

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**ACTUALIZACIÓN
2012**

Inducción del **TRABAJO DE PARTO** en el Segundo Nivel de Atención

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SS-218-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma # 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en algún procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita con fines de enseñanza y actividades no lucrativas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Debe ser citado como: **Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención**. México: Secretaría de Salud; **21/marzo/2013**

Actualización **parcial**.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-9-MC: 73.01 Inducción del parto por ruptura artificial de las membranas
 73.1 Otra inducción quirúrgica del parto
 Incluye inyección intraamniótica y extraamniótica
 Descortezado de membranas
 73.4 Inducción médica de parto

GPC: Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención

AUTORES, COORDINADORES Y VALIDADORES 2009

Autores:			
Dr. David Martínez Góngora	Médico ginecoobstetra	Servicios de Salud de Yucatán	Responsable Estatal de Cáncer en la Mujer
Dr. Francisco Javier Uicab Alonzo	Médico ginecoobstetra	Servicios de Salud de Yucatán	Coordinador Estatal de Salud Materna y Perinatal
Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médica general	Instituto de Salud del Estado de Chiapas	Responsable Estatal de Guías de Práctica Clínica
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Médica ginecoobstetra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesora de Guías de Práctica Clínica
Validación interna:			
Dr. Miguel Ángel Martínez Enríquez	Médico ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al HGZ 71 Veracruz

AUTORES, COORDINADORES Y VALIDADORES 2012

Coordinadores:			
Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médica general	Instituto de Salud del Estado de Chiapas	Responsable Estatal de Guías de Práctica Clínica
Autores:			
Dr. David Martínez Góngora	Médico ginecoobstetra	Servicios de Salud de Yucatán	Adscrito al Hospital General San Carlos, Tizimín, Yucatán
Dr. Francisco Javier Uicab Alonzo	Médico ginecoobstetra	Servicios de Salud de Yucatán	Coordinador Estatal de Salud Materna y Perinatal
Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médica general	Instituto de Salud del Estado de Chiapas	Responsable Estatal de Guías de Práctica Clínica
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Médica ginecoobstetra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesora de Guías de Práctica Clínica
Dra. Sandra Danahé Díaz Franco	Médica general	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Jefatura de Validación y Normatividad de GPC
Validación interna			
Dr. Miguel Ángel Martínez Enríquez	Médico ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al HGZ 71 Veracruz
Dr. Claudio Beltrán Calderón	Médico ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al Hospital General de Zona II

ÍNDICE

1. Clasificación	7
2. Preguntas a Responder.....	8
3. Aspectos Generales.....	9
3.1 JUSTIFICACIÓN	9
3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 AL 2011	10
3.3 OBJETIVO	11
3.4 DEFINICIÓN DE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.....	12
4. Evidencias y Recomendaciones.....	13
4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	14
4.1.1 Maduración Cervical.....	15
4.2 INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	18
4.2.1 Indicaciones y Contraindicaciones.....	18
4.2.2 Electiva	20
4.2.3 Embarazo Prolongado	21
4.2.4 Ruptura Prematura de Membranas.....	22
4.2.5 Ruptura Prematura de Membranas a Término.....	23
4.2.6 Presentación Pélvica	24
4.2.7 Restricción en el Crecimiento Intrauterino.....	24
4.2.8 Óbito.....	25
4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO	26
4.3.1 Prostaglandinas E2.....	26
4.3.2 Oxitocina.....	28
4.3.3 Misoprostol Oral.....	31
4.3.4 Misoprostol Vía Vaginal.....	32
4.3.5 Misoprostol Vía Oral o Sublingual	33
4.4 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO.....	34
4.4.1 Despegamiento de las Membranas	34
4.4.2 Relaciones Sexuales.....	36
4.4.3 Estimulación del Pezón.....	36
4.5 MÉTODOS QUIRÚRGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO	37
4.5.1 Amniotomía	37
4.5.2 Métodos Mecánicos	37
4.6 CUIDADOS QUE DEBEN CONSIDERARSE ANTES DE INICIAR LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	39
4.7 ANALGESIA EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	40
4.8 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.....	41
4.8.1 Hiperestimulación Uterina.....	41
4.8.2 Inducción Fallida.....	43
4.8.3 Prolapso del Cordón Umbilical	44
4.8.4 Ruptura Uterina.....	45
4.8.5 Otras Complicaciones	46
5. Anexos	48
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	48
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN	53
5.3 DIAGRAMAS DE FLUJO	61
5.4 LISTADO DE RECURSOS.....	62
5.4.1 Tabla de Medicamentos	65
5.5 ESCALA DE BISHOP.....	67
6. Glosario.....	68
7. Bibliografía.....	73

8. Agradecimientos.....	74
9. Comité Académico.....	75
10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador.....	76
11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	77

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: SS218-09	
Profesionales de la salud	Médico ginecoobstetra, médico general
Clasificación de la enfermedad	CIE-9-MC: : 73.01 Inducción del parto por ruptura artificial de las membranas 73.1 Otra inducción quirúrgica del parto Incluye inyección intraamniótica y extraamniótica Descortezado de membranas 73.4 Inducción médica de parto
Categoría de la guía	Segundo nivel de atención Consejería Tratamiento farmacológico Evaluación de efectividad terapéutica Evaluación de riesgo
Usuarios potenciales	Enfermeras generales Pediatras Estudiantes (médicos en formación) Proveedores de servicios de salud Hospitales Trabajadores sociales Médicos especialistas
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Secretaría de Salud Servicios de Salud de Yucatán Instituto de Salud del Estado de Chiapas
Población blanco	Mujeres con embarazos mayores que 20 a 41 semanas, con feto vivo o muerto
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud Servicios de Salud de Yucatán Instituto de Salud del Estado de Chiapas
Intervenciones y actividades consideradas	CIE-9-MC: : 73.01 Inducción del parto por ruptura artificial de las membranas 73.1 Otra inducción quirúrgica del parto Incluye inyección intraamniótica y extraamniótica Descortezado de membranas 73.4 Inducción médica de parto
Impacto esperado en la salud	Incremento en la atención del parto vaginal Reducción del índice de operación cesárea Disminución de la morbilidad y de la mortalidad materna perinatal Disminución de costos
Metodología ¹	Adopción de Guías de Práctica Clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con el mayor nivel de acuerdo a la escala utilizada, selección o elaboración de las recomendaciones con el mayor grado de acuerdo a la escala utilizada
Método de adecuación	Enfoque de la guía: responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas mediante bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda en sitios Web especializados Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas Guías de Práctica Clínica: 12 Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reportes de casos Otras fuentes seleccionadas
Validaciones	Método de validación: validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: CENETEC Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	SS-218-09
Actualización	Fecha de publicación de la actualización: 21/ marzo/ 2013. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o, de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA SE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles pacientes son candidatas a la inducción de trabajo de parto?
2. ¿En qué condiciones no debe realizarse la inducción del parto?
3. ¿Cuál es la orientación y consejería acerca de la inducción del parto que debe recibir la paciente en el control prenatal?
4. ¿En qué consisten básicamente los cuidados durante la inducción del parto?
5. ¿Cuáles son los diferentes métodos para la inducción del trabajo de parto?
6. ¿Cuál es la utilidad de los diferentes métodos para la inducción del trabajo de parto?
7. ¿Cuál es el sitio ideal para realizar la inducción del parto?
8. ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios sobre la madre en la inducción del trabajo de parto?
9. ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios sobre el recién nacido en la inducción del trabajo de parto?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La inducción del trabajo de parto consiste en desencadenar los fenómenos fisiológicos del mismo después de las 20 semanas de gestación, para reproducir lo más fielmente posible el parto normal y espontáneo, estimulando artificialmente las contracciones uterinas que conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino, y al nacimiento.

Tiene como propósito fundamental la disminución de los riesgos maternos y fetales que supone la continuación del embarazo. Se aplica de acuerdo a indicaciones absolutas o relativas, así como a la presencia de contraindicaciones.

Las condiciones cervicales son un factor clave para la inducción del trabajo de parto. La presencia de un cuello desfavorable pronostica que el parto tardará en desencadenarse; cuanto más inmaduro es un cérvix, más probabilidad de fracaso de la inducción, por ello la maduración cervical previa a la inducción del parto aumenta las posibilidades de éxito.

Se ha demostrado que el parto vaginal conlleva menor índice de morbilidad y mortalidad materno-fetal que el parto por cesárea, así como un menor costo-beneficio.

3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 AL 2012

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. **Las Preguntas a Responder** (en caso de que se hayan excluido o incluido algunas):
 - Preguntas excluidas:
 - ¿Existen otros métodos de inducción del trabajo de parto?
 - Preguntas incluidas:
 - ¿Cuáles son los diferentes métodos para la inducción del trabajo de parto?
 - ¿Cuál es la utilidad de los diferentes métodos para la inducción del trabajo de parto?
 - ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios sobre la madre en la inducción del trabajo de parto?
 - ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios sobre el recién nacido en la inducción del trabajo de parto?
2. **Las Evidencias y Recomendaciones Promoción de la salud**
 - Se integraron evidencias de la ACOG en toda la guía

3.3 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **segundo nivel de atención** las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Comparar los diferentes métodos de inducción del parto en relación a los resultados maternos y fetales
- Evaluar el papel de la inducción del parto en una variedad de situaciones clínicas obstétricas
- Conocer el cuidado que debe ofrecerse a las mujeres y al producto durante el proceso de la inducción del trabajo de parto
- Incrementar la incidencia de parto vaginal
- Disminuir los índices de cesárea a 25% o menos

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 DEFINICIÓN DE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

La inducción del trabajo de parto es la iniciación del trabajo de parto antes de que comience de manera espontánea, con el propósito de la expulsión de la unidad fetoplacentaria (SOGC, 2001).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

El sistema de gradación utilizado en la guía está en el Anexo: Escala de Gradación.






Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

EVIDENCIA 

RECOMENDACIÓN 






PUNTO DE BUENA PRÁCTICA 







4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD






	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La evaluación de la edad gestacional y la consideración de los riesgos potenciales para la madre o el feto son de vital importancia para la evaluación y el asesoramiento adecuados antes de iniciar la maduración cervical o la inducción del parto. La paciente debe ser informada respecto a las indicaciones para la inducción, los agentes y los métodos de estimulación del trabajo de parto, y sobre la posible necesidad de repetir la inducción o de requerir una cesárea.	II-2,III USPSTF ACOG, 2009
	A pesar de que los estudios prospectivos se limitan a la evaluación de los beneficios de la inducción electiva del parto, las mujeres nulíparas sometidas a la inducción del parto con cuello uterino desfavorable deben ser orientadas sobre el riesgo elevado de terminar el parto por cesárea.	II-2, III USPSTF ACOG, 2009
	Si se considera inducir trabajo de parto, debe abordarse y documentarse: indicación de la inducción, si existe alguna contraindicación, edad gestacional, cérvix favorable, presentación fetal, desproporción cefalopélvica, bienestar fetal y estado de las membranas.	B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam SOGC, 2001
	La indicación para inducción del trabajo de parto debe ser discutida con la paciente, así como los beneficios y los riesgos potenciales.	Punto de buena práctica Canadian Task Force on the Periodic Health Exam SOGC, 2001
	Si el cérvix es desfavorable, según la escala de Bishop (≤ 6), la maduración cervical debe considerarse antes de inducir el trabajo de parto.	Punto de buena práctica Canadian Task Force on the Periodic Health Exam SOGC, 2001





4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1 MADURACIÓN CERVICAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El objetivo de la maduración cervical es facilitar el proceso de reblandecimiento, adelgazamiento y dilatación cervical teniendo como resultado una reducción en la tasa de inducción fallida y la disminución del tiempo del parto. La remodelación de cuello uterino es un componente crítico del parto normal. Los cambios observados no sólo incluyen la degradación y la reorganización del colágeno, sino también cambios en los glucosaminoglicanos, aumento de la producción de citocinas, y la infiltración de leucocitos.	III USPSTF ACOG, 2009
	Si se indica inducción y el estado del cuello del útero es desfavorable, pueden utilizarse agentes de maduración cervical. El estado del cuello del útero se puede determinar mediante la escala de Bishop para puntuación pélvica.	III USPSTF ACOG, 2009
	Un cuello uterino desfavorable generalmente se ha definido como una puntuación en la Escala de Bishop ≤ 6 en la mayoría de los ensayos aleatorios. Si la puntuación total es superior a 8, la probabilidad de parto vaginal después de la inducción del parto es similar a la del trabajo de parto espontáneo.	III USPSTF ACOG, 2009
	Los métodos eficaces para la maduración cervical incluyen el uso de dilatadores mecánicos del cuello del útero y la administración de prostaglandina sintética E1 (PGE1) y prostaglandinas E2 (PGE2).	I USPSTF ACOG, 2009
	Los métodos mecánicos de dilatación son eficaces para la maduración del cuello uterino; incluyen dilatadores higroscópicos, dilatadores osmóticos (<i>Laminaria japonicum</i>), catéteres Foley (14 a 26 F) con un volumen de inflación de 30 a 80 ml; balones de doble dispositivo (dispositivos maduradores Atad) y solución salina infusión extraamniótica, usando la velocidad de infusión de 30 a 40 ml/h.	I, III USPSTF ACOG, 2009


	<p>La <i>Laminaria japonicum</i> madura el cuello del útero, pero puede estar asociada con aumento de infecciones perinatales.</p>	<p>I, II-2 USPSTF ACOG, 2009</p>
	<p>En mujeres con cuello uterino desfavorable que son sometidas a la inducción, los métodos mecánicos, con excepción de la infusión de solución salina extraamniótica, se asocian con reducción en la tasa de parto por cesárea, cuando se comparan con el uso de oxitocina sola.</p>	<p>III USPSTF ACOG, 2009</p>
	<p>Múltiples estudios han demostrado la eficacia de los dilatadores cervicales mecánicos. No hay pruebas suficientes para evaluar qué tan eficaces (parto vaginal dentro de las 24 horas siguientes) son los métodos mecánicos, en comparación con las prostaglandinas.</p>	<p>III USPSTF ACOG, 2009</p>
	<p>Las ventajas de la sonda de Foley incluyen bajo costo, en comparación con las prostaglandinas, la estabilidad a temperatura ambiente, y la reducción del riesgo de taquisistolia uterina, con o sin cambios en la frecuencia cardíaca fetal (FCF).</p>	<p>III USPSTF ACOG, 2009</p>
	<p>En las pacientes con cuello uterino desfavorable, la colocación de un catéter de Foley antes de la inducción con oxitocina reduce significativamente la duración del trabajo y el riesgo de parto por cesárea.</p>	<p>III USPSTF ACOG, 2009</p>
	<p>Cuando la sonda de Foley fue comparada con el gel de PGE2, la mayoría de los estudios no encontró ninguna diferencia en la duración de la inducción del parto o la tasa de parto por cesárea. El uso de prostaglandinas se asocia con aumento del riesgo de taquisistolia, con o sin cambios en la FCF, cuando se compara con el catéter de Foley.</p>	<p>III USPSTF ACOG, 2009</p>





	<p>El uso de diferentes tamaños de catéteres de Foley, diversos volúmenes de insuflación, así como los diferentes protocolos de misoprostol, arrojan resultados inconsistentes para determinar la inducción y el tiempo de expulsión, la tasa de parto por cesárea y el riesgo de meconio.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>La adición de oxitocina junto con el uso del catéter Foley no parece acortar el tiempo del parto.</p>	<p>I USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>El misoprostol, un análogo sintético de PGE1, se puede administrar por vía vaginal, oral o por vía sublingual y se utiliza tanto para la maduración cervical como para la inducción del parto. En la actualidad está disponible en dosis de 100 mcg o una tableta 200 mcg, y se puede romper para proporcionar dosis de 25 mcg o de 50 mcg. Una amplia experiencia clínica con este agente y un gran número de informes publicados avalan su seguridad y eficacia cuando se usa apropiadamente. No hay estudios que indiquen que la exposición intraparto a misoprostol (u otros agentes de maduración cervical análogos a las prostaglandinas) tenga consecuencias adversas a largo plazo en la salud del feto, en ausencia de sufrimiento fetal, ni hay una base biológica plausible para tal preocupación.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>La PGE1 (misoprostol) es un método eficaz para la maduración cervical. Se ha informado que el misoprostol administrado por vía intravaginal es tanto o más eficaz que el dinoprostona gel.</p>	<p>I, II-3, III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>El misoprostol vaginal se ha asociado con un menor uso de analgesia epidural, más partos vaginales dentro de las 24 horas, y más taquisistolia uterina, con o sin cambios en la FCF, en comparación con dinoprostona y oxitocina.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>


	<p>Hay dos preparaciones de PGE2 en el cuadro básico de medicamentos: un gel disponible en una jeringa de 2.5 ml que contiene 0.5 mg de dinoprostona y un inserto vaginal que contiene 10 mg de dinoprostona. Ambos están aprobados por la FDA para la maduración cervical en mujeres con embarazos a término o pretérmino.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>El inserto vaginal libera prostaglandinas a un ritmo más lento (0.3 mg/h) que el gel. En comparación con el placebo o la oxitocina sola, las prostaglandinas vaginales utilizadas para la maduración cervical aumentan la probabilidad de parto dentro de las siguientes 24 horas, no reducen la tasa de parto por cesárea, y aumentan el riesgo de taquisistolia uterina con cambios asociados con la frecuencia cardíaca fetal.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Las PGE2 intracervical o intravaginal (dinoprostona), son utilizadas comúnmente y su uso es superior al placebo o a no utilizar ningún tratamiento en la promoción de la maduración cervical.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Los análogos de la prostaglandina E son eficaces para la maduración cervical y la inducción del parto.</p>	<p>A USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>

4.2 INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO





4.2.1 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Las indicaciones para la inducción del trabajo de parto no son absolutas sino que deben tener en cuenta las condiciones maternas y fetales, la edad gestacional, el estado del cuello uterino y otros factores. Los siguientes son ejemplos de las condiciones maternas o fetales que pueden ser indicaciones de la inducción del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desprendimiento prematuro de placenta • Corioamnionitis 	<p>Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>







	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte fetal • Hipertensión gestacional • Preeclampsia, eclampsia • Rotura prematura de membranas • Embarazo postérmino • Condiciones médicas maternas (diabetes mellitus, enfermedad renal, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión crónica, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos) • Compromiso fetal (restricción severa del crecimiento fetal, isoimmunización, oligohidramnios) 	
	<p>El trabajo de parto también puede ser inducido por razones logísticas, por ejemplo, riesgo de parto rápido, la distancia del hospital o las indicaciones psicosociales, teniendo en cuenta la madurez pulmonar fetal y que el embarazo esté a término.</p>	<p>Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Cada paciente y su situación clínica deben ser consideradas al determinar si la inducción del parto está contraindicada. Generalmente, las contraindicaciones para la inducción del parto son las mismas que para el trabajo de parto espontáneo y el parto vaginal. Éstas incluyen, sin ser limitantes, a las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vasa previa o placenta previa completa • Posición fetal transversal • Prolapso del cordón umbilical • Parto anterior por cesárea clásica • Infección activa por herpes genital • miomectomía previa que penetró la cavidad endometrial 	<p>Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>La amniotomía para la inducción del trabajo de parto puede estar contraindicada en las mujeres VIH positivas, debido a que la duración o la rotura de membranas han sido identificadas como factores de riesgo para la transmisión vertical de la infección por VIH.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Desprender las membranas amnióticas se asocia con sangrado debido a la presencia de placenta previa o placenta de implantación baja, y amniotomía accidental.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>




	<p>La estimulación bilateral de las mamas se ha asociado con taquisistolia uterina y con desaceleraciones de la FCF. En una revisión sistemática, la estimulación de mama se asoció con una tendencia al aumento en la muerte perinatal.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
---	--	---

4.2 INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
4.2.2 ELECTIVA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La progresión del trabajo de parto es muy diferente para las mujeres con inducción electiva del parto, en comparación con las mujeres que tienen el inicio espontáneo del trabajo de parto.</p>	<p>II-2 USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>La inducción del trabajo de parto de forma electiva está asociada a complicaciones potenciales, por eso no debe recomendarse, y sólo debe realizarse después de dar a la mujer la información completa acerca de los riesgos y una vez que se halla establecido de manera precisa la edad gestacional.</p>	<p>B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>
	<p>La evidencia indirecta sugiere que la inducción de trabajo de parto electiva, comparada con el manejo expectante de las 37 a las 40 semanas de gestación, sin ninguna indicación médica se asoció a mayor incidencia de parto vaginal instrumentado y a menor incidencia de cesárea.</p>	<p>1+ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>La inducción del parto no debe ser recomendada solamente cuando la mujer lo solicite. Sin embargo, bajo circunstancias específicas debe considerarse a las 40 semanas o después.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>




4.2 INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
4.2.3 EMBARAZO PROLONGADO


	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Existe fuerte evidencia epidemiológica que apunta a un riesgo incrementado para madres y bebés si el embarazo continúa después de las 40 semanas.	3 <i>NICE, 2011</i>
	Comparado con el manejo expectante, la inducción del trabajo de parto después de las 41 semanas completadas se ha asociado con menos muertes perinatales (0/2 986 versus 7/2 953), excluyendo anomalías genéticas. El riesgo absoluto es extremadamente pequeño. Un ensayo clínico aleatorizado grande incluido en la revisión sistemática reportó menor tasa de cesáreas en el grupo al que se le realizó inducción, comparado con el manejo expectante.	I++ <i>NICE, 2011</i>
	Se compararon los resultados de un monitoreo prenatal seriado, la inducción del parto se realizó a las 41.2 semanas de gestación, donde se evaluaron los resultados maternos y fetales. Se reportó una muerte neonatal en el grupo monitoreado como consecuencia de un nudo en el cordón umbilical.	1+ <i>NICE, 2011</i>
	Los nacimientos después de las 42 semanas de gestación están asociados con riesgo incrementado de muerte intraparto y neonatal.	3 <i>NICE, 2011</i>
	A las mujeres con embarazos no complicados se les debe dar la oportunidad de que inicien un trabajo de parto espontáneo.	Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i>
	Se debe ofrecer inducción de trabajo de parto a mujeres que cursan 41 a 42 semanas de gestación, ya que la evidencia actual revela disminución en la mortalidad perinatal sin aumentar el riesgo de cesáreas.	A Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2008</i>

	<p>A mujeres con embarazos no complicados se les debe ofrecer inducción de trabajo de parto entre las semanas 41 y 42 para evitar el riesgo de embarazo prolongado. El tiempo exacto para realizar la inducción tiene tomar en cuenta las preferencias de la mujer, así como las circunstancias locales.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Si una mujer decide que no sea inducido su trabajo de parto, su decisión debe ser respetada. Los profesionales de la salud deben discutir el cuidado de la mujer desde ese momento.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>A partir de las 42 semanas, a las mujeres que no deseen inducción de trabajo de parto se les debe ofrecer incrementar el monitoreo prenatal en por lo menos dos veces a la semana con registro cardiotocográfico y ultrasonido para estimar la cantidad máxima del líquido amniótico.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>




4.2 INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

4.2.4 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La evidencia sugiere que en las mujeres con ruptura prematura de membranas iniciar inmediatamente la inducción de trabajo de parto se asoció a menor estancia en salas de labor, reduciendo así la incidencia de corioamnionitis y la duración de hospitalización en la madre y el neonato, cuando se compara con manejo expectante.</p>	<p>1+ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>El punto de quiebre natural en la morbilidad neonatal fue observado a las 34 semanas de gestación, en el cual la inducción del trabajo de parto puede servir de apoyo desde esta edad gestacional.</p>	<p>3 <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Si una mujer tiene ruptura prematura de membranas, la inducción del trabajo de parto no debe iniciarse antes de las 34 semanas de gestación, siempre y cuando no haya indicaciones obstétricas adicionales (por ejemplo, infección o compromiso fetal).</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>

	<p>Si una mujer tiene ruptura prematura de membranas después de las 34 semanas de gestación, antes de tomar la decisión de inducir el trabajo de parto, usando prostaglandinas E2, se deben discutir los siguientes factores con la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgos para la mujer (sepsis, posible necesidad de realizar una cesárea) • Riesgos para el bebé (sepsis, problemas relacionados con parto prematuro) • La disponibilidad local de servicios de cuidados intensivos neonatales 	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
---	---	---



4.2 INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
4.2.5 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>A las mujeres con ruptura prematura de membranas a término (a 37 semanas o más) se les debe ofrecer la inducción de trabajo de parto con prostaglandinas E2 o manejo expectante.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>La inducción del trabajo de parto es apropiada aproximadamente 24 horas después de la ruptura prematura de membranas a término de la gestación.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>La ruptura prematura de membranas artificial con la administración de oxitocina o prostaglandinas pueden ser usadas para inducir el trabajo de parto con cérvix favorable.</p>	<p>Punto de buena práctica Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>

4.2 INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
4.2.6 PRESENTACIÓN PÉLVICA







	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Hay poca evidencia de que deba realizarse la inducción de trabajo de parto con producto en presentación pélvica, por lo que deberá limitarse a casos seleccionados con justificación médica.	IV <i>RCOG, 2006</i>
	No se recomienda la inducción del trabajo de parto en presentación pélvica.	B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2009</i>


4.2 INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
4.2.7 RESTRICCIÓN EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Para la restricción en el crecimiento intrauterino identificado entre las 24 y 36 semanas de gestación, no hay suficiente evidencia para determinar si el nacimiento inmediato o diferido es beneficioso.	1+ <i>NICE, 2011</i>
	No se recomienda la inducción del trabajo de parto si existe restricción severa en el crecimiento con compromiso fetal confirmado.	Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i>

4.2 INDICACIONES PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO




4.2.8 ÓBITO





	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La evidencia disponible de los ensayos aleatorios apoya el uso de misoprostol por vía vaginal como tratamiento médico para interrumpir embarazos no viables antes de las 24 semanas de gestación.	I USPSTF ACOG, 2009
	Con base en datos limitados, el uso de misoprostol entre las 24 a 28 semanas de gestación también parece ser seguro y efectivo.	I, II-2 USPSTF ACOG, 2009
	Antes de las 28 semanas de gestación, el misoprostol por vía vaginal parece ser el método más eficiente para la inducción del parto, independientemente de la escala de Bishop, a pesar de que las altas dosis de infusión de oxitocina también son una opción aceptable.	I, II-3 USPSTF ACOG, 2009
	Si una mujer tiene buen estado de salud en el evento de muerte fetal intrauterina (óbito), las membranas están intactas y no existe evidencia de ruptura de membranas, se le debe ofrecer inducción de trabajo de parto inmediatamente o manejo expectante, según sea el caso.	Punto de buena práctica NICE, 2011
	Si existe evidencia de ruptura de membranas, infección o sangrado en la muerte fetal intrauterina, el manejo inmediato preferido es la inducción del trabajo de parto.	Punto de buena práctica NICE, 2011
	Si una mujer que ha tenido muerte fetal intrauterina acepta iniciar con inducción, debe considerarse la mifepristona vía oral, seguida de prostaglandina E2 vía oral o vaginal. En la elección y la dosis de prostaglandina vía vaginal deben tomarse en cuenta las circunstancias clínicas disponibles de las preparaciones y los protocolos locales.	Punto de buena práctica NICE, 2011

	<p>Para mujeres en quienes existe muerte fetal intrauterina y que han tenido cesárea previa, el riesgo de ruptura uterina aumenta. En consecuencia, la dosis de prostaglandinas debe ser menor, particularmente en el tercer trimestre.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
---	---	---

4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO






4.3.1 PROSTAGLANDINAS E2









	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La evidencia obtenida de ensayos de tamaño razonable sugiere que, en mujeres con cuello desfavorable, todos los regímenes de prostaglandinas E2 vaginales son efectivos y mejoran las condiciones cervicales, reducen el uso de oxitocina y la presencia de tinción meconial, cuando se compararon con placebo o ningún tratamiento. Sin embargo, un ensayo muy pequeño informó que no existe diferencia entre prostaglandinas E2 vaginal y placebo en lograr el parto vaginal en 24 horas. Todos los regímenes de prostaglandinas se asociaron con hiperestimulación uterina.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Si hay un cambio inadecuado del cuello uterino con un mínimo de actividad uterina después de una dosis de dinoprostona intracervical, una segunda dosis se puede administrar 6 a 12 horas más tarde. Los fabricantes recomiendan una dosis acumulativa máxima de 1.5 mg de dinoprostona (tres dosis, o 7.5 ml de gel) en un plazo de 24 horas.</p>	<p>Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Después de la utilización de 1.5 mg de dinoprostona en el cuello del útero o de 2.5 mg en la vagina, el uso de la inducción con oxitocina debe retrasarse durante 6 a 12 horas, porque el efecto de las prostaglandinas puede aumentar con la oxitocina. Si se usa la dinoprostona en forma de liberación sostenida, es suficiente con retrasar la inducción con oxitocina durante 30 a 60 minutos después de removerla.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>






	<p>Al comparar los resultados maternos y fetales en mujeres con cuello desfavorable, en quienes se utilizó gel de prostaglandinas E2 (2mg) y tabletas de prostaglandinas (3mg), se encontró que es menos probable la hiperestimulación uterina con cambios en la frecuencia cardíaca fetal con el uso de gel de prostaglandina E2 (2.5 a 5mg), al compararse con los supositorios (3 a 5mg).</p> <p>La necesidad de utilizar oxitocina entre pesarios de liberación y gel no puede determinarse debido a la heterogeneidad de los estudios incluidos.</p> <p>Al comparar entre dosis altas de PGE2 con dosis bajas de PGE2 se encontró que esta última se asoció a una disminución de la hiperestimulación uterina y de cambios en la frecuencia cardíaca fetal.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>La PGE2 intravaginal para la inducción del trabajo de parto en mujeres con rotura prematura de membranas parece ser segura y efectiva.</p>	<p>A USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Las prostaglandinas E2 son el método recomendado para la inducción del trabajo de parto, a menos que haya razones clínicas específicas para no usarlas (en particular, el riesgo de hiperestimulación uterina); pueden ser empleadas en gel, tabletas o pesarios de liberación controlada.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Los regímenes recomendados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un ciclo de prostaglandinas vía vaginal en tabletas o gel: una dosis, seguida de una segunda dosis después de 6 horas si el trabajo de parto no se ha establecido (el límite máximo son dos dosis) • Un ciclo de prostaglandinas vía vaginal en pesarios de liberación prolongada: una dosis en 24 horas 	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>

4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.3.2 OXITOCINA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado												
	<p>Cualquiera de los regímenes de oxitocina, de dosis baja o alta, indicados es adecuado para la inducción del parto.</p> <p>Trabajo de parto estimulado con oxitocina: ejemplos de dosis baja y alta de oxitocina:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Régimen</th> <th>Dosis inicial</th> <th>Aumento gradual (mU/min)</th> <th>Intervalo de dosificación (min)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dosis baja</td> <td>0.5-2</td> <td>1-2</td> <td>15-40</td> </tr> <tr> <td>Dosis alta</td> <td>6</td> <td>3-6*</td> <td>15-40</td> </tr> </tbody> </table> <p>*El aumento gradual se reduce a 3 mU/min en presencia de hiperestimulación y se reduce a 1 mU/min con hiperestimulación recurrente</p>	Régimen	Dosis inicial	Aumento gradual (mU/min)	Intervalo de dosificación (min)	Dosis baja	0.5-2	1-2	15-40	Dosis alta	6	3-6*	15-40	<p>I, II-2 USPSTF ACOG, 2009</p>
Régimen	Dosis inicial	Aumento gradual (mU/min)	Intervalo de dosificación (min)											
Dosis baja	0.5-2	1-2	15-40											
Dosis alta	6	3-6*	15-40											
	<p>Los regímenes de dosis bajas, y menos frecuentemente los aumentos en las dosis, se asocian con disminución de taquisistolia uterina con cambios asociados en la frecuencia cardíaca fetal.</p>	<p>I USPSTF ACOG, 2009</p>												
	<p>Los regímenes de dosis altas, y con más frecuencia el aumento de dosis, se asocian con menor tiempo de trabajo de parto y menos casos de corioamnionitis y parto por cesárea por distocia, pero aumentan las tasas de taquisistolia uterina asociadas con cambios en la FCF.</p>	<p>I, III USPSTF ACOG, 2009</p>												
	<p>Los regímenes de oxitocina de alta o baja dosis son apropiados para las mujeres en quienes esté indicada la inducción del parto.</p>	<p>A USPSTF ACOG, 2009</p>												
	<p>Cada hospital con su servicio de obstetricia y ginecología debe elaborar directrices para la preparación y administración de oxitocina.</p>	<p>Punto de buena práctica USPSTF ACOG, 2009</p>												




	<p>La oxitocina sintética generalmente se diluye: 10 unidades en 1 000 ml de una solución isotónica para una concentración de oxitocina de 10 mU/ml.</p>	<p>Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>La oxitocina debe ser administrada por infusión utilizando una bomba que permita un control preciso de la velocidad de flujo minuto a minuto.</p>	<p>Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>No se ha establecido un valor numérico de la dosis máxima de oxitocina. La frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas deben ser estrechamente monitorizadas. La oxitocina debe ser administrada por personal capacitado que esté familiarizado con sus efectos.</p>	<p>Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>La evidencia sugiere que, en mujeres con cérvix desfavorable y membranas intactas, la oxitocina intravenosa es menos efectiva que las prostaglandinas E2 vía vaginal en mejorar las condiciones cervicales y en reducir la tasa de nacimientos por cesárea.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>En mujeres con condiciones cervicales desfavorables y ruptura de membranas, la oxitocina fue menos efectiva que las prostaglandinas E2 en lograr el parto vaginal dentro de las siguientes 24 horas.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>En mujeres con cérvix favorable, la oxitocina intravenosa fue menos efectiva que las prostaglandinas E2 vaginales en lograr el trabajo de parto dentro de las siguientes 24 horas.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Un metaanálisis de cinco ensayos ha concluido que el uso de oxitocina no es efectivo para madurar el cérvix.</p>	<p>E Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>
	<p>Cuando se usa la oxitocina para inducir el trabajo de parto se debe usar la dosis mínima para desencadenar la fase activa del trabajo de parto, y aumentar en intervalos no mayores de cada 30 minutos.</p>	<p>B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>

	<p>Una vez que se alcanza la dosis de 20 mU/min de oxitocina se debe revalorar a la paciente.</p>	<p>C Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>
	<p>Si ocurre excesiva actividad uterina con frecuencia cardíaca fetal normal, se debe disminuir la infusión de oxitocina y después revalorar la actividad uterina para determinar si son necesarias otras intervenciones.</p>	<p>B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>
	<p>Si ocurre excesiva actividad uterina (>5 contracciones en 10 minutos o contracciones que duran más de 120 segundos) con frecuencia cardíaca fetal con patrones no tranquilizadores se debe quitar la infusión de oxitocina para corregir el patrón anormal. Otro paso que debe ser tomado incluye colocar a la paciente en posición de decúbito lateral, evaluar la tensión arterial e incrementar hidratación intravenosa, si no está contraindicada por alguna condición materna, y se debe valorar la dilatación, descartar el prolapso del cordón umbilical y colocar mascarilla de oxígeno a 10 litros por minuto.</p>	<p>B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>
	<p>Cada departamento de obstetricia debe establecer guías para la inducción de trabajo de parto con oxitocina. Se recomienda que antes de iniciar este medicamento, se debe valorar el bienestar fetal y el monitoreo cardiotocográfico. La oxitocina debe ser administrada con bomba de infusión para estar seguros de que la dosis es exacta. Para evitar bolos inadvertidos, la oxitocina debe ser conectada como vía secundaria para mantener la vía principal. La inducción del trabajo de parto requiere monitoreo cercano de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal. Se recomienda vigilancia una a una, es decir, un personal de salud por una mujer en inducción de trabajo de parto.</p>	<p>B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>
	<p>El estudio aleatorio más grande realizado hasta la fecha encontró que la inducción con oxitocina reduce el intervalo de tiempo entre la ruptura prematura de membranas y el parto, así como la frecuencia de corioamnionitis, la morbilidad febril posparto y los tratamientos antibióticos en</p>	<p>I USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>

	<p>neonatos, sin aumento de los partos por cesárea o de las infecciones neonatales. Estos datos sugieren que para las mujeres con rotura prematura de membranas a término, el trabajo de parto debe ser inducido en el momento de la presentación, en general, con la infusión de oxitocina, para reducir el riesgo de corioamnionitis.</p>	
--	---	--






4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO





4.3.3 MISOPROSTOL ORAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La evidencia sugiere que, independientemente de la situación del cérvix, el misoprostol vía oral es más efectivo que el placebo como agente para la inducción. No hay diferencias significativas en los resultados maternos y fetales entre el misoprostol (200 microgramos) y las prostaglandinas E2 intracervicales.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>El uso de misoprostol vía oral (100 microgramos) es más apropiado que la oxitocina ya que ésta se asocia a mayor incidencia de meconio en líquido amniótico. El misoprostol vía oral 50 microgramos o 100 microgramos logran similares resultados maternos y fetales. Con el misoprostol vía oral (50 a 100 microgramos) es menos probable que las pacientes terminen en cesárea, cuando se compara con las prostaglandinas E2 vía vaginal.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>En mujeres con cérvix desfavorable, el misoprostol vía oral con dosis de 50 microgramos es más efectivo que el misoprostol 25 microgramos vía vaginal para desencadenar el trabajo de parto en 24 horas. El misoprostol vía oral ha tenido eficacia similar que el gel de prostaglandinas E2 vaginal para obtener el parto en 24 horas.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>

4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO



4.3.4 MISOPROSTOL VÍA VAGINAL




	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La evidencia sugiere que, para mujeres con cérvix desfavorable, el misoprostol es más efectivo que el placebo como agente para la inducción del trabajo de parto. El misoprostol vía vaginal (50 a 100 microgramos) es más efectivo que las prostaglandinas E2 por vía vaginal para producir maduración cervical en 24 horas, y lograr el parto en ese tiempo, también es más frecuente que cause hiperestimulación uterina.	1++ <i>NICE, 2011</i>
	Como dosis inicial para la maduración cervical y la inducción del parto debe considerarse un cuarto de tableta (es decir, aproximadamente 25 mcg) de misoprostol. La frecuencia de administración no debe ser más que cada 3 a 6 horas. Además, la oxitocina no debe ser administrada menos de 4 horas después de la última dosis de misoprostol.	Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i>
	El misoprostol en dosis más altas (50 mcg cada 6 horas) puede ser apropiado en algunas situaciones, aunque las dosis más altas se asocian con un mayor riesgo de complicaciones, incluyendo taquisistolia con desaceleraciones de la FCF.	Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i>
	El misoprostol vía vaginal (50 a 100 microgramos) es más probable que cause hiperestimulación uterina sin cambios en la frecuencia cardíaca fetal que la oxitocina. El misoprostol vía vaginal en dosis baja (mínimo 25 microgramos) causó menos hiperestimulación uterina, con o sin cambios en la frecuencia cardíaca fetal, que en dosis altas (máximo 50 microgramos).	1++ <i>NICE, 2011</i>
	El misoprostol en gel vía vaginal (50 microgramos) tiene menor probabilidad de causar hiperestimulación uterina con cambios en la frecuencia cardíaca fetal que las tabletas vaginales de misoprostol, pero es más probable que necesite oxitocina y analgesia epidural.	1++ <i>NICE, 2011</i>

	<p>La PGE2 intravaginal para la inducción del trabajo de parto prematuro en mujeres con ruptura de membranas parece ser segura y efectiva.</p>	<p>I USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Antes de las 28 semanas de gestación, el misoprostol vaginal parece ser el método más eficiente para la inducción del parto, independientemente de la puntuación de Bishop; sin embargo, las dosis altas de infusión de oxitocina también son una opción aceptable.</p>	<p>A USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Como dosis inicial para la maduración cervical e inducción del parto, se deben considerar aproximadamente 25 mcg de misoprostol. La frecuencia de administración no debe ser mayor que cada 3 a 6 horas.</p>	<p>Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>El uso de misoprostol en mujeres con cesárea anterior o cirugía uterina importante ha sido asociado con un aumento de la ruptura del útero y, por tanto, debe evitarse en el 3^{er} trimestre.</p>	<p>A USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>

4.3 MÉTODOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO


4.3.5 MISOPROSTOL VÍA ORAL O SUBLINGUAL






	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Hay datos limitados sobre el uso de misoprostol oral o sublingual para la maduración cervical o la inducción del trabajo de parto, y estos métodos no son recomendables para su uso clínico hasta que nuevos estudios apoyen su seguridad.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Para las mujeres con cérvix desfavorable, la evidencia es insuficiente para determinar la efectividad del misoprostol vía bucal o sublingual, comparado con el uso del misoprostol vía oral y vaginal.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>

	<p>Comparado con las prostaglandinas E2, el misoprostol es más efectivo para desencadenar trabajo de parto en 24 horas y disminuye la necesidad de usar oxitocina, pero el misoprostol está asociado con alto riesgo de producir hiperestimulación y aumentar la tinción de meconio. Las tasas de cesárea fueron similares entre las dos intervenciones.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Dado que la mejor dosis y ruta del misoprostol para inducción de trabajo de parto con fetos vivos es desconocida y hay preocupación respecto a la hiperestimulación que produce; debe ser más estudiada en ensayos clínicos.</p>	<p>B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>
	<p>El misoprostol debe ser usado sólo como método de inducción del trabajo de parto en mujeres que tengan muerte fetal intrauterina.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>

4.4 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO



4.4.1 DESPEGAMIENTO DE LAS MEMBRANAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>En mujeres con cuello uterino desfavorable, la evidencia sugiere que el despegamiento de membranas y el no despegamiento de membranas logra resultados similares maternos y fetales, incluyendo el uso de analgesia; sin embargo, el despegamiento de las membranas se asocia con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción en la necesidad de inducir de manera formal el parto, especialmente en mujeres multíparas • Incremento en la tasa de parto espontáneo, si se realiza más de una vez desde las 38 semanas de gestación; la evidencia aún no es clara sobre el régimen más apropiado para realizarlo • Aumento de reportes de dolor, pero la 	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>

	<p>mayoría de las mujeres vuelven a escoger el método en futuros embarazos, y lo recomiendan</p> <p>La evidencia también sugiere los beneficios de repetir los intentos de despegamiento de las membranas. También hay evidencia de que un intento puede ser suficiente.</p> <p>Los datos fueron limitados respecto de proveer evidencia sobre los beneficios al comparar el despegamiento de membranas, administración de prostaglandinas E2 vía vaginal y oxitocina intravenosa.</p>	
	<p>Antes de iniciar la inducción formal del trabajo de parto, se debe ofrecer a las mujeres un examen vaginal para realizar despegamiento de las membranas.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE 2011</i></p>
	<p>A partir de las semanas 40 y 41 en la visita prenatal, a las nulíparas se les debe ofrecer examen vaginal para despegamiento de membranas.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>A las 41 semanas, en la visita prenatal de las mujeres que ya han tenido hijos, se les debe ofrecer un examen vaginal para despegamiento de membranas.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Cuando se realiza un examen vaginal para valorar el cérvix, se debe tomar como oportunidad para ofrecer a la mujer el despegamiento de las membranas.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Adicionalmente se debe ofrecer despegamiento de membranas en el caso de que el trabajo de parto no inicie espontáneamente.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>


4.4 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.4.2 RELACIONES SEXUALES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Un pequeño estudio con datos insuficientes no encontró diferencia significativa en resultados en cuanto a desencadenar trabajo de parto entre mujeres que tuvieron relaciones sexuales y las que no.	1++ <i>NICE, 2011</i>
	No se recomiendan las relaciones sexuales como método para inducir el trabajo de parto.	Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i>




4.4 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

4.4.3 ESTIMULACIÓN DEL PEZÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La evidencia sugiere que la estimulación del pecho parece ser beneficiosa en aumentar el número de mujeres que inicia el trabajo de parto en 72 horas y en reducir las tasas de hemorragia posparto, cuando se comparó con el control. Las tasas de los nacimientos por cesárea fueron similares entre las mujeres que tuvieron estimulación del pezón y las que utilizaron oxitocina intravenosa.	1++ <i>NICE, 2011</i>


4.5 MÉTODOS QUIRÚRGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO





4.5.1 AMNIOTOMÍA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Para mujeres con cérvix desfavorable, hay limitada evidencia para determinar el efecto de la amniotomía sola como método efectivo para la inducción.	1++ <i>NICE, 2011</i>
	Para mujeres con cérvix favorable, un ensayo encontró que la amniotomía fue significativamente más efectiva, pero se asoció con la necesidad de aumentar la oxitocina, cuando se comparó con prostaglandinas E2 vía vaginal.	1++ <i>NICE, 2011</i>
	La amniotomía no debe ser usada como método primario para inducir el trabajo de parto, a menos que existan razones clínicas específicas que contraindiquen el uso de prostaglandinas E2, en particular el riesgo de hiperestimulación uterina.	Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i>






4.5 MÉTODOS QUIRÚRGICOS UTILIZADOS PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO



4.5.2 MÉTODOS MECÁNICOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Para mujeres con cérvix desfavorable, hay evidencia limitada para valorar la efectividad del balón con catéter intracervical/extraamniótico o la laminaria, en términos de la posibilidad de llegar al parto dentro de 24 horas, o la reducción de nacimientos por cesárea, cuando se comparó con todas las vías de las prostaglandinas, incluyendo el misoprostol. La posibilidad de hiperestimulación uterina puede ser reducida.	1++ <i>NICE, 2011</i>





	<p>Comparando la inserción de catéter con balón con el misoprostol intravaginal 100 microgramos, este último resulta ser más eficaz como agente de maduración cervical. Esta dosis es más alta que la usada generalmente y esto puede explicar los dos casos de ruptura uterina que sucedieron en el ensayo.</p>	<p>1+ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>El uso del catéter Foley intracervical, el misoprostol y la combinación de sonda Foley-misoprostol tienen efectos similares para producir la maduración cervical.</p>	<p>1+ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Para mujeres con cérvix favorable, no existe evidencia para determinar los efectos de los métodos mecánicos como agentes para inducir el trabajo de parto.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Los procedimientos mecánicos de dilatación (catéter con balón y las laminarias) no deben ser usados de rutina para la inducción del trabajo de parto.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>



4.6 CUIDADOS QUE DEBEN CONSIDERARSE ANTES DE INICIAR LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las preparaciones de prostaglandina deben ser administradas cuando la actividad uterina y la FCF puedan ser monitoreadas continuamente por un período de observación inicial. El monitoreo posterior puede controlarse a través de las indicaciones individuales para la inducción y el estado del feto.	I USPSTF <i>ACOG, 2009</i>
	Después de la administración de gel de PGE2, la paciente debe permanecer recostada por lo menos 30 minutos. La FCF y la actividad uterina deben ser controladas de forma continua durante un período de 30 minutos a 2 horas.	I USPSTF <i>ACOG, 2009</i>
	Las contracciones uterinas, en general, son evidentes en la primera hora y presentan una actividad máxima en las primeras 4 horas.	I, II-1 USPSTF <i>ACOG, 2009</i>
	La monitorización de la FCF debe ser continuada si las contracciones uterinas regulares persisten; también deben registrarse los signos vitales maternos.	Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i>
	Siempre que la inducción del parto esté indicada, deben estar disponibles los recursos electrónicos para vigilar la frecuencia cardíaca fetal y el monitoreo de las contracciones uterinas.	Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i>
	Antes de que se lleve a cabo la inducción del trabajo de parto, se deben valorar las condiciones cervicales con la puntuación de Bishop y deben documentarse; el patrón de la frecuencia cardíaca fetal debe confirmarse utilizando un monitoreo fetal electrónico.	Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i>

	<p>Después de la administración de prostaglandinas vaginales E2, cuando las contracciones inicien, se debe valorar el bienestar fetal con monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal. Una vez que el cardiotocograma se confirma como normal, se debe hacer auscultación intermitente, a menos que haya una indicación clara para utilizar el monitoreo electrónico continuo.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>La calificación de Bishop debe revalorarse cada 6 horas después de la inserción de prostaglandinas E2 en tabletas o en gel, o en 24 horas después de la inserción de pesarios, para monitorear el progreso.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>






4.7 ANALGESIA EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO






	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>En las mujeres con trabajo de parto espontáneo es más probable que requieran una pequeña y efectiva dosis de analgesia epidural con sufentanil, comparado con las mujeres a quienes se les indujo el trabajo de parto.</p>	<p>2+ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>La analgesia epidural se asoció con baja puntuación de dolor y con una alta tasa de satisfacción materna, cuando se comparó con mujeres que no recibieron esa analgesia durante el período temprano de la inducción del trabajo de parto.</p>	<p>1+ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>La administración de analgesia epidural temprana en lugar de tardía no prolonga el trabajo de parto ni incrementa la incidencia de partos instrumentados o cesáreas.</p>	<p>1+ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>La inducción con oxitocina puede ser más dolorosa que la inducción con prostaglandinas E2 vía vaginal.</p>	<p>1++ <i>NICE, 2011</i></p>





	<p>A las mujeres que tienen indicación para inducción del trabajo de parto, se les debe informar que dicha inducción puede ser más dolorosa que el inicio de un parto espontáneo.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Las parteras y profesionales de la salud deben ofrecer apoyo a las mujeres para el control del dolor, como la analgesia, si es necesaria, o alentarlas para utilizar sus propias estrategias para afrontar el dolor.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>

4.8 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO


4.8.1 HIPERESTIMULACIÓN UTERINA


	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Los beneficios de la inducción del parto deben ser sopesados contra los posibles riesgos maternos y fetales asociados a este procedimiento.</p>	<p>Revisión sistemática USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>La evidencia sugiere que la hiperestimulación uterina después de la terapia con baja dosis de PGE2 es rara y, en general, rápidamente reversible con la terapia de β2-adrenérgicos, sin aparentes complicaciones maternas ni fetales.</p>	<p>3+ <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>Se debe considerar el uso de tocolíticos si ocurre hiperestimulación uterina durante la inducción del trabajo de parto.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
	<p>La taquisistolia con o sin cambios en la FCF es más frecuente con el uso de misoprostol vaginal, en comparación con la prostaglandina E2 vaginal, la prostaglandina E2 intracervical y la oxitocina.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>La taquisistolia, sola o con desaceleraciones de la FCF, se incrementa con dosis de misoprostol de 50 mcg o más.</p>	<p>I USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>

	<p>Parece haber una tendencia hacia menores tasas de taquisistolia uterina con cambios en la FCF al utilizar dosis más bajas de misoprostol (25 mcg cada 6 horas frente a cada 3 horas).</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Cuando se produce excesiva actividad uterina, especialmente si está asociada a un patrón alarmante en la FCF, se debe tratar de revertir la actividad uterina anormal: si se está administrando prostaglandinas intravaginales o intracervicales se deben retirar completamente, si una infusión de oxitocina, ésta debe suspenderse y utilizar medidas de soporte/resucitación, como poner a la mujer en posición de decúbito lateral izquierdo y oxígeno con máscara. Si hay actividad uterina excesiva con patrón no tranquilizador de la FCF y la actividad persiste, se debe administrar un tocolítico, como opción están la terbutalina 250 mg subcutánea, o nitroglicerina intravenosa a dosis de 50 a 200 mg, o se puede aplicar 1 o 2 dosis medidas de spray sublingual (400 a 800 mg).</p>	<p>B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam <i>SOGC, 2001</i></p>
	<p>La administración oral de misoprostol se asocia con menos patrones anormales, tanto de la FCF como de episodios de taquisistolia uterina con cambios en la FCF asociados, en comparación con la administración vaginal.</p>	<p>I, III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Si se presenta taquisistolia uterina y un trazado de la FCF categoría III con el uso del misoprostol y no hay respuesta a las medidas correctivas de rutina (administración de oxígeno y cambios en la posición materna), deberá considerarse la cesárea. La terbutalina subcutánea también se puede utilizar en un intento de corregir el trazo de categoría III de la FCF o la taquisistolia uterina.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>El gel de PGE2 intracervical (0.5 mg) tiene una tasa de 1% de taquisistolia uterina con cambios en la FCF asociados, mientras que el gel de PGE2 intravaginal (2 a 5 mg) o el inserto vaginal se asocian con una tasa de 5%.</p>	<p>I, III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>



	<p>La taquisistolia uterina, en general, comienza 1 hora después de haber colocado el gel o el inserto, pero puede ocurrir hasta 9 horas y media después de que la inserción vaginal se ha colocado.</p>	<p>I USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>La extracción del inserto vaginal de PGE2, en general, ayuda a revertir el efecto de taquisistolia uterina. La irrigación del cuello del útero y la vagina no es beneficiosa.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Los efectos secundarios del uso de oxitocina están principalmente relacionados con la dosis; los más comunes son taquisistolia uterina y FCF categoría II o III. La taquisistolia uterina puede dar lugar a desprendimiento prematuro de placenta o ruptura uterina.</p>	<p>II-3 USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Si se presenta taquisistolia uterina con trazos de FCF categoría III, se requiere de una pronta evaluación y la infusión intravenosa de oxitocina debe reducirse o interrumpirse para corregir el patrón. Las medidas adicionales pueden incluir posicionar a la paciente sobre un costado y la administración de oxígeno o más fluido intravenoso. Si la taquisistolia uterina persiste, el uso de terbutalina o de otros tocolíticos puede ser considerado.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>

4.8 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
4.8.2 INDUCCIÓN FALLIDA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Si la inducción del trabajo de parto falla, los profesionales de la salud deben discutir la situación con las pacientes. La condición materna y el embarazo deben de ser reevaluados, así como el bienestar fetal, mediante monitoreo electrónico fetal.</p>	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>

	<p>Si la inducción falla, las decisiones acerca del futuro manejo deben ser tomadas de acuerdo con los deseos de la mujer y circunstancias clínicas; las opciones de manejo subsecuente incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuevo intento de inducir trabajo de parto (el tiempo depende de la situación clínica y de los deseos de la mujer) • Operación cesárea 	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>
---	--	---


4.8 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
4.8.3 PROLAPSO DEL CORDÓN UMBILICAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Los riesgos potenciales asociados con la amniotomía incluyen el prolapso del cordón umbilical, corioamnionitis, compresión significativa del cordón umbilical y ruptura de vasa previa. El médico debe palpar el cordón umbilical y evitar que se prolapse la cabeza fetal.</p>	<p>Punto de buena práctica USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
	<p>Para reducir la posibilidad de prolapso del cordón, el cual puede ocurrir en el momento en el que se realiza la amniotomía, se deben tomar las siguientes precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de la inducción, se debe evaluar la altura de la presentación • En el tacto vaginal se debe buscar intencionadamente la presencia del cordón umbilical y evitar desalojar la cabeza del bebé • La amniotomía no se debe realizar si la presentación se encuentra muy alta • Los profesionales de la salud siempre deben revisar que no existan signos de inserción baja de placenta antes de despegar las membranas y de iniciar la inducción del trabajo de parto 	<p>Punto de buena práctica <i>NICE, 2011</i></p>






4.8 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO


4.8.4 RUPTURA UTERINA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La ruptura uterina secundaria al uso de oxitocina es poco frecuente, incluso en mujeres multíparas.	II-3 USPSTF ACOG, 2009
E	El uso de misoprostol en mujeres con cesárea anterior o cirugía uterina importante ha sido asociado con un aumento de la ruptura del útero y, por tanto, debe evitarse en el 3 ^{er} trimestre.	III USPSTF ACOG, 2009
R	La inducción médica del trabajo de parto con oxitocina puede estar asociada con riesgo incrementado de ruptura uterina, pero puede ser usada cuidadosamente después de un asesoramiento adecuado.	B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam SOGC, 2005
R	La inducción médica con prostaglandinas E2 está asociada con un incremento en el riesgo de ruptura uterina y sólo se debe utilizar en raras circunstancias, después de un asesoramiento adecuado.	B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam SOGC, 2005
R	La prostaglandina E1 (misoprostol) está asociada con riesgo alto de ruptura uterina y no se debe usar para inducir el trabajo de parto en mujeres con cesárea previa.	A Canadian Task Force on the Periodic Health Exam SOGC, 2005
R	Una sonda Foley se puede usar de forma segura para madurar el cérvix en mujeres en quienes se planea una inducción de trabajo de parto después de cesárea previa.	A Canadian Task Force on the Periodic Health Exam SOGC, 2005
R	Los datos disponibles sugieren que es muy probable que una prueba de trabajo de parto en las mujeres con más de una cesárea anterior tenga éxito, pero se asocia con mayor riesgo de ruptura uterina.	B Canadian Task Force on the Periodic Health Exam SOGC, 2005

	<p>La sospecha de ruptura uterina requiere atención urgente y realizar laparotomía, para disminuir la mortalidad y morbilidad materna y fetal.</p>	<p>A Canadian Task Force on the Periodic Health Exam SOGC, 2005</p>
---	--	---

4.8 COMPLICACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
4.8.5 OTRAS COMPLICACIONES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Los efectos maternos secundarios por el uso de dosis bajas de PGE2 (fiebre, vómito y diarrea) son muy poco frecuentes. En general, no es necesario utilizar antieméticos profilácticos, antipiréticos y agentes.</p>	<p>III USPSTF ACOG, 2009</p>
	<p>Los fabricantes recomiendan que se proceda con cautela al utilizar la PGE2 en pacientes con glaucoma, disfunción hepática o renal, asma. Sin embargo, la PGE2 es un broncodilatador, y no hay informes de broncoconstricción o cambios significativos en la presión arterial después de la administración del gel de dosis baja.</p>	<p>Punto de buena práctica USPSTF ACOG, 2009</p>
	<p>Se ha reportado aumento de meconio en el líquido amniótico con el uso de misoprostol.</p>	<p>I, III USPSTF ACOG, 2009</p>
	<p>Se ha reportado aumento de infecciones maternas y neonatales relacionado con el uso de <i>Laminaria japonicum</i> y dilatadores higroscópicos, cuando se compara con los análogos de PGE2.</p>	<p>I, II-2 USPSTF ACOG, 2009</p>
	<p>El catéter de Foley puede causar sangrado vaginal importante en mujeres con placenta de implantación baja.</p>	<p>III USPSTF ACOG, 2009</p>

	<p>Otras complicaciones reportadas de la sonda de Foley incluyen la rotura de las membranas, la morbilidad febril y el desplazamiento de la parte que se presenta.</p>	<p>III USPSTF <i>ACOG, 2009</i></p>
---	--	--

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA BÚSQUEDA SISTEMÁTICA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos sobre la temática de **inducción del trabajo de parto**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma **inglés o español**
- Publicados de **2003 a 2009**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al **español o inglés**

Estrategia de búsqueda

5.1.1 PRIMERA ETAPA

La primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de **inducción del trabajo de parto**, en la base de datos PubMed. Al buscar el término validado en inglés para el tema de la guía se ubicó el descriptor validado **trabajo de parto inducido / Labor, Induced**, con los criterios de inclusión y exclusión arriba mencionados. Se obtuvieron **4 resultados** de los que se recuperaron **2 documentos** de la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* de utilidad para la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
"2003"[Publication Date] : "2009"[Publication Date]) AND (labor, induced [MeSH]) Limits: Practice Guideline, Guideline, English, Spanish	4

Algoritmo de Búsqueda

1. - labor, induced [MeSH]
2. - "2003"[PDAT]: "2009"[PDAT]
3. - # 1 AND # 2
4. - Practice Guideline [ptyp]

5. - Guideline [ptyp]
6. - # 4 OR # 5
7. - # 3 AND # 6
8. - English [lang]
9. - Spanish [lang]
10. - # 8 OR # 9
11. - # 7 AND # 10
12. - # 1 AND # 2 AND (# 4 OR # 5) AND (# 8 OR # 9)

5.1.2 SEGUNDA ETAPA

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web, en cinco de estos sitios se recuperaron 6 documentos, todos se utilizaron para la elaboración de la guía.

Nombre:	No. de documentos utilizados
Alberta Medical Association	1
Hospital Ramón Sarda	1
NICE	1
Royal College of Obstetricians and Gynaecologist	1
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada	2
Total	6

5.1.3 TERCERA ETAPA

El grupo desarrollador tuvo acceso y pudo recuperar **1 documento** del *American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, de utilidad para la elaboración de la guía.

REVISIÓN 2012

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos sobre la temática **Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención**. La búsqueda se realizó en PUBMED y el listado de sitios web para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés o español
- Publicados durante los últimos 5 años
- Documentos enfocados a: diagnóstico y tratamiento

Criterios de exclusión:

- Documentos distintos al idioma español o inglés

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda consistió en 3 etapas:

5.1.4 PRIMERA ETAPA

Una vez identificado el término MeSH del tema correspondiente, para la primera etapa de este protocolo se realizó una búsqueda en PUBMED con el término **labor induced** con los siguientes calificadores o subtemas: **complications y contraindications** y se aplicaron los siguientes límites: Humans, Practice Guideline, English, Spanish, Publication Date from 2008 to 2012.

Con base en esto se generó el siguiente algoritmo de búsqueda, con el cual se obtuvieron **5 resultados**:

Algoritmo de búsqueda	Resultados
("Labor, Induced/adverse effects"[MeSH] OR "Labor, Induced/blood"[MeSH] OR "Labor, Induced/classification"[MeSH] OR "Labor, Induced/complications"[MeSH] OR "Labor, Induced/contraindications"[MeSH] OR "Labor, Induced/economics"[MeSH] OR "Labor, Induced/education"[MeSH] OR "Labor, Induced/ethics"[MeSH] OR "Labor, Induced/history"[MeSH] OR "Labor, Induced/instrumentation"[MeSH] OR "Labor, Induced/legislation and jurisprudence"[MeSH] OR "Labor, Induced/methods"[MeSH] OR "Labor, Induced/misadvice"[MeSH] OR "Labor, Induced/obstetrics"[MeSH] OR "Labor, Induced/physiology"[MeSH] OR "Labor, Induced/psychology"[MeSH] OR "Labor, Induced/quality of care"[MeSH] OR "Labor, Induced/research"[MeSH] OR "Labor, Induced/symptoms and signs"[MeSH] OR "Labor, Induced/treatment"[MeSH] OR "Labor, Induced/urinary system"[MeSH] OR "Labor, Induced/vaccines"[MeSH] OR "Labor, Induced/women's health"[MeSH] OR "Labor, Induced/young people's health"[MeSH])	5

Induced/mortality"[MeSH]	OR	"Labor,
Induced/nursing"[MeSH]	OR	"Labor,
Induced/physiology"[MeSH]	OR	"Labor,
Induced/psychology"[MeSH]	OR	"Labor,
Induced/standards"[MeSH] OR "Labor, Induced/statistics and numerical data"[MeSH] OR "Labor, Induced/trends"[MeSH]		
OR "Labor, Induced/utilization"[MeSH])	AND
(Humans[MeSH] AND Female[MeSH Terms] AND (Practice Guideline[ptyp] OR Clinical Conference[ptyp]))		AND
(English[lang] OR Spanish[lang] OR Danish[lang])		AND
("2009"[PDat] : "2012"[PDat]))		

De esta primera búsqueda, se localizaron 5 documentos, de los cuales ninguno se utilizó en la elaboración de la guía de práctica clínica.

Algoritmo

21. "labor induced"[MeSH]
22. "complications"[Subheading]
23. "contraindications"[Subheading]
24. "Rehabilitation"[Subheading]
25. "Therapy"[Subheading]
26. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
27. #1 and #6
28. "Humans"[MeSH]
29. #7 AND #8
30. "Practice Guideline"[ptyp]
31. #9 AND #10
32. English[lang]
33. Spanish[lang]
34. #12 OR # 13
35. #11 AND #14
36. "Adult"[MeSH]
37. #14 AND #15
38. "2008"[PDAT] : "2012"[PDAT]
39. #16 AND #17
40. #1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15) AND #16 AND #17 AND #18 AND #19

5.1.5 SEGUNDA ETAPA

Debido a que no se recuperó ningún documento, se decidió dar paso a la segunda etapa de búsqueda en la base de datos TripDatabase, como se describe a continuación:

Descriptor	Límites	Resultados
labor induced	practice guideline	76 (56)

En esta etapa, se obtuvieron **76 resultados**, de los cuales después de ser revisados, no fueron presentados como resultados finales.

5.1.6 TERCERA ETAPA

Se realizó una última búsqueda en los siguientes sitios Web, con el objetivo de localizar Guías de Práctica Clínica: Fisterra, CMA Infobase, AHRQ, NICE, GuiaSalud, Alberta Doctors, ACP, ICSI, SIGN, GAC Guidelines, Excelencia clínica, rcseng, AACE, SOGC y AAN. Entre paréntesis se señalan los que se recuperaron.

Base de Datos	Descriptor	Resultados
Fisterra	labor induction	0
CMA Infobase	labor induction	1
AHRQ	labor induction	11
NICE	labor induction	0
GuiaSalud	labor induction / trabajo de parto	0
Alberta Doctors	labor induction	0
ACP online	labor induction	0
ICSI	labor induction	1
NHRMC	labor induction	1
NZGG	labor induction	3
MOH	labor induction	0
RedSalud	labor induction	0
GAC Guidelines	labor induction	0
American Academy of Neurology	labor induction	0
SOGC	labor induction	14

De esta última etapa, se obtuvieron **31 resultados**, de los cuales, **ninguno** se presentó como resultado final para la elaboración de la guía de práctica clínica.

Después de valorar y evaluar los 75 documentos recuperados, se decidió que ninguno representaba evidencia suficiente como para ser utilizado en la actualización de la Guía de Práctica Clínica. Se diversificó la búsqueda documental a los sitios web con costo de Asociaciones.

El grupo desarrollador tuvo acceso y pudo recuperar **1** documento de la *American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* de utilidad para la actualización de la guía.

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

CRITERIOS PARA GRADAR LA EVIDENCIA

EL CONCEPTO DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA (MBE) FUE DESARROLLADO POR UN GRUPO DE INTERNISTAS Y EPIDEMIOLOGOS CLÍNICOS, LIDERADOS POR GORDON GUYATT, DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD McMASTER DE CANADÁ (JAMA, 1992). EN PALABRAS DE DAVID SACKETT, "LA MBE ES LA UTILIZACIÓN CONSCIENTE, EXPLÍCITA Y JUICIOSA DE LA MEJOR EVIDENCIA CLÍNICA DISPONIBLE PARA TOMAR DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE LOS PACIENTES INDIVIDUALES" (SACKETT DL, 1996). EN ESENCIA, LA MBE PRETENDE APORTAR MÁS CIENCIA AL ARTE DE LA MEDICINA, SIENDO SU OBJETIVO DISPONER DE LA MEJOR INFORMACIÓN CIENTÍFICA DISPONIBLE -LA EVIDENCIA- PARA APLICARLA A LA PRÁCTICA CLÍNICA (GUERRA L, 1996).

LA FASE DE PRESENTACIÓN DE LA EVIDENCIA CONSISTE EN LA ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE, SEGÚN CRITERIOS RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS CUALITATIVAS, DISEÑO Y TIPO DE RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS. LA CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA PERMITE EMITIR RECOMENDACIONES SOBRE LA INCLUSIÓN O NO DE UNA INTERVENCIÓN DENTRO DE LA GPC (JOVELL AJ, 1995).

HAY DIFERENTES FORMAS DE GRADAR LA EVIDENCIA (HARBOUR R, 2006): EN FUNCIÓN DEL RIGOR CIENTÍFICO DEL DISEÑO DE LOS ESTUDIOS PUEDEN CONSTRUIRSE ESCALAS DE CLASIFICACIÓN JERÁRQUICA DE LA EVIDENCIA, A PARTIR DE LAS CUALES PUEDEN ESTABLECERSE RECOMENDACIONES RESPECTO A LA ADOPCIÓN DE UN DETERMINADO PROCEDIMIENTO MÉDICO O INTERVENCIÓN SANITARIA (GUYATT GH, 1993). AUNQUE HAY DIFERENTES ESCALAS DE GRADACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, TODAS Ellas SON MUY SIMILARES ENTRE SÍ.

PARA PROPÓSITOS DE ESTA METODOLOGÍA DE ADOPCIÓN, SE EMPLEARÁ EL MODELO DE GRADE (MARZO-CASTILLEJO M, 2006), DEL *SCOTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN) GRADING SYSTEM* ([WWW.SIGN.AC.UK](http://www.sign.ac.uk)), EL MODELO DEL *CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE, OXFORD* ([WWW.CEBM.NET](http://www.cebm.net)), EL MODELO DEL *NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE)* ([WWW.NICE.ORG.UK](http://www.nice.org.uk)). EL MODELO DEBERÁ SELECCIONARSE DE ACUERDO A LA GUÍA ADOPTADA E INCLUIRSE EN ANEXO DE ESCALAS DE EVIDENCIA; A CONTINUACIÓN SE ENUNCIAN LOS USADOS EN LA GUÍA.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE SIGN, TRADUCIDA Y MODIFICADA PARA INCLUIR LOS ESTUDIOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

NIVELES DE EVIDENCIA

1++	METAANÁLISIS, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS O ENSAYOS CLÍNICOS DE ALTA CALIDAD CON MUY POCO RIESGO DE SESGO
1+	METAANÁLISIS, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS O ENSAYOS CLÍNICOS BIEN REALIZADOS CON POCO RIESGO DE SESGO
1-	METAANÁLISIS, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS O ENSAYOS CLÍNICOS CON UN ALTO RIESGO DE SESGO
2++	REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES O DE ESTUDIOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE ALTA CALIDAD, ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES O DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE ALTA CALIDAD CON RIESGO MUY BAJO DE SESGO, Y CON ALTA PROBABILIDAD DE ESTABLECER UNA RELACIÓN CAUSAL
2+	ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES O ESTUDIOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BIEN REALIZADOS CON BAJO RIESGO DE SESGO, Y CON UNA MODERADA PROBABILIDAD DE ESTABLECER UNA RELACIÓN CAUSAL
2 -	ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES O DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CON ALTO RIESGO DE SESGO
3	ESTUDIOS NO ANALÍTICOS, COMO INFORMES DE CASOS Y SERIES DE CASOS
4	OPINIÓN DE EXPERTOS

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	AL MENOS UN METAANÁLISIS, REVISIÓN SISTEMÁTICA O ENSAYO CLÍNICO CLASIFICADO COMO 1++ Y DIRECTAMENTE APLICABLE A LA POBLACIÓN DIANA DE LA GUÍA; O UN VOLUMEN DE EVIDENCIA COMPUESTA POR ESTUDIOS CLASIFICADOS COMO 1+ Y CON GRAN CONSISTENCIA ENTRE ELLOS
B	UN VOLUMEN DE EVIDENCIA COMPUESTA POR ESTUDIOS CLASIFICADOS COMO 2 ++, DIRECTAMENTE APLICABLE A LA POBLACIÓN DIANA DE LA GUÍA Y QUE DEMUESTRAN GRAN CONSISTENCIA ENTRE ELLOS; O EVIDENCIA EXTRAPOLADA DESDE ESTUDIOS CLASIFICADOS COMO 1 ++ o 1+
C	UN VOLUMEN DE EVIDENCIA COMPUESTA POR ESTUDIOS CLASIFICADOS COMO 2 + DIRECTAMENTE APLICABLES A LA POBLACIÓN DIANA DE LA GUÍA QUE DEMUESTRAN GRAN CONSISTENCIA ENTRE ELLOS; O EVIDENCIA EXTRAPOLADA DESDE ESTUDIOS CLASIFICADOS COMO 2 ++
D	EVIDENCIA DE NIVEL 3 o 4; O EVIDENCIA EXTRAPOLADA DESDE ESTUDIOS CLASIFICADOS COMO 2+
?	CONSENSO DEL EQUIPO REDACTOR

NIVELES DE EVIDENCIA DE ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN DEL NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE)

1++	METAANÁLISIS DE GRAN CALIDAD, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS O ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CON MUY BAJO RIESGO DE SESGOS
1+	METAANÁLISIS DE GRAN CALIDAD, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS O ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CON BAJO RIESGO DE SESGOS
1-	METAANÁLISIS DE GRAN CALIDAD, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS O ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CON ALTO RIESGO DE SESGOS ^A
2++	REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ALTA CALIDAD DE ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES, O ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES DE ALTA CALIDAD, CON MUY BAJO RIESGO DE CONFUSIÓN, SESGOS O AZAR Y UNA ALTA PROBABILIDAD DE QUE LA RELACIÓN SEA CAUSAL
2+	ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES BIEN REALIZADOS, CON BAJO RIESGO DE CONFUSIÓN, SESGOS O AZAR Y UNA MODERADA PROBABILIDAD DE QUE LA RELACIÓN SEA CAUSAL
2-	ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES CON ALTO RIESGO DE SESGOS ^A
3	ESTUDIOS NO ANALÍTICOS, COMO INFORME DE CASOS Y SERIES DE CASOS
4	OPINIÓN DE EXPERTOS
NOTA: ^A LOS ESTUDIOS CON UN NIVEL DE EVIDENCIA ‘-’ NO DEBERÍAN UTILIZARSE COMO BASE PARA ELABORAR UNA RECOMENDACIÓN	

ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN - CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

A	AL MENOS UN METAANÁLISIS, O UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO CATEGORIZADOS COMO 1++, QUE SEA DIRECTAMENTE APLICABLE A LA POBLACIÓN DIANA, O UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA O UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO O UN VOLUMEN DE EVIDENCIA CON ESTUDIOS CATEGORIZADOS COMO 1+, QUE SEA DIRECTAMENTE APLICABLE A LA POBLACIÓN DIANA Y DEMUESTRE CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS. EVIDENCIA A PARTIR DE LA APRECIACIÓN DEL NICE
B	UN VOLUMEN DE EVIDENCIA QUE INCLUYA ESTUDIOS CALIFICADOS DE 2++, QUE SEAN DIRECTAMENTE APLICABLES A LA POBLACIÓN OBJETO Y QUE DEMUESTREN GLOBALMENTE CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS, O EXTRAPOLACIÓN DE ESTUDIOS CALIFICADOS COMO 1++ O 1+
C	UN VOLUMEN DE EVIDENCIA QUE INCLUYA ESTUDIOS CALIFICADOS DE 2+, QUE SEAN DIRECTAMENTE APLICABLES A LA POBLACIÓN OBJETO Y QUE DEMUESTREN GLOBALMENTE CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS, O EXTRAPOLACIÓN DE ESTUDIOS CALIFICADOS COMO 2++
D (PBP)	EVIDENCIA NIVEL 3 O 4, O EXTRAPOLACIÓN DE ESTUDIOS CALIFICADOS COMO 2+ O CONSENSO FORMAL
	UN BUEN PUNTO DE PRÁCTICA (BPP) ES UNA RECOMENDACIÓN PARA LA MEJOR PRÁCTICA BASADO EN LA EXPERIENCIA DEL GRUPO QUE ELABORA LA GUÍA

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO - NIVELES DE EVIDENCIA

IA	REVISIÓN SISTEMÁTICA (CON HOMOGENEIDAD) ^A DE ESTUDIOS DE NIVEL 1 ^B
IB	ESTUDIOS DE NIVEL 1 ^B
II	ESTUDIOS DE NIVEL 2 ^C REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ESTUDIOS DE NIVEL 2
III	ESTUDIOS DE NIVEL 3 ^D REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ESTUDIOS DE NIVEL 3
IV	CONSENSO, INFORMES DE COMITÉS DE EXPERTOS U OPINIONES Y EXPERIENCIA CLÍNICA SIN VALORACIÓN CRÍTICA EXPLÍCITA; O CON BASE EN LA PSICOLOGÍA, DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN O 'PRINCIPIOS BÁSICOS'

NOTAS:

^A HOMOGENEIDAD SIGNIFICA QUE NO HAY VARIACIONES O ÉSTAS SON PEQUEÑAS EN LA DIRECCIÓN Y GRADO DE LOS RESULTADOS ENTRE LOS ESTUDIOS INDIVIDUALES QUE INCLUYE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

^B ESTUDIOS DE NIVEL 1:

1. AQUELLOS QUE UTILIZAN UNA COMPARACIÓN CIEGA DE LA PRUEBA CON UN ESTÁNDAR DE REFERENCIA VALIDADO (GOLD STANDARD)
2. EN UNA MUESTRA DE PACIENTES QUE REFLEJA A LA POBLACIÓN A LA QUE SE APLICARÍA LA PRUEBA

^C ESTUDIOS NIVEL 2 SON AQUELLOS QUE PRESENTAN UNA SOLA DE ESTAS CARACTERÍSTICAS:

1. POBLACIÓN REDUCIDA (LA MUESTRA NO REFLEJA LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A LA QUE SE VA A APLICAR LA PRUEBA)
2. UTILIZAN UN ESTÁNDAR DE REFERENCIA POBRE (DEFINIDO COMO AQUEL DONDE LA 'PRUEBA' ES INCLUIDA EN LA 'REFERENCIA', O AQUEL EN QUE LAS 'PRUEBAS' AFECTAN A LA 'REFERENCIA')
3. LA COMPARACIÓN ENTRE LA PRUEBA Y LA REFERENCIA NO ESTÁ CEGADA. ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

^D ESTUDIOS DE NIVEL 3 SON AQUELLOS QUE PRESENTAN AL MENOS 2 O 3 DE LAS CARACTERÍSTICAS SEÑALADAS ANTERIORMENTE

ADAPTADO DE: *THE OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE LEVELS OF EVIDENCE, 2001*; Y DEL *CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. REPORT NUMBER 4, 2001*

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO - CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

A (ED)	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA IA O IB
B (ED)	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA II
C (ED)	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA III
D (ED)	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA IV

ESCALA DE LA U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF)

EN SU TERCERA EDICIÓN, PUBLICADA RECIENTEMENTE Y QUE PUEDE CONSULTARSE EN LA WEB DE LA AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY ([WWW.AHRQ.GOV/CLINIC/USPSTFIX.HTM](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm)), SE EVALÚA LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA DE UNA FORMA MÁS ELABORADA QUE NO SÓLO TIENE EN CUENTA EL TIPO DE DISEÑO DE LOS ESTUDIOS (TABLA 1). LOS GRADOS DE RECOMENDACIÓN SE ESTABLECEN A PARTIR DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA Y DEL BENEFICIO NETO (BENEFICIOS MENOS PERJUICIOS) DE LA MEDIDA EVALUADA. LAS DEFINICIONES SIGUIENTES HAN SIDO APLICABLES PARA TODAS AQUELLAS RECOMENDACIONES VOTADAS POR LA USPSTF PREVIO A MAYO DEL 2007.

FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES

A	LA USPSTF <i>RECOMIENDA CLARAMENTE</i> QUE LOS CLÍNICOS PROPORCIONEN LA INTERVENCIÓN A LOS PACIENTES QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS. LA USPSTF HA ENCONTRADO <i>BUENA EVIDENCIA</i> DE QUE LA MEDIDA MEJORA DE MANERA IMPORTANTE LOS RESULTADOS EN SALUD Y CONCLUYE QUE LOS BENEFICIOS SUPERAN AMPLIAMENTE A LOS RIESGOS)
B	LA USPSTF <i>RECOMIENDA</i> QUE LOS CLÍNICOS PROPORCIONEN LA INTERVENCIÓN A LOS PACIENTES. LA USPSTF HA ENCONTRADO <i>EVIDENCIA MODERADA</i> DE QUE LA MEDIDA MEJORA DE MANERA IMPORTANTE LOS RESULTADOS EN SALUD Y CONCLUYE QUE LOS BENEFICIOS SUPERAN A LOS RIESGOS
C	LA USPSTF <i>NO RECOMIENDA A FAVOR O EN CONTRA</i> DE LA INTERVENCIÓN. LA USPSTF HA ENCONTRADO AL MENOS <i>EVIDENCIA MODERADA</i> DE QUE LA MEDIDA PUEDE MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD, PERO LOS <i>BENEFICIOS SON MUY SIMILARES A LOS RIESGOS</i> Y NO PUEDE JUSTIFICARSE UNA RECOMENDACIÓN GENERAL
D	LA USPSTF <i>RECOMIENDA EN CONTRA</i> QUE LOS CLÍNICOS PROPORCIONEN LA INTERVENCIÓN A LOS PACIENTES ASINTOMÁTICOS. LA USPSTF HA ENCONTRADO AL MENOS <i>EVIDENCIA MODERADA</i> DE QUE LA MEDIDA ES INEFICAZ O QUE <i>LOS RIESGOS SUPERAN A LOS BENEFICIOS</i>
I	LA USPSTF CONCLUYE QUE LA EVIDENCIA ES INSUFICIENTE PARA <i>RECOMENDAR A FAVOR O EN CONTRA</i> DE LA INTERVENCIÓN. NO EXISTE EVIDENCIA DE QUE LA INTERVENCIÓN ES INEFICAZ, O DE CALIDAD INSUFICIENTE, O CONFLICTIVA Y QUE EL BALANCE ENTRE LOS RIESGOS Y LOS BENEFICIOS NO SE PUEDE DETERMINAR

NIVELES DE EVIDENCIA - CALIDAD DE LA EVIDENCIA

BUENA	LA EVIDENCIA INCLUYE RESULTADOS CONSISTENTES A PARTIR DE ESTUDIOS BIEN DISEÑADOS Y REALIZADOS EN POBLACIONES REPRESENTATIVAS QUE DIRECTAMENTE EVALÚAN EFECTOS SOBRE RESULTADOS DE SALUD
MODERADA	LA EVIDENCIA ES SUFICIENTE PARA DETERMINAR EFECTOS SOBRE RESULTADOS DE SALUD, PERO LA FUERZA DE LA EVIDENCIA ES LIMITADA POR EL NÚMERO, LA CALIDAD, O LA CONSISTENCIA DE LOS ESTUDIOS INDIVIDUALES, LA GENERALIZACIÓN A LA PRÁCTICA RUTINARIA, O LA NATURALEZA INDIRECTA DE LA EVIDENCIA SOBRE LOS RESULTADOS DE SALUD
INSUFICIENTE	LA EVIDENCIA ES INSUFICIENTE PARA EVALUAR LOS EFECTOS SOBRE LOS RESULTADOS DE SALUD DEBIDO AL NÚMERO LIMITADO O AL PODER DE ESTUDIOS, DEFECTOS IMPORTANTES EN SU DISEÑO O REALIZACIÓN, INCONSISTENCIAS EN LA SECUENCIA DE LA EVIDENCIA, O FALTA DE INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS DE SALUD IMPORTANTES

ESCALA DEL AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG)^{XIII}

GRADOS DE EVIDENCIA

I	EVIDENCIA OBTENIDA DE AL MENOS UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO DISEÑADO APROPIADAMENTE
II-1	EVIDENCIA OBTENIDA DE ESTUDIOS CONTROLADOS BIEN DISEÑADOS SI ALEATORIZACIÓN
II-2	EVIDENCIA OBTENIDA DE ESTUDIOS BIEN DISEÑADOS DE COHORTE O ESTUDIOS ANALÍTICOS DE CASOS Y CONTROLES, PREFERENTEMENTE DE MÁS DE UN CENTRO O GRUPO INVESTIGADOR
II-3	EVIDENCIA OBTENIDA DE MÚLTIPLES SERIES DE TIEMPO, CON O SIN INTERVENCIÓN. RESULTADOS DRAMÁTICOS EN EXPERIMENTOS NO CONTROLADOS TAMBIÉN PODRÁN CONSIDERARSE EN ESTE TIPO DE EVIDENCIA

III	OPINIONES DE AUTORIDADES RESPETADAS, BASADAS EN EXPERIENCIA CLÍNICA, ESTUDIOS DESCRIPTIVOS O REPORTES DE COMITÉS DE EXPERTOS
------------	--

NIVEL DE LAS RECOMENDACIONES

A	RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA BUENA Y CONSISTENTE
B	RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA LIMITADA O INCONSISTENTE
C	RECOMENDACIONES BASADAS PRINCIPALMENTE EN CONSENSOS Y OPINIONES DE EXPERTOS

CLASIFICACIÓN DEL ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST^{XV}

CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIA		GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
Ia	EVIDENCIA OBTENIDA DE METAANÁLISIS DE ESTUDIOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS	A	REQUIERE AL MENOS UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO COMO PARTE DEL CUERPO DE LA LITERATURA DE BUENA CALIDAD Y CONSISTENCIA DIRIGIDO A LA RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA NIVEL DE EVIDENCIA Ia, Ib
Ib	EVIDENCIA OBTENIDA DE AL MENOS UN ESTUDIO CONTROLADO ALEATORIZADO		
IIa	EVIDENCIA OBTENIDA DE AL MENOS UN ESTUDIO CONTROLADO BIEN DISEÑADO ALEATORIZADO	B	REQUIERE DE LA DISPONIBILIDAD DE BUENOS ESTUDIOS CLÍNICOS BIEN CONTROLADOS, PERO NO ALEATORIZADOS, REFERENTES AL PUNTO DE LA RECOMENDACIÓN NIVEL DE EVIDENCIA IIa, IIb III
IIb	EVIDENCIA OBTENIDA DE AL MENOS UN ESTUDIO CONTROLADO BIEN DISEÑADO SIN ALEATORIZACIÓN		
III	EVIDENCIA OBTENIDA DE ESTUDIOS BIEN DISEÑADOS, DESCRIPTIVOS NO EXPERIMENTALES, COMO ESTUDIOS COMPARATIVOS, DE CORRELACIÓN Y DE CASOS	C	REQUIERE EVIDENCIA OBTENIDA DE REPORTES DE COMITÉS DE EXPERTOS, EXPERIENCIA CLÍNICA DE AUTORIDADES RESPETADAS, O AMBOS INDICA LA AUSENCIA DE ESTUDIOS CLÍNICOS DE BUENA CALIDAD DIRECTAMENTE APLICABLES AL TÓPICO DE LA RECOMENDACIÓN NIVEL DE EVIDENCIA IV
IV	EVIDENCIA OBTENIDA DE REPORTES DE COMITÉS DE EXPERTOS, OPINIONES O EXPERIENCIA CLÍNICA DE AUTORIDADES RESPETADAS	PBP	RECOMENDACIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA BASADA EN LA EXPERIENCIA CLÍNICA DEL GRUPO QUE DESARROLLÓ LA GUÍA

SISTEMA DE GRADACIÓN DE EVIDENCIA DEL ICSI (INSTITUTE CLINICAL SYSTEM IMPROVEMENT)

A. REPORTES PRIMARIOS DE DATOS NUEVOS	B. REPORTES QUE SINTETIZAN O REFLEJAN REPORTES PRIMARIOS
CLASE A: ESTUDIOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS	CLASE M: METAANÁLISIS, REVISIONES SISTEMÁTICAS, ANÁLISIS DE DECISIÓN, ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD
CLASE B: ESTUDIOS DE COHORTE	CLASE R: CONSENSO DE EXPERTOS, REVISIÓN

	NARRATIVA, REPORTE DE CONSENSO
CLASE C: ESTUDIOS NO ALEATORIZADOS CON CONTROLES CONCURRENTES O HISTÓRICOS, DE CASOS Y CONTROLES, DE SENSIBILIDAD O ESPECIFICIDAD DE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA, POBLACIONALES DESCRIPTIVOS	CLASE X: OPINIÓN MÉDICA
CLASE D: ESTUDIO TRANSVERSAL, SERIE DE CASOS, REPORTE DE CASOS	

<i>Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)</i>	
Tabla 1. Grados de recomendación para las intervenciones específicas de prevención	
A	Existe <i>buena</i> evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe <i>moderada</i> evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es <i>conflictiva</i> y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión
D	Existe <i>moderada</i> evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención
E	Existe <i>buena</i> evidencia para recomendar en contra la intervención clínica de prevención
I	Existe evidencia <i>insuficiente</i> (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión
Tabla 2. Niveles de evidencia - Gradación de los diseños de estudio	
I	Evidencia a partir de ensayos clínicos aleatorizados
II-1	Evidencia a partir de ensayos clínicos sin aleatorización
II-2	Evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles, preferiblemente realizados por más de un centro o grupo de investigación
II-3	Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios no aleatorizados
III	Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *BREAST CANCER SCREENING*. WASHINGTON, DC: AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG); 2003 Apr. (ACOG PRACTICE BULLETIN; No. 42).

CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE DE OXFORD. LEVELS OF EVIDENCE AND GRADES OF RECOMMENDATION [INTERNET]. OXFORD: CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE DE OXFORD [2007 SEPTIEMBRE 7]. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.CEBM.NET/LEVELS_OF_EVIDENCE.ASP](http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp)

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. EVIDENCE-BASED MEDICINE. *A NEW APPROACH TO TEACHING THE PRACTICE OF MEDICINE*. JAMA 1992;268:2420-5.

GUERRA-ROMERO L. *LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: UN INTENTO DE ACERCAR LA CIENCIA AL ARTE DE LA PRÁCTICA CLÍNICA*. MED CLIN (BARC) 1996;107:377-82.

GUYATT GH, SACKETT DL, SINCLAIR JC, HAYWARD R, COOK DJ, COOK RJ. *USERS' GUIDES TO THE MEDICAL LITERATURE. IX. A METHOD FOR GRADING HEALTH CARE RECOMMENDATIONS*. EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. JAMA 1995 Dec 13;274(22):1800-4.

HARBOUR R, MILLER J. *A NEW SYSTEM FOR GRADING RECOMMENDATIONS IN EVIDENCE BASED GUIDELINES*. BMJ 2001;323(7308):334-6. [2006 JUNIO 26]. DISPONIBLE EN: [HTTP://BMJ.COM/CGI/CONTENT/FULL/323/7308/334](http://BMJ.COM/CGI/CONTENT/FULL/323/7308/334)

HARRIS RP, HELFAND M, WOOLF SH, LOHR KN, MULROW CD, TEUTSCH SM, ATKINS D, FOR THE METHODS WORK GROUP, THIRD U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *CURRENT METHODS OF THE U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE: A REVIEW OF THE PROCESS*. AM J PREV MED 2001;20(3S):21-35.

JOVELL AJ, NAVARRO-RUBIO MD. *EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA*. MED CLIN (BARC) 1995;105:740-3.

MARZO-CASTILLEJO M, ALONSO-COELLO P. *CLASIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES. GRADING QUALITY OF EVIDENCE AND STRENGTH OR RECOMMENDATIONS (GRADE) WORKING GROUP*. ATEN PRIMARIA 2006;37(1):1-11. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.SIGN.AC.UK/GUIDELINES/FULLTEXT/50/SECTION6.HTML#4A](http://WWW.SIGN.AC.UK/GUIDELINES/FULLTEXT/50/SECTION6.HTML#4A)

MARZO-CASTILLEJO M, VIANA-ZULAICA C. *CALIDAD DE LA EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN*. GUÍAS CLÍNICAS 2007;5 SUPPL 1:6. [2007 SEPTIEMBRE 7]. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.FISTERRA.COM/GUIAS2/FMC/SINTESIS.ASP](http://WWW.FISTERRA.COM/GUIAS2/FMC/SINTESIS.ASP)

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *GUIDELINES DEVELOPMENT METHODS. GUIDELINE DEVELOPMENT METHODS- CHAPTER 7: REVIEWING AND GRADING THE EVIDENCE* [INTERNET]. LONDON: NICE; FEBRUARY 2004 (UPDATED MARCH 2005) [2007 SEPTIEMBRE 7]. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.NICE.ORG.UK/PDF/GDM_CHAPTER7_0305.PDF](http://WWW.NICE.ORG.UK/PDF/GDM_CHAPTER7_0305.PDF)

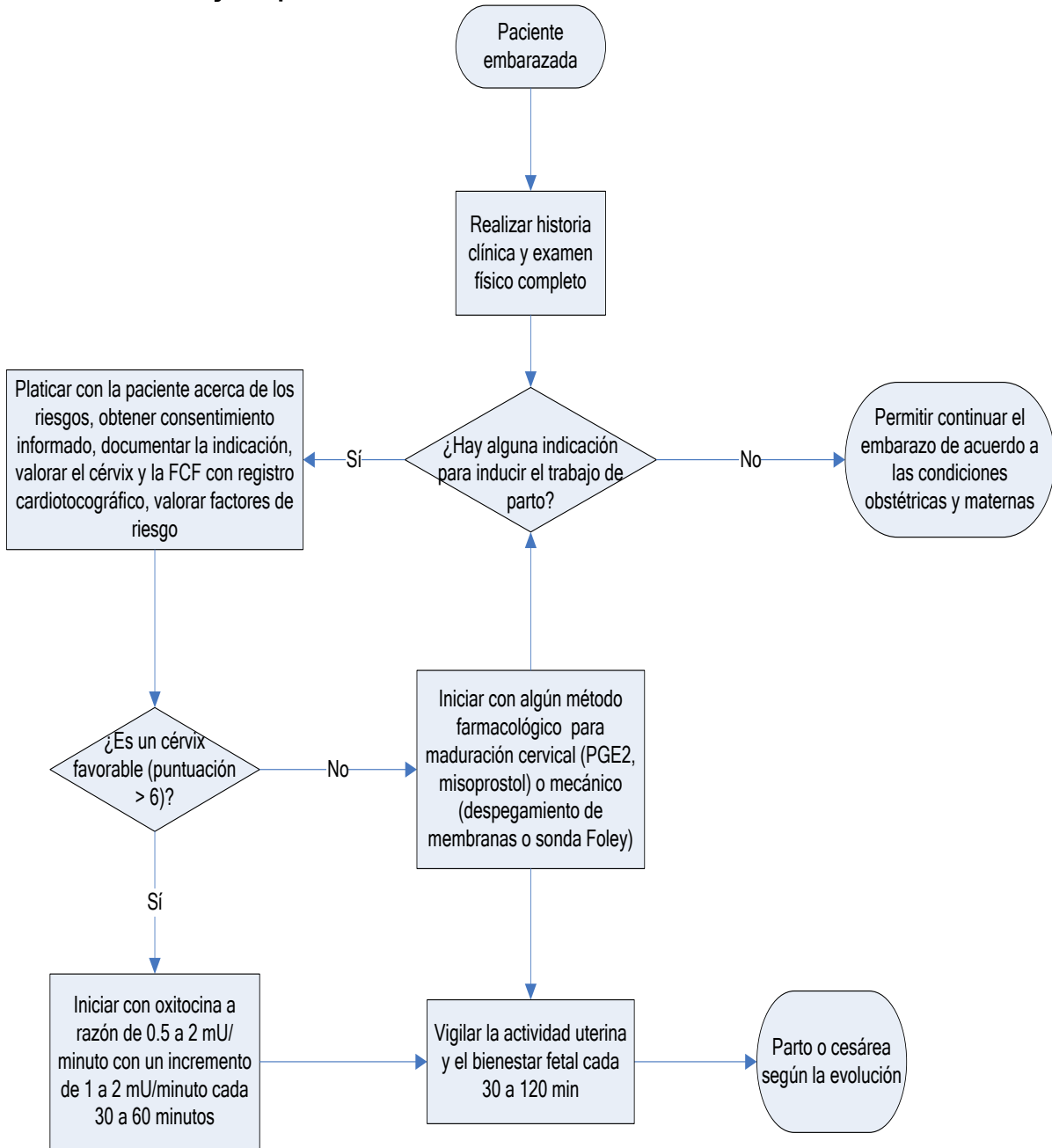
ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). *PREGNANCY AND BREAST CANCER*. LONDON (UK): ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG); 2004 JAN. (GUIDELINE; No. 12).

UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM. *ADULT PREVENTIVE HEALTH CARE: CANCER SCREENING*. ANN ARBOR (MI): UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM; 2004 MAY.

SACKETT DL, ROSENBERG WMC, GARY JAM, HAYNES RB, RICHARDSON WS. *EVIDENCE BASED MEDICINE: WHAT IS IT AND WHAT IT ISN'T*. BMJ 1996;312:71-2.

5.3 DIAGRAMAS DE FLUJO

Inducción del trabajo de parto



5.4 LISTADO DE RECURSOS

Etapa de intervención: acciones de intervención en el segundo nivel de atención.

Tratamientos/intervenciones: inducción del trabajo de parto.

Recursos humanos

- Enfermeras generales
- Estudiantes (médicos en formación)
- Personal de hospitales
- Médicos especialistas, médico especialista en gineco-obstetricia

Insumos para el Segundo Nivel de Atención

Equipo médico

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
513.130.0054	Báscula con pedestal y estadímetro ajustable
531.116.0302	Esfigmomanómetro de pared
531.375.0217	Estetoscopio biauricular cápsula doble
535.618.0710	Martillo para reflejos
531.621.1306	Mesa de exploración universal
531.704.0588	Porta-termómetro de acero inoxidable
531.295.0040	Estuche de diagnóstico segundo nivel
531.116.0328	Esfigmomanómetro mercurial portátil
531.562.0707	Lámpara obstétrica
531.562.1010	Lámpara quirúrgica doble
531.562.0905	Lámpara quirúrgica portátil para emergencia
531.562.1465	Lámpara quirúrgica sencilla de operación manual
531.616.0158	Mesa quirúrgica para obstetricia
513.621.1868	Mesa semicircular
531.247.0015	Unidad de criocirugía ginecológica

Mobiliario y equipo administrativo

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Escritorio médico	1
Sillón individual	1
Silla individual	2
Archivero	1
Bote de basura	1
PC	1
Impresora	1
Mesa de exploración	1

Material de curación

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
060.621.0524	Cubrebocas
060.436.0057 060.436.0107	Gasas
060.456.0383 060.456.0391 060.456.0409	Guantes
060.537.0048	Jabones
060.550.0016 060.550.0354 060.550.0677 060.550.0024 060.550.0370 060.550.0735	Jeringas
060.879.0150	Termómetros
060.040.3711 060.040.3729 060.040.3745 060.040.3786 060.040.3760	Agujas hipodérmicas

Instrumental

513.227.0041	Charola con tapa, de acero inoxidable. Dimensiones: 71 x 12 x 5 cm
513.227.0074	Charola Mayo, de acero inoxidable. Dimensiones: 49 x 32 cm
537.375.0321	Espejo vaginal Graves o Pederson, tamaño mediano
537.375.0305	Espejo vaginal Graves o Pederson, tamaño chico
537.375.0313	Espejo vaginal Graves o Pederson, tamaño grande
535.701.1294	Pinza Backhaus, longitud de 80 a 90 mm
535.701.0098	Pinza Backhaus, longitud de 130 a 140 mm
537.703.8483	Pinza Bozemann, curva en forma de "S", con estrías transversales, longitud de 240 a 260 mm
535.701.0379	Pinza Adson, con 1 x 2 dientes, longitud de 110 a 125 mm
535.701.9743	Pinza Adson, sin dientes, longitud de 150 a 155 mm
537.703.9655	Pinza Adson, con 1 x 2 dientes, longitud de 150 a 155 mm
535.701.0510	Pinza Adson, sin dientes 20 cm de longitud
535.701.0924	Pinza Halsted Mosquito o Micro-Mosquito o Hartman, recta, longitud de 90 a 100 mm
535.701.1831	Pinza Foerster o Foerster-Ballenger, recta, estriada, longitud de 180 a 200 mm
535.701.2037	Pinza Allis, con 4 x 5 dientes, longitud de 150 a 155 mm
537.702.0952	Pinza Pozzi, longitud 24 cm
535.701.1369	Pinza Allis, recta, con retén y dientes 6 x 7, longitud 20 cm
535.701.1203	Pinza para traslado de instrumental o material estéril, longitud de 240 a 260 mm

535.716.2006	Porta agujas Mayo Hegar, recto, con ranura central y estrías cruzadas, longitud 30 cm
535.716.1206	Porta agujas Metzembbaum, recto, fenestrado, estrías cruzadas, longitud 15.2 cm
537.814.2763	Separador Balfour-Baby, con valva central de 20 a 24 mm x 22 a 24 mm, apertura máxima de 90 mm
537.814.2755	Separador Balfour, valva central de 65 a 80 mm x 80 a 85 mm, valvas laterales fenestradas, apertura máxima de 250 a 255 mm
535.814.0266	Separador Volkman, con 2 garfios romos, longitud de 110 a 120 mm
535.814.0480	Separador Farabeuf, juego de 2, longitud de 120 a 125 mm
535.859.0288	Tijera Metzenbaum, recta, longitud de 140 a 145 mm
535.859.1070	Tijera Metzenbaum, curva, longitud de 140 a 145 mm
535.859.1286	Tijera Iris, curva, longitud 12 cm
535.859.1328	Tijera Iris, recta, longitud 12 cm
535.859.1179	Tijera para sutura, angulada, de botón, longitud 11.8 cm
535.859.1187	Tijera para sutura, recta, de botón, longitud 10 cm
537.041.0051	Amniotomo Beachman, 26 cm de longitud
535.137.0464	Bisturí quirúrgico. Mango N° 4: largo
537.105.0070	Bisturí Cottle, recto, corte hacia adelante y borde curvo
537.173.2297	Cánula Poole, longitud. 220 mm cal. 30 Fr
535.157.0014	Cánula Ferguson, cal. 8 Fr angulada
535.157.0030	Cánula Ferguson cal. 12 Fr angulada
535.157.0022	Cánula Ferguson, cal. 10 Fr angulada
537.173.0432	Cánula Frazier, angulada. 11 Fr de calibre (3.7 mm)
537.173.1216	Cánula Frazier, angulada. 9 Fr de calibre (3.0 mm)
537.173.1232	Cánula Frazier, angulada 1.5 mm de calibre
535.156.0015	Cánula Poole, 23 Fr de calibre de la punta, 22.2 cm de longitud
537.173.1307	Cánula Frazier, recta, 11 Fr de calibre (3.7 mm)
537.173.0317	Cánula Frazier, angulada. 7 Fr de calibre (2.3 mm)
537.173.1299	Cánula Frazier, recta, 9 Fr de calibre (3 mm)
537.173.1349	Cánula Frazier, recta, 7 Fr de calibre (2.3 mm)

5.4.1 TABLA DE MEDICAMENTOS

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en para la Inducción del Trabajo de Parto del Cuadro Básico Sectorial

Cuadro Básico de Medicamentos							
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4203.00	Dinoprostona	A juicio del especialista	GEL Cada jeringa contiene: Dinoprostona 0.5 mg Envase con jeringa y cánula	A juicio del especialista	Mujer: náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal; hipotensión, bradicardia, rubefacción; mareo, síncope, cefalea; tos, disnea, broncoespasmo, sensación de opresión; sensación de calor en la vagina; hipertermia transitoria, escalofríos; dolor de espalda; PIO; hipersensibilidad; contractilidad uterina anormal, ruptura uterina, ruptura prematura de membranas, amnionitis Feto: alteración del ritmo cardíaco, sufrimiento fetal, acidosis fetal, sepsis fetal intrauterina, sufrimiento neonatal	Potencia efecto uterotónico de oxitocina	Hipersensibilidad; historial de cesárea o cirugía mayor uterina; desproporción cefalopélvica; sospecha o evidencia clínica de sufrimiento fetal preexistente; historial de parto difícil o traumático; multiparas con seis o más embarazos anteriores a término; presentación de parte del feto por encima del estrecho superior de la pelvis; útero hiperactivo o hipertónico; en emergencias obstétricas, tanto para el feto como para la madre, aconseje una intervención quirúrgica; embarazo múltiple; riesgo cardíaco del feto indica un riesgo incipiente para el mismo; presentación no cefálica; secreción vaginal inexplicable o hemorragia uterina irregular; placenta previa o herpes genital activo; enf. cardíaca o pulmonar activa; enf. inflamatoria pélvica. Pacientes con factores de riesgo de presentar coagulación intravascular o fibrinólisis (shock hipovolémico, shock séptico, hemólisis intravascular, <i>abruptio placentae</i> , embolismo de líquido amniótico, preeclampsia grave o eclampsia) Administración simultánea de oxitocina u otros estimulantes de las contracciones uterinas
010.000.4208.00	Dinoprostona	A juicio del especialista	ÓVULO Cada óvulo contiene: Dinoprostona 10 mg Envase con 1 óvulo	A juicio del especialista			
010.000.4208.01	Dinoprostona	A juicio del especialista	ÓVULO Cada óvulo contiene: Dinoprostona 10 mg Envase con 5 óvulos	A juicio del especialista			
No se encuentra en el Cuadro Básico	Mifepristona		Comprimidos 200 mg	Oral. Ads.: - Interrupción médica del embarazo intrauterino en curso, en uso secuencial con un análogo de prostaglandina, hasta 63 días de amenorrea: 1. Hasta 49 días de amenorrea: 600 mg en dosis única, seguido de un análogo de prostaglandina 36 a 48 h más tarde; misoprostol 400 mcg (oral), o gemeprost 1 mg (vaginal) 2. Entre 50 a 63 días de amenorrea: 600 mg en dosis única, seguido de un análogo de prostaglandina o gemeprost 1 mg (vaginal), 36 a 48 h más tarde	Sangrado, contracciones o espasmos uterinos, molestias uterinas, leves o moderadas, náusea, vómito, diarrea	Evitar AINE por una disminución de eficacia del método Puede disminuir eficacia de corticoides durante los 3 a 4 días posteriores a la toma de mifepristona	Hipersensibilidad, insuf. suprarrenal crónica, asma grave no controlado, porfiria hereditaria. Relacionados con: embarazo no confirmado, sospecha de embarazo extrauterino

INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

				<p>Alternativamente, 200 mg en dosis única, seguida, 36 a 48 h más tarde, de la administración del análogo de prostaglandina gemeprost 1 mg (vaginal)</p> <p>- Ablandamiento y dilatación del cuello uterino antes de la interrupción quirúrgica del embarazo durante el 1^{er} trimestre: 200 mg, seguido de interrupción quirúrgica, 36 a 48 h más tarde</p> <p>- Preparación para la acción de análogos de prostaglandinas en la interrupción del embarazo (después del 1^{er} trimestre): 600 mg en dosis única, 36 a 48 h antes de la administración programada de prostaglandina, repetir pauta con la frecuencia necesaria</p> <p>- Inducción del parto en la muerte fetal intrauterina: 600 mg en dosis única, 2 días consecutivos. Inducir el parto por métodos habituales si no se ha iniciado en las 72 h siguientes a la toma de mifepristona</p>			
No se encuentra en el Cuadro Básico	Misoprostol	Tópico vaginal Comp. vaginal: 25 mcg a intervalos no < de 4 a 6 h; o 400 mcg de 2 a 8 h antes, en úteros sin historial de cesárea previa o cicatrices uterinas y de 2 a 4 h antes, en úteros con historial de cesárea previa o cicatrices uterinas	TABLETAS 200 mcg		Náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal	<p>Potencia efecto de oxitocina</p> <p>Inhibición del efecto anticoagulante de acenocumarol</p> <p>Potenciación de la toxicidad a nivel neurológico con fenilbutazona, naproxeno y dolor abdominal o diarrea (diclofenaco, indometacina)</p> <p>Aumenta frecuencia e intensidad de diarreas con antiácidos</p> <p>Administración de laxantes: intensa diarrea</p>	<p>Hipersensibilidad; fármacos oxitócicos contraindicados o contracciones prolongadas del útero se consideren inapropiadas Además, en comp. 25 mcg: historial de cesárea o cirugía mayor uterina; desproporción cefalopélvica; sospecha o evidencia clínica de sufrimiento fetal preexistente; historial de parto difícil o parto traumático; múltiparas con seis o más embarazos anteriores a término; situaciones del feto transversas; emergencias obstétricas (intervención quirúrgica); embarazo múltiple; secreción vaginal inexplicable o hemorragia uterina irregular; placenta previa o herpes genital activo; concomitancia de oxitocina y otros estimulantes de las contracciones uterinas; factores de riesgo de embolismo de líquido amniótico, preeclampsia grave o eclampsia</p>
010.000.1542.00	Oxitocina	Dosis de acuerdo a la respuesta	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Oxitocina: 5 UI Envase con 50 ampolletas con 1 ml	De acuerdo a la respuesta			

5.5 ESCALA DE BISHOP

Sistema de puntuación de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Borramiento (%)	0-30	40-60	60-70	80+
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Blanda	
Altura de la cabeza	-3	-2	-1/0	+1/+2

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/inductionoflabourrcogrep.pdf>

- Dilatación cervical: apertura del cuello del útero, medida de 0 a 10 centímetros
- Borramiento: adelgazamiento del cérvix o cuello uterino (que suele medir alrededor de 3 centímetros), medido de 0% a 100% (2 cm: parcialmente borrado, 1 cm: considerablemente borrado, 0 cm: completamente borrado)
- Consistencia: rígido (firme), medianamente blando (intermedia), blando
- Posición: durante el embarazo, la posición del cuello del útero es bastante posterior al punto medio de la vagina. A medida que avanza el trabajo del parto, esta posición cambia a media (hacia central) y anterior (central)
- Altura de la cabeza: altura de la presentación de la cabeza del feto en el conducto del parto respecto de las espinas ciáticas de la madre

6. GLOSARIO

Amniotomía: rotura artificial de las membranas fetales (RAM). Se suele llevar a cabo para estimular el comienzo del parto.

Analgesia epidural: la analgesia (ausencia de dolor) epidural es un procedimiento para el cual es preciso colocar un catéter en el espacio epidural de la columna vertebral, a través del cual se administran fármacos: analgésicos y anestésicos locales. Este tratamiento se hace por médicos especialistas llamados anestesiólogos. La analgesia epidural anula o hace muy soportable el dolor producido por las contracciones uterinas sin efectos perjudiciales para el recién nacido. La madre está totalmente despierta, y puede empujar cuando ha de hacerlo para facilitar el nacimiento de su hijo. La analgesia conseguida con esta técnica es segura, salvo complicaciones, tanto para la madre como para el niño. Puede, además, disminuir la duración del parto.

Borramiento: adelgazamiento y acortamiento del cuello del útero. Viene acompañado de contracciones y presión del bebé sobre el cuello.

Cardiotocograma o Cardiotocografía: es un método de monitorización cardiotocográfica durante los embarazos. En relación con esto, el ritmo del corazón de un niño aún no nacido es medido en el útero mediante el ultrasonido Doppler de onda pulsátil en concordancia con las contracciones uterinas medidas simultáneamente. El curso de la curva de sonido del corazón es interpretado. Aquí puede haber una disminución de sonidos cardíacos debido a la deficiencia de oxígeno. Aparte, desde el latido cardíaco fetal y las contracciones uterinas de la madre, la cinetocardiografía (CTG) puede registrar los movimientos del niño.

Cesárea: es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas. No se debe confundir con la episiotomía, que es una incisión en el periné para facilitar el parto. La cesárea se hace por encima de la pelvis.

Cérvix: el cérvix es la parte más baja y estrecha del útero que sirve como el canal del nacimiento.

Conducción del trabajo de parto (TDP): intervención designada para acelerar el TDP.

Consejería: en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial o activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, que les permita tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar en resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

Consentimiento informado: decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones.

Contracciones uterinas: el músculo del útero tiene, como todos los tejidos formados por fibras musculares, una fase de contracción y otra de relajación. Cuando el músculo uterino se contrae decimos que la embarazada tiene una contracción, y se percibe por el endurecimiento de su abdomen. Las contracciones son el verdadero motor del parto. Lo que ocurre es que se contrae el cuerpo uterino tironeando sobre el cuello (el esfínter) para abrirlo y empujando al bebé hacia la vagina.

Corioamnionitis: presencia de gérmenes en el líquido amniótico (estéril en condiciones normales), que comportará manifestaciones clinicoanalíticas para la madre, para el feto, o para ambos.

Cuello favorable: depende de la escala usada. Para la escala de Bishop (Tabla 1), cuello favorable es un puntaje >8.

Desproporción cefalopélvica: incapacidad del feto para pasar a través de la pelvis materna, por una relación desproporcionada entre la cabeza fetal, ya sea por tamaño o posición, y el espacio pélvico.

Dilatación: la dilatación cervical es el agrandamiento de abertura del cuello uterino, va de 0 a 10 cm. Tanto el borramiento como la dilatación cervical se miden de manera subjetiva por exploración vaginal. Si el cuello se dilata o se adelgaza, el parto es inminente. La dilatación de 4 cm es importante porque comienza el trabajo activo de parto.

Edad gestacional: se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última menstruación. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente 2 semanas antes de la fertilización. De por sí, no constituye el comienzo del embarazo, un punto que se mantiene controversial, por lo que se han diseñado sistemas alternos de conteos para dar con el comienzo del embarazo.

Efecto placebo: es el fenómeno por el cual los síntomas de un paciente pueden mejorar mediante un tratamiento con una sustancia placebo, es decir, una sustancia inerte a los fines de lo que estaría causando (etiología, conocida o no) los síntomas del paciente en un primer lugar. La explicación fisiológica postulada para este fenómeno sería la estimulación (no por parte de la sustancia placebo, de lo contrario no entraría en la definición) del núcleo *accumbens*, situado en el cerebro, que daría como resultado la mejoría del cuadro sintomático del paciente que afirma estar aquejado por un mal a su salud. Hay gran variabilidad en la presentación de este efecto y su aparición está determinada por factores del individuo, de la sustancia (incluida su forma de administración) y del medio en el que se realiza el tratamiento; sin embargo, la cuantificación de este fenómeno es muy útil para determinar la utilidad y seguridad de fármacos y otras sustancias en la terapéutica.

Embarazo: se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período que transcurre entre la implantación del óvulo fecundado en el útero y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El embarazo humano dura alrededor de 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente 9 meses). El 1^{er} trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del 3^{er} trimestre se considera el punto de viabilidad del feto.

Embarazo cronológicamente prolongado (ECP): los embarazos que continúan luego de 287 días (41 semanas) de la fecha de última menstruación.

Escala de Bishop: hay, en general, una buena correlación entre el resultado de una inducción y las condiciones obstétricas en que ésta se lleva a cabo. La utilización de un índice como el propuesto por Bishop permite establecer, sobre todo en multíparas, un pronóstico bastante aproximado. Así, cuando el índice de Bishop es >7, la cifra de éxitos se sitúa entre 95% a 99%, con un índice de 4 a 6, en 80% a 85%.

Guía de práctica clínica: las guías de práctica clínica (GPC) son un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica".

Hipercontractilidad uterina: cambios que provocan taquisistolia (más de cinco contracciones en 10 minutos por 20 minutos) o hipersistolia (intensidad aumentada) o hipertonia (contracción que dura más de 2 minutos) sin modificaciones de la FCF. Cuando la hiperestimulación uterina provoca cambios en la FCF se denomina síndrome de hiperestimulación (taquisistolia o hipersistolia con alteraciones de la FCF, como desaceleraciones, taquicardia o disminución de la variabilidad).

Hiperestimulación uterina: la terminología de la hiperestimulación uterina es problemática (Curtis, 1987). En las revisiones Cochrane utilizan el término "hiperestimulación uterina sin cambios en la FCF" para incluir la taquisístole uterina (>5 contracciones por cada 10 minutos, por lo menos durante 20 minutos) y la hipersístole uterina/hipertonía (una contracción que dura por lo menos 2 minutos). Emplearemos el término 'hiperestimulación uterina con cambios en la FCF' para denotar el síndrome de hiperestimulación uterina (taquisístole o hipersístole con cambios en la frecuencia cardíaca, fetal tales como desaceleraciones persistentes, taquicardia o reducción en la variabilidad a corto plazo).

Inducción: consiste en estimular las contracciones uterinas antes de que se inicie un trabajo de parto espontáneo con el propósito de provocar el nacimiento del feto, cuando los beneficios del nacimiento son mayores que permitir que el embarazo continúe; y esto es independiente de la integridad de las membranas ovulares.

Inducción al parto (IP): intervención para iniciar artificialmente las contracciones uterinas que conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino y al nacimiento. Se aplica a mujeres con bolsa íntegra y con bolsa rota, pero sin TDP. El término también se usa para gestaciones de fetos viables (24 semanas).

Madurador cervical: componente de la inducción empleado cuando el cuello es desfavorable para facilitar el borramiento y la dilatación cuando se haya instalado el TDP.

Maduración cervical: la maduración cervical implica cambios en la estructura y bioquímica del tejido conectivo, denominado disolución de las fibras colágenas, disminución del sulfato-dermatán e incremento en el ácido hialurónico y contenido de agua. El cérvix está constituido por colágeno tipo I (85%), músculo liso (25% a 6%) y por la sustancia fundamental (glucosaminoglicanos).

La maduración cervical está dada por una disminución en la cantidad de colágeno y por cambios en la sustancia fundamental. Se habla de la maduración cervical para referirse a la fase previa del trabajo del parto, en la que cambian las características del cuello uterino (consistencia, posición, borramiento, longitud y permeabilidad).

Meconio: es una sustancia espesa, pegajosa y de color negro verdoso. Es el término médico para referirse a las primeras heces del recién nacido. El meconio se compone de líquido amniótico, moco, lanugo (vello fino que cubre el cuerpo del bebé), bilis y células que se han desprendido de la piel y del tubo digestivo.

Metaanálisis: se conjuntan los resultados de la colección de estudios independientes (que investigan el mismo tratamiento) utilizando técnicas estadísticas para sintetizar sus hallazgos en estimados simples del efecto de un tratamiento. Donde los estudios no son compatibles, por ejemplo, a causa de diferencias en las poblaciones de estudio o en las mediciones de los resultados, sería inapropiado o incluso engañoso conjuntar los resultados de esta forma.

Misoprostol: es un análogo semisintético de la prostaglandina E₁ (PGE₁) utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, en particular las secundarias al empleo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el ibuprofeno, el naproxeno o el aceclofenaco. También se utiliza, en algunos países, para la inducción del parto (siempre bajo supervisión médica, por el gran riesgo de hemorragia que conlleva la mala utilización) y, en combinación con otros fármacos, para la interrupción del embarazo. Por ello, el misoprostol no debe administrarse en el embarazo con el fin de tratar una úlcera. Asociado a fármacos inmunosupresores como la ciclosporina, el misoprostol también se usa para reducir el porcentaje de rechazos en pacientes trasplantados, generalmente cuando los niveles alcanzados de inmunosupresores no consiguen el efecto deseado.

Mifepristona: esteroide antiprogéstágeno, sensibiliza el miometrio a las contracciones inducidas por las prostaglandinas y ablanda el cuello uterino permitiendo que se dilate con más facilidad.

Óbito: es la muerte fetal ocurrida luego de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento.

Oxitocina: es una hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro. En las mujeres, la oxitocina se libera en grandes

cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia. Se piensa que su función está asociada con la afectividad, la ternura, el contacto y el orgasmo en ambos sexos. Algunos la llaman la "molécula de la monogamia" o "molécula de la confianza". En el cerebro parece estar involucrada en el reconocimiento y establecimiento de relaciones sociales y podría estarlo en la formación de relaciones de confianza y generosidad entre personas.

Parto: también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el período de salida del infante del útero materno.

Parto vaginal: proceso del parto natural que se categoriza en tres estadios: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos, como oxitócicos y ciertos anestésicos, y una posible episiotomía, todo esto no se debe hacer nunca de manera rutinaria; el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por cesárea, que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal.

Práctica clínica basada en evidencia: implica tomar decisiones acerca del cuidado individual de los pacientes con base en la investigación de la mejor evidencia disponible, en lugar de basar las decisiones en opiniones personales o en la práctica común (la cual no siempre está basada en evidencias). Por lo tanto, la práctica clínica basada en evidencia involucra la integración de la experiencia clínica experta y las preferencias de los pacientes, con la mejor evidencia disponible en las investigaciones.

Prostaglandinas: conjunto de sustancias de carácter lipídico derivadas de los ácidos grasos de 20 carbonos (eicosanoides), que contienen un anillo ciclopentano y constituyen una familia de mediadores celulares, con efectos diversos, a menudo contrapuestos. Las prostaglandinas deben ejercer su efecto sobre las células de origen y las adyacentes, actuando como hormonas autocrinas y paracrinas, son destruidas en los pulmones. Las acciones son múltiples y algunas tienen utilidad práctica, como la PGE1, que se utiliza en clínica para mantener abierto el *ductus arteriosus*, en niños con cardiopatías congénitas (alprostadil) y para el tratamiento o prevención de la úlcera gastroduodenal (misoprostol). La PGE2 (dinoprostona) se emplea como oxitocina en la inducción del parto, la expulsión del feto muerto y el tratamiento de la mola hidatiforme o el aborto espontáneo. Las funciones de las prostaglandinas se pueden resumir en cuatro puntos:

- Intervienen en la respuesta inflamatoria: vasodilatación, aumento de la permeabilidad de los tejidos permitiendo el paso de los leucocitos; antiagregante plaquetario, estímulo de las terminaciones nerviosas del dolor, entre otras
- Provocan la contracción de la musculatura lisa. Esto es especialmente importante en la del útero de la mujer. En el semen humano hay cantidades pequeñas de prostaglandinas para favorecer la contracción del útero y, como consecuencia, la ascensión de los espermatozoides a las trompas de Falopio. Del mismo modo, son liberadas durante la menstruación, para favorecer el desprendimiento del endometrio. Así, los dolores menstruales son tratados muchas veces con inhibidores de la liberación de prostaglandinas
- Intervienen en la regulación de la temperatura corporal
- Controlan el descenso de la presión arterial al favorecer la eliminación de sustancias en el riñón

Revisión por pares: es la revisión de un estudio, servicio o recomendación por personas con similares intereses y experiencia que las de quienes produjeron los hallazgos del estudio y las recomendaciones. Los revisores pares pueden incluir representantes profesionales y de pacientes.

Revisión sistemática: una revisión en la cual la evidencia de los estudios científicos es identificada, evaluada y sintetizada de forma metodológica, de acuerdo a determinados criterios. Puede o no incluir metaanálisis.

Riesgo relativo: una medida resumen que representa el índice de riesgo de un evento o resultado (por ejemplo, una reacción adversa a la droga que está siendo probada) en un grupo de sujetos, comparados con otro grupo. Cuando el “riesgo” del evento es el mismo en ambos grupos, el riesgo relativo es 1.

Ruptura prematura de membranas: pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del parto, independientemente de que se produzca antes del término, a término o después del término.

Sepsis: infección aguda con manifestaciones toxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos, que ocurre dentro de las primeras 4 semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo.

Sonda Foley: tubo flexible, generalmente de látex; en la cateterización urinaria se pasa a través de la uretra y hacia dentro de la vejiga con el propósito de drenar la orina. Queda retenido por medio de un globo en la extremidad del catéter que se infla con agua estéril. Los globos vienen típicamente en dos tamaños diferentes, 5 cm³ y 30 cm³.

Terbutalina: fármaco del grupo de los agonistas de los receptores adrenérgicos β_2 con acciones broncodilatadoras, por lo que se indica en medicina en el tratamiento a corto plazo del asma, y de obstrucciones pulmonares, como el enfisema y la bronquitis crónica; como tocolítico, con el fin de retardar un posible nacimiento prematuro o la resucitación fetal intraparto. No se evidencian beneficios a largo plazo con el uso de la terbutalina para prevenir un parto prematuro, especialmente en comparación con la cantidad de efectos secundarios por el uso de este medicamento como tocolítico. La forma inhalada de la terbutalina comienza a tener efecto en alrededor de 15 minutos y su acción puede durar hasta 6 horas. Puede producir mareo, temores, dolor de cabeza y, en el feto, hipoglucemia.

Tocolíticos: fármacos utilizados para suprimir el trabajo de parto prematuro. Se indican para inhibir las contracciones uterinas cuando el parto se traduciría en el nacimiento prematuro de un bebé, así como evitar que esas contracciones favorezcan el ascenso de microorganismos desde la vagina hasta la cavidad amniótica. La terapia con tocolíticos provee tiempo para la administración de la betametasona, un glucocorticoide que acelera en gran medida la madurez pulmonar fetal, que tarda 1 o 2 días para ejercer su función.

Trabajo de parto (TDP): proceso mediante el cual las contracciones uterinas conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino y al nacimiento. El término se usa para gestaciones de fetos viables (24 semanas o más).

Taqisístole: más de cinco contracciones uterinas en 10 min en intervalos consecutivos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Committee Opinion. *Induction of Labor for Vaginal Birth After Cesarean Delivery*. Obstet Gynecol 2006 August;108(2):465-7.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Induction of labor*. ACOG Practice Bull No. 107. Obstet Gynecol 2009;114:386-97.
3. Clasificación de Procedimientos. CIE-9-MC. Versión 2009.
4. Committee of Reproductive Care of the Alberta Medical Association. *The medical induction of labour*. March 2003.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Centre for Clinical Practice. *Review consultation document. Review of Induction of labor. NICE clinical guideline 70: review draft for consultation* (30 August – 12 September 2011).
6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Induction of labour*. July 2008.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. *The management of breech presentation. Guideline 20b*. December 2006.
8. SOGC. *Clinical Practice Guideline for induction of labour at term*. J Obstet Gynaecol Can 2001;23(8):717-28.
9. SOGC. *Clinical Practice Guideline for Vaginal Birth After Previous Cesarean Birth*. J Obstet Gynaecol Can 2005;27(2):164-74.
10. SOGC. *Clinical Practice Guideline Vaginal Delivery of Breech Presentation*. J Obstet Gynaecol Can 2009;31(6):557-66.
11. SOGC. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks*. J Obstet Gynaecol Can 2008;30(9):800-10.
12. Valenti E. *Guías de manejo. Inducción al trabajo de parto*. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2002;21(2):75-91.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los **Servicios Estatales de Salud de Yucatán y de Chiapas** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el **Instituto de Salud del Estado de Chiapas** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del **Instituto Mexicano del Seguro Social** que participaron en los procesos de **validación interna** su valiosa colaboración en esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz *Directora General*

Dr. José David Leonardo Hernández Santillán *Director de Integración de GPC*

Dra. Selene Martínez Aldana *Subdirectora de GPC*

Dra. Sandra Danahé Díaz Franco *Departamento de Validación y Normatividad de GPC*

Dr. Jesús Ojino Sosa García *Coordinador de guías de medicina interna*

Dr. Luis Agüero y Reyes *Coordinador de guías de medicina interna*

Dr. Héctor González Jácome *Coordinador de guías de medicina interna*

Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández *Coordinadora de guías de gineco-obstetricia*

Dr. Arturo Ramírez Rivera *Coordinador de guías de pediatría*

Dr. Eric Romero Arredondo *Coordinador de guías de cirugía*

Dr. Joan Erick Gómez Miranda *Coordinador de guías de cirugía*

Lic. Alonso Max Chagoya Álvarez *Investigación Documental*

Dra. Ana María Corrales Estrada *Apoyo a los centros desarrolladores institucionales*

Dra. Magda Luz Atrián Salazar *Revisión Editorial*

Dr. Pedro Nieves Hernández *Subdirector de Gestión de GPC*

Dra. Maricela Sánchez Zúñiga *Departamento de Apoyo Científico para GPC*

Lic. Juan Ulises San Miguel Medina *Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo de GPC*

Dra. Gilda Morales Peña *Coordinación de avances sectoriales*

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio Sectorial

Secretaría de Salud

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Alberto Lifshitz Guinzber
Secretario del Consejo de Salubridad General

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Romeo Rodríguez Suárez	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Mtro. David García Junco Machado	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg	Titular
Secretario Técnico del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	
Dr. Santiago Echevarría Zuno	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. Francisco Hernández Torres	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	
M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	
Dr. Norberto Treviño García Manzo	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca	
Dr. Jesús Salvador Fragoso Bernal	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Dra. Mercedes Juan López	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	
Dra. Sara Cortés Bargalló	Asesor Permanente
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	
Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	