

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo “Inducing labour NICE guideline. Published: 4 November 2021”

(Guía de inducción del parto NICE. Publicada: 4 de noviembre 2021)

Noemí Troche Pesqueira. Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

1. Artículo Original:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng207>

2. Resumen del Artículo:

2.1 Introducción:

El número creciente de inducciones en nuestro medio hace que sea importante para los profesionales estar al tanto de la evidencia científica y las últimas guías de buena práctica clínica. El objetivo de esta guía es conseguir reunir esa evidencia en forma de pautas claras y concisas útiles tanto para los profesionales sanitarios como para las propias pacientes.

2.2 Metodología

Resumen de evidencia científica documentada en otras guías NICE sobre embarazo, parto y cesárea.

2.3 Resultados:

Esta guía cubre las circunstancias de inducción de parto, métodos de inducción, asesoramiento, monitorización, analgesia y manejo de complicaciones de las mismas. Está diseñada con el fin de ofrecer consejo a las gestantes que tienen que someterse a inducción o están pensando en ella.

Los pacientes tienen el derecho legal a tomar decisiones informadas respecto a sus cuidados de salud. De esta forma, esto queda reflejado en las guías NICE. Tomar decisiones utilizando estas guías explica cómo utilizamos la fuerza de las recomendaciones, informa sobre los fármacos que deben ser utilizados, directrices para profesionales, estándares de calidad y marco legal.

En el primer punto se agrupan recomendaciones para explicar a la mujer de forma general el proceso de inducción de parto en la consulta. Se hace especial hincapié en la importancia del consentimiento informado y su recogida en la historia clínica de la paciente.

Posteriormente nos encontramos el apartado de situaciones especiales con las actualizaciones de evidencia científica en la inducción de parto en: gestación cronológicamente prolongada, bolsa rota, cesárea previa, posición de nalgas, sospecha de macrosomía y feto muerto anteparto entre otras.

Se realiza también un repaso a los distintos métodos de inducción de parto farmacológicos y mecánicos.

En otro apartado nos encontramos con todas las recomendaciones de exploraciones/valoraciones que debemos realizar antes de comenzar la inducción de parto.

Por último se introducen algunas de las principales complicaciones de las inducciones de parto y las recomendaciones para evitar su aparición en la medida de lo posible.

1. RECOMENDACIONES GENERALES

1.1 La información y la toma de decisiones debe basarse en esta guía en conjunto con las guías

1.1.1. Comentar las preferencias de parto con cada mujer desde el principio de la gestación. Tener en cuenta sus circunstancias y discutir opciones entre manejo expectante, inducción de parto o cesárea programada. Esta decisión debe reflejar en la historia clínica.

1.1.2. Se debe confirmar con la mujer las preferencias de parto en las visitas del final del embarazo dado que estas pueden haber cambiado.

1.1.3. Explicar la mujer que la inducción de parto es un acto médico que puede afectar a sus opciones de tener un parto vaginal o cambiar la experiencia del mismo. Esto puede incluir:

- Exploraciones vaginales antes y durante la inducción para elegir el método de inducción y para monitorizar el progreso.
- Su autonomía para elegir puede ser limitada dado que hay ciertas intervenciones que no van a ser aplicadas en todos los medios o situaciones.
- Puede haber limitaciones en el uso de las piscinas de partos.

- Puede ser necesario un parto instrumental con sus posibles complicaciones.
- Los métodos de inducción pueden causar hiperestimulación uterina que puede provocar cambios en la frecuencia cardíaca fetal que comprometan su bienestar.
- El parto inducido puede ser más doloroso.
- Se puede prolongar la estancia hospitalaria.

1.1.4 Comentar con la mujer que va a ser sometida a la inducción de parto:

- Las razones para la inducción.
- Si la inducción se puede llevar a cabo fuera del hospital.
- Métodos de analgesia.
- Opciones alternativas para las mujeres que no desean una inducción de parto o deciden revocar el consentimiento durante la misma.
- Los riesgos y beneficios en determinadas circunstancias y los métodos que se pueden utilizar.
- Informar sobre la posibilidad del fracaso de inducción y que opciones tendremos en ese momento.

1.1.5 Cuando se ofrece una inducción de parto:

- Se debe dar el tiempo suficiente a la mujer para comentarlo con quien desee antes de tomar una decisión.

- Se debe animar a la mujer a buscar información adicional en fuentes fiables u ofrecerla directamente en la consulta.
- Ofrecer la posibilidad de resolver las dudas que pueda presentar.
- Entender que la mujer puede tomar una decisión que no encaje con las recomendaciones de los facultativos. Reflejar esa decisión claramente en la historia clínica. No se debe permitir que las visiones personales de los facultativos afecten a la hora de proporcionar cuidados.

1.2 INDUCCIÓN DE PARTO EN SITUACIONES ESPECIALES

INDUCCIÓN DE PARTO EN LA GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA.

1.2 Inducción de parto en gestaciones de más de 42 semanas.

1.2.1 Dar a las mujeres con gestaciones con bajo riesgo la oportunidad de comenzar un trabajo espontáneo de parto. Explica a las mujeres que habitualmente el parto empieza de forma natural antes de la semana 42+0

1.2.3 Explicar a las mujeres que algunos riesgos de continuar la gestación más allá de la semana 41 pueden aumentar y estos incluyen:

- Mayor tasa de cesáreas.
- Mayor riesgo de ingreso en UCI neonatal.
- Mayor riesgo de muerte fetal anteparto y muerte neonatal.

1.2.4 Explicar que la inducción de parto de la semana 41 puede reducir estos riesgos pero también considerar el impacto de la propia inducción.

1.2.5 Recordar que de acuerdo con el 2020 MBRRACE-UK informe de mortalidad perinatal, las mujeres que provienen de minorías étnicas o que viven en áreas deprimidas tienen mayor riesgo de muerte fetal anteparto y se pueden beneficiar de monitorización más estrecha. El informe confirma que:

- Comparado con los bebés de mujeres blancas (34/10000), la tasa de muerte fetal anteparto es dos veces más alta en bebés de mujeres negras y un 50% más alto en bebés asiáticos.
- La tasa de muerte fetal anteparto aumenta conforme disminuye el nivel socioeconómico con el doble de muertes en mujeres que viven en áreas deprimidas.

1.2.6 Si la mujer decide no someterse a una inducción de parto se deben explicar las opciones de manejo incluyendo cesárea y/o manejo expectante. Debe constar en la historia.

1.2.7 Consensuar con la mujer medidas de monitorización fetal adicional desde la semana 42. Advertir que:

- La monitorización intermitente solo proporciona una visión puntual de la situación y no puede predecir de forma fiable los cambios posteriores, pero ofrece información de cómo está el feto en el momento y ayuda en la toma de decisiones.
- Efectos adversos sobre el bebé de continuar con la gestación, y que estos no pueden ser predecibles con la monitorización.
- La monitorización fetal consiste en RCTG dos veces la semana junto con la estimación ecográfica de la columna máxima de líquido amniótico.

1.2.8 Dar a la mujer que decide continuar con la gestación la posibilidad de cambiar de opinión en visitas sucesivas.

1.2.9 Recomendar a las mujeres contactar con su matrona u hospital en caso de que cambien de opinión antes de la siguiente visita o tan pronto como tengan dudas sobre el bienestar del bebé (como disminución de la percepción de movimientos).

ROTURA PREMATURA DE MEMBRAS:

1.2.10 En la paciente con RPM pretérmino no inducir el parto antes de la semana 34 si no hay otras indicaciones obstétricas. Ofrecer manejo expectante hasta la semana 37.

1.2.11 Para mujeres con RPM entre las semanas 34 y 37 valorar la opción de manejo expectante hasta la semana 37 o inducción de parto. Considerar los siguientes factores:

- Riesgos para la madre: sepsis, necesidad de cesárea.
- Riesgos para el recién nacido: problemas derivados de la prematuridad. sepsis.
- Disponibilidad de unidades de cuidados intensivos neonatales.

- Preferencias de la paciente y circunstancias individuales.

1.2.12 Pacientes con RPM de más de 34 semanas y cultivo positivo para SGB en cualquier momento de la gestación inducir inmediatamente.

1.2.13 Ofrecer a las pacientes con rotura prematura de membranas a término la opción de:

- Manejo expectante 24h.
- Inducción de parto tan pronto como sea posible.

1.2.14 Para las mujeres que eligen manejo expectante tras la rotura de membranas a término ofrecer inducción de parto si este no ha comenzado en 24h.

1.2.15 Respetar la decisión de la mujer si desea continuar más de 24h de manejo expectante tras RPM a término. Informar de las posibilidades de inicio espontáneo de parto más allá de este punto.

1.2.16 En pacientes con RPM a término y cultivo positivo para SGB en cualquier momento ofrecer inducción de forma inmediata.

CESÁREA PREVIA.

1.2.17 Informar a las mujeres con cesárea anterior del riesgo aumentado de:

- Que la inducción de parto puede llevar a una tasa aumentada de cesáreas urgentes.
- Que la inducción de parto puede aumentar la tasa de roturas uterinas.
- Los métodos utilizados para la inducción de parto serán los más adecuados para disminuir el riesgo de rotura uterina (por ejemplo utilizando métodos mecánicos)
- Algunos métodos de inducción pueden no ser adecuados (por ejemplo tanto dinoprostona como misoprostol contraindicados en mujeres con cicatrices uterinas).

1.2.18 Si el nacimiento necesita ser acelerado informar a las mujeres con cesárea anterior de:

- Inducción de parto, o
- Parto mediante cesárea

Tener en cuenta las circunstancias y preferencias de la mujer. Reflejar en historia.

1.2.19 Informar a las mujeres de que pueden elegir no someterse a una inducción o cesárea incluso cuando esto sea beneficioso para la salud de su bebé.

1.2.20 Considerar las solicitudes de inducción de parto después de discutir los riesgos y beneficios y teniendo en cuenta las circunstancias y preferencias de la mujer.

POSICIÓN DE NALGAS.

1.2.21 La inducción de parto no está recomendada en mujeres con fetos en posición de nalgas.

1.2.22 Considerar inducción en posición de nalgas si:

- El nacimiento necesita ser acelerado, y:
- La VCE no fue exitosa, fue rechazada o contraindicada.
- La mujer no desea tener un parto con una cesárea programada.

RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO.

1.2.23 No inducir el parto si existe un crecimiento intrauterino restringido con compromiso fetal. Realizar una cesárea en su lugar.

SOSPECHA DE MACROSOMÍA FETAL

1.2.24 Consensuar con las mujeres con sospecha de fetos macrosómicos sin DG:

- Las opciones de parto pasan por el manejo expectante, la inducción de parto o el parto por cesárea.
- No existe evidencia de los riesgos y beneficios de la inducción comparada con el manejo expectante pero:
 - Con la inducción de parto el riesgo de distocia de hombros es menor que con el manejo expectante.
 - Con la inducción de parto el riesgo de desgarro perineal de tercer o cuarto grado aumenta.
 - Hay evidencia de que el riesgo de muerte perinatal, lesión del plexo braquial o necesidad de cesárea de emergencia es similar ante ambas opciones.
- Se debe considerar el impacto de la inducción en la experiencia del parto y en el recién nacido.

HISTORIA DE PARTO PRECIPITADO ANTERIOR

1.2.26 No ofrecer inducción de parto de forma rutinaria para evitar nacimientos no asistidos por personal sanitario.

MUERTE FETAL ANTEPARTO.

1.2.27 Ofrecer apoyo físico y psicológico a la mujer y su pareja. Ofrecer atención especializada.

1.2.28 Si la mujer tiene un buen estado físico, con bolsa íntegra y sin sangrado comentar las opciones de manejo expectante, inducción o cesárea y respetar su decisión.

1.2.29 Si hay evidencia de bolsa rota, infección o sangrado ofrecer inducción inmediatamente.

1.2.30 Si la mujer elige inducción del parto se recomienda monitorización de las contracciones y cuidado uno a uno por parte de una matrona.

1.2.31 Si decide inducción de parto ofrecer:

- Misoprostol 200mg oral seguida de dinoprostona vaginal o misoprostol, o
- Inducción mecánica con balón

1.2.32 Informar a la mujer con una muerte fetal anteparto y una cesárea anterior de:

- La inducción de parto puede llevar un aumento del riesgo de rotura uterina.
- Los métodos utilizados intentarán minimizar esos riesgos (por ejemplo utilizando métodos mecánicos.
- Algunos métodos de inducción pueden no ser adecuados como por ejemplo la dinoprostona vaginal y el misoprostol.

1.3 MÉTODOS DE INDUCCIÓN

DESPEGAMIENTO DE MEMBRANAS

1.3.1 Explicar a la mujer:

- Lo que es el despegamiento de membranas en el contexto de la inducción de parto.
- Que el despegamiento de membranas puede hacer más probable que se desencadene el parto sin necesidad de otras medidas farmacológicas o mecánicas.
- Que el sangrado, dolor o disconfort es habitual durante el procedimiento.

1.3.2 En la visita de la semana 39 ofrecer a la mujer el despegamiento de membranas. Se debe obtener un consentimiento verbal antes de realizarlo.

1.3.3 Ofrecer una segunda maniobra de despegamiento de membranas si no se ha iniciado el parto de forma espontánea tras la primera.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

1.3.4 Explicar que es necesaria una exploración vaginal antes de comenzar la inducción para decidir qué tipo de método se utilizará. Se debe obtener consentimiento verbal.

1.3.5 Explicar los riesgos y beneficios de los distintos métodos, que incluyen:

- Tanto la dinoprostona como el misoprostol pueden causar hiperestimulación.
- Cuando se utilizan métodos farmacológicos se debe monitorizar de forma regular la actividad uterina y la frecuencia fetal.

- Si ocurre hiperestimulación uterina la inducción parará y no se administrará más medicación y/o se retirará la medicación vaginal administrada si es posible.

- Hay diferencias en cuanto a la facilidad para retirar los diferentes productos (Por ejemplo la dinoprostona vaginal se puede eliminar más fácilmente).

- La hiperestimulación se puede tratar mediante tocolisis pero la inducida por el misoprostol puede ser más difícil de revertir.

- Los métodos mecánicos tienen menos tendencia a producir hiperestimulación

1.3.6 Seguir las guías del fabricante al emplear dinoprostona o misoprostol, incluyendo cuando retirar los dispositivos vaginales liberadores de dinoprostona.

1.3.7 Para mujeres con un Bishop menor de 6 ofrecer inducción con dinoprostona vaginal o misoprostol oral.

1.3.8 Para mujeres con Bishop menor de 6 considerar métodos mecánicos si:

- Métodos farmacológicos no adecuados (por ejemplo en mujeres con mayor riesgo de hiperestimulación o con cesárea anterior)

- Elección de la mujer.

1.3.9 Para mujeres con un Bishop de más de 6 ofrecer inducción de parto con amniotomía y perfusión intravenosa de oxitocina.

1.3.10 Advertir a las pacientes de que se puede realizar amniotomía y decidir no empezar o retrasar la perfusión de oxitocina, pero que en este caso la inducción puede ser más larga y aumentar el riesgo de infección neonatal.

1.4 MÉTODOS NO RECOMENDADOS PARA LA INDUCCIÓN DEL PARTO.

1.4.1 La evidencia científica no respalda la utilización de los siguientes métodos de inducción de parto:

- Dinoprostona oral.
- Dinoprostona intravenosa.
- Dinoprostona extra amniótica o PGF2.
- Dinoprostona intravaginal.
- Oxitocina intravenosa de forma aislada.
- Hialuronidasa.
- Corticoesteroides.
- Relaxin.
- Mifepristona (salvo en combinación con otros métodos en casos de muerte fetal)
- Métodos donadores vaginales de óxido nitroso.
- Suplementos naturales.
- Acupuntura
- Homeopatía
- Aceite de castor
- Baños calientes
- Enemas

- Relaciones sexuales.

1.5 VALORACIÓN ANTES DE LA INDUCCIÓN.

1.5.1 Asegurar la posición del feto y que las condiciones obstétricas son adecuadas para la inducción:

- Valoración abdominal del nivel y estabilidad de la cabeza fetal en la parte baja del útero o cerca de la sínfisis del pubis.
- Realización de ecografía si hay dudas sobre la posición del feto.
- Evaluación de score Bishop.
- Confirmar frecuencia cardíaca fetal normal mediante RCTG.
- Confirmar la ausencia de contracciones uterinas regulares significativas mediante RCTG.

1.5.2 Asegurar que las instalaciones están disponibles antes de comenzar la inducción de parto.

1.5.3 Cuando las contracciones uterinas comienzan después de la administración de dinoprostona o misoprostol se debe comprobar el bienestar fetal y las contracciones uterinas mediante el registro cardiotocográfico y:

- Si el monitor es normal, revisar las circunstancias individuales y en gestaciones de bajo riesgo considerar la auscultación intermitente si no hay indicadores para mantener monitorización continua.
- Si existe una frecuencia cardíaca fetal anormal o hiperdinamia uterina:
 - No administrar más dosis
 - Retirar los dispositivos vaginales si es posible.
 - Continuar con la monitorización fetal

1.5.4 Comprobar de forma periódica el bienestar fetal y de la mujer así como la evolución del bishop en intervalos que permitan monitorizar el progreso, dependiendo del método utilizado y de la situación clínica de la paciente.

1.5.5 Una vez que se establece el parto continuar con la atención según las guías de actuación en parto.

ALIVIO DEL DOLOR

1.5.6 Explicar que el parto inducido puede ser más doloroso.

1.5.7 Informar sobre las distintas opciones para alivio del dolor.

1.5.8 Seguir la guía NICE para cuidados intraparto en cuanto al alivio del dolor. Esto puede incluir desde analgesia, parto en agua o analgesia epidural

1.6 INDUCCIÓN SIN INGRESO.

1.6.1 Considerar la inducción sin ingreso en el caso de inducción con dinoprostona vaginal o métodos mecánicos en mujeres que así lo deseen y que no presenten otras condiciones médicas o complicaciones obstétricas. Discutir los riesgos y beneficios.

1.6.2 Llevar a cabo una evaluación clínica completa de la madre y el feto.

1.6.3 Acordar con la paciente el plan de seguimiento antes del alta.

1.6.4 Las mujeres deben contactar con su matrona, hospital o obstetra:

- Si comienzan las contracciones.

- Si no hay contracciones en el tiempo establecido dependiendo del método.
- En caso de rotura prematura de membranas.
- Si aparece sangrado.
- Si tiene dudas u otras situaciones tales como reducción de movimientos fetales, dolor excesivo o efectos adversos de los fármacos.

1.7. PREVENCIÓN Y MANEJO DE COMPLICACIONES.

HIPERESTIMULACIÓN UTERINA

- 1.7.1** Si ocurre hiperestimulación durante la inducción de parto.
- Llevar a cabo una evaluación fetal.
 - No administrar más dosis y retirar los dispositivos vaginales.
 - Considerar tocolisis.

FRACASO DE INDUCCIÓN

- 1.7.2** Si se produce un fracaso de inducción ofrecer apoyo a la paciente y explicar la situación. Reevaluar riesgo gestacional y comprobar bienestar fetal.
- 1.7.3** Acordar un plan de manejo que puede incluir nuevos intentos de inducción de parto teniendo en cuenta las preferencias y la situación clínica.
- 1.7.4** Si la inducción fracasa las opciones incluyen:
- Ofrecer reposo si clínicamente es apropiado y reevaluación.
 - Manejo expectante.
 - Otros intentos de inducción de parto.
 - Cesárea.

PROLAPSO DE CORDÓN.

- 1.7.5** Seguir las siguientes precauciones para disminuir las probabilidades de prolapso de cordón:
- Examinar a través del abdomen el nivel y estabilidad de la cabeza fetal.
 - Durante las exploraciones vaginales las matronas y obstetras deben palpar para descartar la presencia de cordón umbilical y evitar descolocar la cabeza fetal.
 - Monitorización continua desde que se rompe la bolsa si la presentación es inestable o no está bien apoyada en el cérvix. En esta situación discutir riesgos y beneficios y considerar una cesárea si es necesario.

PLACENTA PREVIA, DE INSERCIÓN BAJA O HISTORIA PREVIA DE HEMORRAGIA.

- 1.7.6** Comprobar que no está descrita la inserción baja de la placenta en las ecografías previas antes de realizar un despegamiento de membranas.

ROTURA UTERINA.

1.7.7 Si se sospecha una rotura uterina llevar a cabo una cesárea urgente.

3.- Comentario:

Parece importante la necesidad de recordar periódicamente las indicaciones de las guías de buena práctica clínica para continuar prestando una atención de calidad y personalizada.

Así mismo esta guía encontramos alguna particularidad como la posibilidad del manejo de la bolsa rota hasta la semana 37. Aunque no siempre aplicables en nuestro medio, las guías NICE son un buen punto de partida para revisar nuestros protocolos y actuaciones cotidianas, intentando que estas se ajusten al máximo posible a la buena práctica clínica y respeten la evidencia científica disponible en el momento actual.