

FINALITZACIÓ DE LA GESTACIÓ

- La finalització de la gestació s'associa a un risc augmentat de complicacions maternes i fetals, pel que requereix sempre una indicació correcta i l'obtenció de consentiment informat.
- La complicació més rellevant és la ruptura uterina, els factors de risc de la qual són la cesària anterior i la sobredistensió uterina (gran multiparitat, polihidramnios, macrosomia, gestació múltiple).
- Esta contraindicada la inducció quan ho està el part vaginal (en el nostre medi les contraindicacions més freqüents són més d'una cesària anterior, cesària anterior no segmentària, cesària amb incisió en "T" invertida, cirurgia uterina ginecològica prèvia amb entrada a cavitat, antecedent de ruptura uterina, presentació no cefàlica, placenta prèvia oclusiva, vasa prèvia, insuficiència placentària severa i herpes genital actiu).

Test de Bishop > 6

INDUCCIÓ DEL PART

OXITOCINA

GENERALITATS

- S'associarà a amniorrèxi artificial quan les condicions cervicals ho permetin sempre que la presentació no estigui lliure i no hi hagi risc infecciós.
- L'analgèsia peridural s'indicarà en funció de les necessitats de la dona independentment de les condicions cervicals.
- No és necessari el dejuni absolut durant la inducció.
- Contraindicacions relatives: l'excipient és etanol i requereix precaució en alcoholisme, malaltia hepàtica i epilèpsia.

PROCEDIMENT

- RCTG previ 20-30 min. Només indicat catèter de pressió intern si el senyal extern es deficient, existeix risc augmentat de ruptura uterina o existeix una progressió anormal del part.
- Concentració 10mU/mL: 10 UI oxitocina en 1L de SF o RL; o 5 UI en 500 ml de SF o RL.
- Administració mitjançant bomba d'infusió a velocitat inicial de 1 mU/min (6 ml/h). Si no DU regular augmentar dosi cada 20-30 min amb la següent pauta: 2 mU/L (12 ml/h), 4 mU/L (24 ml/h), 8 mU/L (48 ml/h). A partir d'aquesta velocitat s'augmentarà 2-3 mU/min (12-18ml/h) cada 20-30min fins a una dosi màxima de 30 mU/min (180 ml/h).
- Dosis superiors durant períodes perllongats poden produir intoxicació hídrica (hiponatrèmia, convulsió, insuficiència cardíaca).

Test de Bishop ≤ 6

MADURACIÓ CERVICAL

BALÓ CERVICAL

GENERALITATS

- Avantatges: millor confort, procediment ambulatoritzable, reversible, pocs efectes secundaris (entre ells hiperestimulació uterina) i eficàcia comparable als mètodes farmacològics.
- Existeixen balons dissenyats específicament per la inducció, però no han demostrat una eficàcia superior a la sonda de Foley.
- No contraindicacions absolutes.
- Contraindicacions relatives: bossa trencada, SGB+, >2 parts anteriors.

PROCEDIMENT

- RCTG previ 20-30 min.
- Col.locació d'espècul vaginal.
- Introducció de la sonda de Foley de 16 pel canal cervical amb l'ajuda de pinça de Pean. En casos difícils es pot fer servir pinça de Pozzi per fixar el llavi anterior o guia rígida col.locada a través de la sonda.
- Inflament del baló amb 30 cc de SF
- Fixació de la sonda a la cuixa.

MANEIG POSTERIOR

- Clínic i RCTG 60 min.
- Si no DU i RCTG normal, control en 12h (es pot ambulatoritzar a la pacient si bossa íntegra).
- Si a les 12h Bishop ≤ 6 es pot deixar la sonda de Foley i iniciar maduració cervical farmacològica.
- Si a les 12h Bishop ≥ 6, retirada del baló i iniciar perfusió d'oxitocina.

DINOPROSTONA (PGE2)

GENERALITATS

- Avantatges: els dispositius d'alliberació lenta són fàcilment retirables davant qualsevol complicació.
- Contraindicacions absolutes: treball de part instaurat, ús simultani d'oxitocina, antecedents d'hipersensibilitat a les PG o excipients, cardiopatia materna moderada-greu.
- Contraindicacions relatives: glaucoma, asma, hemorràgia uterina, malaltia pulmonar, renal o hepàtica, epilèpsia, cesària prèvia, macrosomia, polihidramni, gestació múltiple, gran multiparitat.

PROCEDIMENT

- RCTG previ 20-30 min.
- 10 mg via vaginal en forma de dispositiu de alliberació lenta.
- Nombre màxim de dosis: 1 (24 hores)..

MANEIG POSTERIOR

- Després de l'aplicació, control clínic i RCTG durant 2 hores.
- RCTG 20-30 min cada 8±2h.
- Retirada del dispositiu si DU regular en condicions de part, hiperestimulació uterina, efectes secundaris maternos (nausees, vòmits, hipotensió o taquicàrdia) o sospita de pèrdua de benestar fetal
- L'interval entre la retirada del dispositiu i l'inici d'oxitocina ha de ser d'un mínim de 30 min.

MISOPROSTOL (PGE1)

GENERALITATS

- Avantatges: Via oral és confortable i té una eficàcia i una taxa d'hiperestimulacions uterines comparables a la dinoproston. Cost molt reduït. No requereix cadena de fred.
- Requereix obtenció de consentiment de medicació fora d'indicació (no cal consentiment d'ús compassiu)
- Contraindicacions absolutes: Igual que la dinoproston més PE greu, cesària prèvia i prematuritat.
- Contraindicacions relatives: Igual que la dinoproston més RCIU.

PROCEDIMENT

- RCTG previ 20-30 min.
- 50 mcgr via oral cada 4 hores (a aquestes dosis la via oral té eficàcia similar a la via vaginal de 25 mcgr però amb menys taxes d'hiperestimulació).
- Nombre màxim de dosis: 5.

MANEIG POSTERIOR

- Després de la primera dosi, control clínic i RCTG durant 2 hores.
- Abans i després de cada dosi addicional, 20-30 min de RCTG
- S'interromp l'administració si DU regular, hiperestimulació uterina, efectes secundaris maternos (nausees, vòmits, hipotensió o taquicàrdia) o sospita de pèrdua de benestar fetal.
- L'interval entre administració de misoprostol i l'inici d'oxitocina ha de ser d'un mínim de 4 hores.