según consideraciones especiales.

6. ENFERMEDAD RENAL CRONICA

El riñón elimina (en parte o en su totalidad) la mayoría de los fármacos, incluyendo los metabolitos de fármacos metabolizados por el hígado. La excreción renal de un fármaco (o sus metabolitos) es una función que incluye 3 procesos: filtración glomerular, secreción tubular y reabsorción tubular. Habitualmente la vida media del fármaco aumenta lentamente hasta que el aclaramiento de creatinina disminuye por debajo de 30mL/min.

El Misoprostol tiene un mecanismo de eliminación renal, por tanto, las pacientes con morbilidad de este tipo asociadas, deberán ser monitorizadas de forma más continua, debido a la posibilidad real de Hiperdinamia uterina (Hipertonía o Polisistolia), Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, con la consecuente pérdida del bienestar fetal y resultados adversos tanto maternos como feto-neonatales.

En relación a la conducción oxitócica de este tipo de pacientes, se vigilará también su evolución por el efecto mineralocorticoide de la Oxitocina, la mayor probabilidad de retención o intoxicación hídrica con el compromiso cardiopulmonar que esto conlleva.

7. HEPATOPATIA

Las pacientes con morbilidad hepática, ameritan un manejo en establecimientos de salud del segundo nivel dada la severidad y rápida progresión de la afección hepática durante la gestación. Se deberá complementar exámenes de laboratorio de rutina, así como los complementarios para evaluar la función hepática, así mismo se garantizará la disponibilidad de hemoderivados (Plasma Fresco Congelado y Crioprecipitado) ante la probabilidad mayor de eventos hemorrágicos.

La semana de finalización en este tipo de pacientes se deberá establecer en dependencia de la condición clínica de la paciente y la evaluación del equipo multidisciplinario, privando en todo momento la condición materna.

Las pautas en cuanto a la administración de Misoprostol y de Oxitocina no varían en relación a la población general.

8. PARTO TRAS CESAREA

En cuanto a este grupo de pacientes, una vez establecido que existen condiciones para ofertar el parto tras cesárea (Ver Capítulo Cesárea. N-109 Protocolo para el Abordaje de las Complicaciones Obstétricas), se deben tener presentes los siguientes aspectos:

- ✓ El inicio del trabajo de parto deberá ser espontáneo antes de la semana 40 de gestación.
- ✓ Se contraindica el Misoprostol como método farmacológico de inducción del parto en pacientes con cesárea anterior.
- ✓ La evolución del trabajo de parto en este tipo de pacientes deberá procurarse de la forma más fisiológica, sin técnicas intervencionistas que generen distocia de su trabajo de parto.
- ✓ En caso de necesitar conducción con Oxitocina, las recomendaciones no difieren de las establecidas para la población general.

XI. COMPLICACIONES

COMPLICACIONES DEL USO DE PROSTAGLANDINAS:

Frecuentes ($>1/100$, $<1/10$):

1. Alteraciones FCF
2. Hipertonía uterina, taquisistolia, hiperestimulación uterina.
3. Hipotensión o taquicardia.

Poco frecuentes ($>1/1000$, $<1/100$):

1. Náuseas, vómitos, diarrea, fiebre.
2. Pérdida de bienestar fetal secundaria a hiperestimulación uterina.

-Raros ($>1/10.000$, $<1/1000$):

1. Coagulación Intravascular Diseminada
2. Rotura uterina.

COMPLICACIONES DEL USO DE OXITOCINA EN LA CONDUCCIÓN DEL PARTO

1. Hiperestimulación uterina
2. Rotura uterina
3. Intoxicación hídrica y otras complicaciones: tiene propiedades antidiuréticas, por ello si se administra en altas dosis (más de 30 mU/min) durante periodos prolongados y en soluciones hipotónicas puede producir una hiponatremia sintomática. La intoxicación hídrica conduce a hiponatremia, convulsiones, coma, insuficiencia cardíaca e incluso la muerte.

Para efecto de conducción del trabajo de parto o acelerar el expulsivo, SE PROSCRIBE la administración IV rápida de oxitocina sin diluir ya que puede producir efectos cardiovasculares graves (hipotensión) por contener etanol como excipiente puede ser de riesgo en pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, etc.

XII. DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

El gineco-obstetra, es el único autorizado para indicar la inducción del parto en cada hospital, según criterios y condiciones establecidas en el presente protocolo para decidir la conducta obstétrica en cada paciente.

El personal encargado de la vigilancia de la inducto-conducción del trabajo de parto, deberá estar capacitado y entrenado en este tipo de procedimientos, e informar al ginecobstetra a cargo de manera oportuna, cualquier dato clínico que oriente complicación o situación adversa que ponga en riesgo la vida de la madre o del feto.

Las pacientes con morbilidad asociada, deberán ser sujetas al seguimiento por el personal de turno que cuente con mayor experiencia clínica en el ámbito de la obstetricia de todo el cuerpo asistencial en el establecimiento de salud.

Solamente, se inducirá en los hospitales que cuenten con las condiciones logísticas, administrativas y con equipamiento médico y no médico previamente detallados (capítulo VI)

Los casos de referencia y contrarreferencia de pacientes serán ser pocos, en caso de ameritar traslado a establecimiento de salud de mayor resolución, éste se hará de conformidad con lo establecido en la Normativa 068. *(Normativa para la referencia y contrarreferencia de pacientes)*.

,

XIII. CRITERIOS DE TRASLADO

CRITERIOS DE TRASLADO

Los casos de referencia y contrarreferencia de pacientes serán ser pocos, en caso de ameritar traslado a establecimiento de salud de mayor resolución, éste se hará de conformidad con lo establecido en la Normativa 068. (Normativa para la referencia y contrarreferencia de pacientes).

Se referirá a mayor nivel de atención cuando se presente lo siguiente:

- ✓ Pacientes con embarazos prematuros cuyas condiciones en sala de neonatología sean menores a las necesarias para garantizar un buen pronóstico neonatal.
- ✓ Falta temporal o permanente de alguna de las condiciones necesarias para el proceso de inducción en el establecimiento de salud.
- ✓ Descompensación de la morbilidad materna o fetal que amerite la resolución del embarazo en establecimiento de salud de mayor resolución.

CRITERIOS DE ALTA

- ✓ Resolución del evento obstétrico
- ✓ Vigilancia de las primeras 24 horas del puerperio sin complicaciones.
- ✓ Exámenes de laboratorio en rangos adecuados.
- ✓ Reposición de pérdida sanguínea en caso de ser necesario.
- ✓ Estabilidad hemodinámica, sin datos de sangrado anómalo y estado general del paciente conservado.
- ✓ Sin datos de infección, eliminación de heces, gases y orina de forma espontánea.
- ✓ Ingesta de dieta general sin complicaciones.
- ✓ Deambulación por sus propios medios.
- ✓ Posterior a consejería o aplicación de método de planificación familiar.

XIV. EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

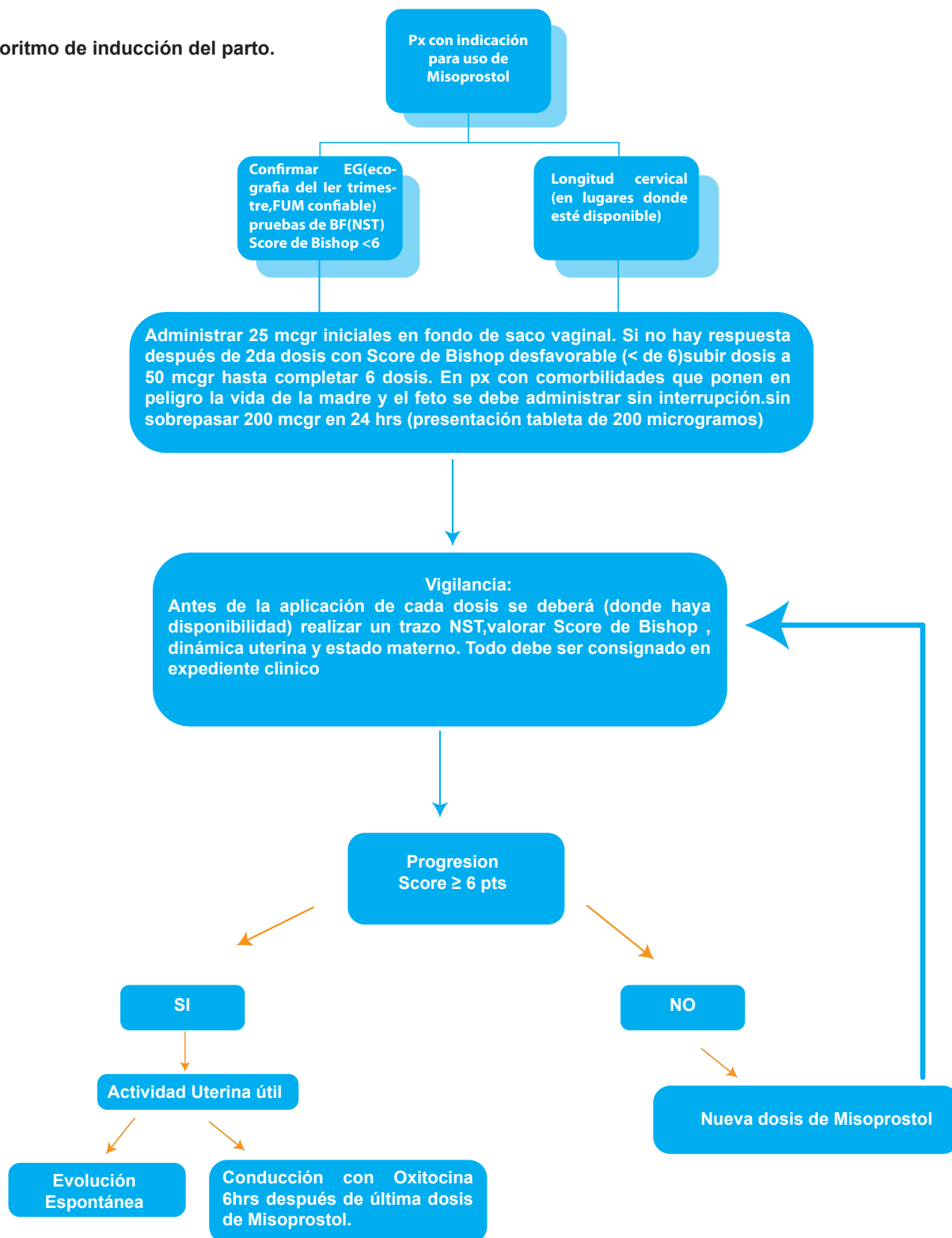
Control y seguimiento por personal de salud de atención primaria cumplidas las primeras 72 horas postparto. Tomando en cuenta la necesidad de múltiples tactos durante el proceso de la inducción, existe un riesgo mayor de infección puerperal.

En pacientes que presentaron algún tipo de complicación, el seguimiento puerperal será en el hospital donde se llevó a cabo la inducto-conducción del parto.

- ✓ Al resolver el evento obstétrico, se informará a la paciente sobre cuidados e higiene vulvo-perineal, signos de alarma, y recomendaciones en cuanto a la alimentación en general a la madre.
- ✓ Consejería sobre Lactancia Materna, se debe garantizar buena técnica de amamantamiento antes del egreso hospitalario.
- ✓ En casos en los que la madre este de alta y el neonato aun hospitalizado, el seguimiento materno de las primeras 72 horas se llevará a cabo en el hospital donde se realizó la inducto-conducción del parto, o en su defecto, en el hospital donde se encuentra hospitalizado el neonato.
- ✓ Se garantizará información y aplicación de lograr aceptación por la paciente, de los diferentes métodos de planificación familiar, enfatizando en el de mayor beneficio según el caso.

XV. ALGORITMOS DE LAS MEDIDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS.

Algoritmo de inducción del parto.



Algoritmo de uso de Oxitocina en conducción del Trabajo de parto

Paciente con embarazo mayor de 37 semanas con score de Bishops ≥ 6 pts con diagnóstico de hipodinamia uterina

Diluir 10 unidades de Oxitocina en 1000 mL de SSN 0.9% o Hartman para una dilución de 10 Mu/min, con intervalo de dosis de 30 min según respuesta
.Iniciar a 1 Mu/min duplicar dosis hasta las 8 Mu/min luego de alcanzada esta dosis incrementar 2 Mu a igual intervalo, hasta una dosis máxima de 30 Mu/min

Vigilancia:
Debe realizarse ,en los lugares donde esté disponible, registro cardiotocográfico y seguimiento a través del partograma con toma de decisiones oportunas, vigilando por datos de hiperdinamia o pérdida del bienestar fetal. Debe evaluarse el avance de las modificaciones cervicales y descartar TdP obstruido

Desviación de la curva de alerta en el partograma hacia la derecha

SI

Cesárea

NO

Parto Vaginal

XVI. BIBLIOGRAFÍA

1. DIABETES IN PREGNANCY : MANAGEMENT FROM PRECONCEPTION TO THE POSTNATAL PERIOD. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2015
2. EUROPEAN HEART JOURNAL (2018) 39, 3165–3241 SC.GUIDELINES DOI:10.1093/EURHEARTJ/EHY340.
3. FIGO'S UPDATED RECOMMENDATIONS FOR MISOPROSTOL USED ALONE IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS.JL MORRIS, B WINIKOFF, R DABASH, A WEEKS, A FAUNDES... - 2017 - DEEPBLUE.LIB.UMICH.EDU
4. CENETEC. INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉXICO, 2013.
5. GÓMEZ PDLR, WING D, FIALA C. MISOPROSTOL FOR INTRAUTERINE FETAL DEATH. INT J GYNECOL OBSTET. 2007; 99(SUPPL.2):S190–
6. S193.WILEY ONLINE LIBRARY | CAS | WEB OF SCIENCE® TIMES CITED:
7. MUGLU J, RATHER H, ARROYO-MANZANO D, BHATTACHARYA S, BALCHIN I, KHALIL A, ET AL. (2019) RISKS OF STILLBIRTH AND NEONATAL DEATH WITH ADVANCING GESTATION AT TERM: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF COHORT STUDIES OF 15 MILLION PREGNANCIES. PLOS MED 16(7): E1002838. [HTTPS:// DOI.ORG/10.1371/JOURNAL.PMED.1002838](https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002838)
8. WHO RECOMMENDATIONS FOR INDUCTION OF LABOUR: EVIDENCE BASE. WHO'S REPRODUCTIVE HEALTH WEB SITE AT: [HTTP://WHQLIBDOC.WHO.INT/ HQ/2011/ WHO_RHR_11.10_ENG.PDF](http://whqlibdoc.who.int/HQ/2011/WHO_RHR_11.10_ENG.PDF)
9. SEGO. PROTOCOLOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OBSTETRICIA N.º 15. MEDIOS PARA ACELERAR LA MADURACIÓN CERVICAL. MADRID, 2004

XVII. ANEXOS

ANEXO 1. SCORE DE BISHOP PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE LA RESPUESTA A LA INDUCCIÓN DEL PARTO.

Puntuación	0	1	2	3
Posición Cervix	Posterior	Media	Centrado	----
Consistencia	Dura	Media	Blanda	----
Longitud Borramiento	3 cm 0-30%	2 cm 40-50%	1 cm 60-70%	Borrado >70%
Dilatación	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	>4 cm
Plano de Hodge	Libre	I-II	III	IV

Score mayor a 6 puntos , supone tasa de éxito del 95%.

Laughon SK, Zhang J, Troendle J, Sun L, Reddy UM. Using a simplified Bishop score to predict vaginal delivery. Obstet Gynecol 2011;117(4):805-11.

ANEXO 2.
FICHA DE INTEGRACIÓN DEL MONITOREO FETAL



Nombre: _____
 Fecha: _____ Hora: _____ Edad: _____
 No de Expediente: _____
 Diagnóstico: _____
 Monitoreo fetal No: _____

TEST NO ESTRESANTE		
Datos ominosos	SI	NO
Ausencia de variabilidad		
Desaceleraciones de recuperación prolongada.		

OBSERVACIONES	CONCLUSION:

MONITOREO FETAL INTRAPARTO			OBSERVACIONES
Categoría I	SI	NO	
FCF 110-160 x min			
Variabilidad moderada			
Deceleraciones tardías o variables: ausentes			
Deceleraciones precoces: presentes o ausentes			
Aceleraciones: presentes o ausentes.			
Categoría II			
FCF: Taquicardia			
Variabilidad:			
Ausente			
Mínima			
Marcada			
			CONCLUSION
Desaceleraciones			
Variables recurrentes			
Prolongadas ≥ 2 min, pero ≤ 10			
Tardías recurrentes con variabilidad basal moderada			
Categoría III			
FCF: Bradicardia			
Variabilidad: Ausente			
Aceleraciones: Ausentes			
Desaceleraciones tardías y variables recurrentes			

ANEXO 3

ESCALA DE CAPRINI PARA DETERMINAR EL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

Escala de Caprini

1 Punto

Edad 41-60 años

Cirugía menor Programada

Antecedente de Cirugía Mayor (<1 mes)

Várices

Antecedente de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Obesidad (IMC>25)

Infarto Agudo al Miocardio

Insuficiencia Cardíaca (<1 mes)

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Edema Actual de Miembros Pélvicos

Pacientes Encamados

Mujeres 1 Punto

Anticonceptivo Orales o Terapia de Sustitución Hormonal

Embarazo o Postparto

Historia de abortos espontáneos recurrentes, parto prematuro con eclampsia, retraso de crecimiento intrauterino

CAPRINI JOSEPH A, Thrombosis Risk Assessment as a Guide To Quality Patient Care to Quality Patient Care, Dis Mon 2005;51:70-68.

Escala de Caprini

2 Punto	3 Punto
Edad 60-74 años	Edad >75 años
Artroscopia	Antecedente de Trombosis Venenosa
Cáncer (actual o previo)	Historia Familiar de Trombosis
Cirugía Mayor (>45 minutos)	Factor V Leiden Positivo
Laparoscopia (>45 minutos)	Mutación 20210A de Protrombina
Paciente Confinado a Cama (>72 horas)	Hiperhomocisteinemia
Inmovilización con yeso(<1 mes)	Anticoagulante lúpico positivo
Catéter Venenoso Central	Anticuerpos anticardiolipinas positivo
	Trombocitopenia inducida por Heparina
	Otras Trombofilias

CAPRINI JOSEPH A, Thrombosis Risk Assessment as a Guide To Quality Patient Care to Quality Patient Care, Dis Mon 2005;51:70-68.

Escala de Caprini

5 Punto

Cirugía Protésica Programada de Cadera/Rodilla

Fractura de Cadera, Pelvis o Piernas (<1 mes)

Enfermedad Vascular Cerebral (<1 mes)

Politrauma (<1 mes)

Riesgo bajo 0-1 Puntos

Riesgo Moderado 2 Puntos

Riesgo Alto 3-4 Puntos

Riesgo Muy Alto ≥5 Puntos

Total de Factores de Riesgo	Incidencia de TVP	Nivel de Riesgo	Régimen de Profilaxis
0 - 1	2%	Riesgo Bajo	Medidas no Específicas Deambulacion Temprana
2	10-20%	Riesgo Moderado	ME o CNI o HNF o HBPM
3 - 4	20-40%	Riesgo Alto	CNI o HNF o HBPM
5 o más	40-80%	Riesgo Muy Alto	HNF o HBPM o Warfarina más ME o CNI

ME - Medias elásticas, **CNI** - Compresión neumática intermitente, **HNF** - Heparina no fraccionada, **HBPM** - Heparina de bajo peso molecular

CAPRINI JOSEPH A, Thrombosis Risk Assessment as a Guide To Quality Patient Care to Quality Patient Care, Dis Mon 2005;51:70-68.

Prevención de la ETV en enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas en el abdomen y pelvis (incluidas las operaciones del tracto digestivo, urológicas, ginecológicas, bariátricas, vasculares, mínimamente invasivas, plásticas y reconstructivas).

Prevención indicada

Riesgo muy bajo	En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas se recomienda no utilizar prevención accesoria farmacológica o mecánica, solamente la movilización precoz.
Riesgo bajo	En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas es mejor usar profilaxis mecánica, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención.
Riesgo moderado	<p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas, con riesgo moderado de ETV y sin riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas, es mejor usar HBPM, HNF a dosis de 5000 UI cada 12 h o una profilaxis mecánica, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención.</p> <p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas, y con un riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas graves o si se prevé que las consecuencias del sangrado pueden ser especialmente graves, es mejor usar profilaxis mecánica, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención.</p>
Riesgo moderado (≥5 ptos. en la escala de Caprini)	<p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas sin riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas, se recomienda el uso de prevención farmacológica con HBPM o HNF 5000 UI cada 8 h. No se recomienda prescindir del tratamiento profiláctico. Se sugiere añadir la profilaxis mecánica con MCG o CNI a la profilaxis farmacológica.</p> <p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas por neoplasia maligna, y sin riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas, se recomienda realizar profilaxis farmacológica prolongada (hasta 4 semanas) con HBPM, y no una profilaxis de una duración más corta</p> <p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas, y con un riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas graves o si se prevé que las consecuencias del sangrado pueden ser especialmente graves, es mejor usar profilaxis mecánica, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención, hasta que el riesgo hemorrágico baje, para luego poder iniciar la profilaxis farmacológica.</p> <p>En enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas y con contraindicaciones para el uso de HBPM y HNF (o cuando estos fármacos no están disponibles) y sin riesgo hemorrágico elevado, es mejor fondaparinux o dentro de las profilaxis mecánicas, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención.</p>

ANEXO 4. LISTA DE CHEQUEO

A continuación, se mencionan una serie de indicaciones de cumplimiento obligatorio para el proceso de INDUCCION Y CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO, cada una de ellas deberá de consignarse en el expediente clínico. , En cada casilla se marcará: 1 si se registró la indicación en el expediente clínico, 0 si no se encuentra, y NA (No Aplica) , en aquellos casos en los que por situación clínica de la paciente o el contexto del establecimiento de salud no se plasme en el expediente clínico. Se considera que el expediente cumple cuando no existe 0 en ninguna de sus casillas.

	NUMERO DE EXPEDIENTE	1	2	3	4	5	PROM
	Inducto - conducción CRITERIOS GENERALES						
1	Confirmó edad gestacional por FUM y/o ecografía del primer trimestre						
2	Evaluó pelvimetría clínica y se consignó en expediente clínico						
3	Anotó las indicaciones que justificaran la inductoconducción						
4	Se aplicó el score de Bishops o score de Bishops modificado para decidir si ameritaba inducción o conducción del trabajo de parto						
5	Se llenó consentimiento informado donde se plasman riesgos y beneficios de la inductoconducción						
	INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO						
6	La indicación de inducción se basó en embarazo mayor de 40 semanas y/o presencia de comorbilidades.						
7	Se realizó trazo de monitoreo fetal NST antes de iniciar inducción y de ser posible antes de cada dosis de misoprostol. (donde estaba disponible)						
8	Se aplicó dosis inicial de 25 mcgr y se incrementó a 50 mcgr después de la segunda dosis si no se logró score favorable						
9	Se manejó con un intervalo de dosis de 6 horas sin sobre pasar los 200 mcgrs en 24 hrs y las 6 dosis en 48 hrs						
10	Se consignó en el expediente clínico antes de cada dosis de misoprostol estado materno, bienestar fetal y score de bishops						
11	Se vigiló presencia de hiperestimulación uterina						
12	Hipertonia						
13	Polisistolia						
14	Perdida del bienestar fetal						
	CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO						
15	Si la indicación de conducción del T d P fue después del uso de misoprostol se esperó al menos 6 hrs de la última dosis.						
16	Se hizo dilución adecuada de oxitocina en SSN o Hartman a razón de 10 Uli en 1000 ml para obtener concentración de 10m U/ml						
17	Se utilizó bomba de infusión o en su defecto microgoteros para su administración?						
18	Se inició con dosis mínima (6 ml/hr en bomba de infusión, o a 6 microgotas por min) y se incrementó dosis cada 30 minutos?						
19	El incremento de dosis se duplicó hasta las 8 mU según cuadro de dosis y se incrementó posteriormente a esta dosis en 2 Mu cada 30 min						
20	Se vigiló Frecuencia de contracciones uterinas, Tono uterino y FCF cada 30 minutos (de ser posible se realizó registro cardiotocográfico)						
21	Si se presentó hiperestimulación se procedió a cerrar la infusión y valorar necesidad de uteroinhibidores						
	EXPEDIENTE CUMPLE						



**CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!**

unicef 
para cada niño

