

TÍTOL DOCUMENT: **INDUCCIÓ AL PART**TIPUS DOCUMENT: **PROTOCOL MÈDIC**

Elaborat per: Dr MA Jiménez/ Dra Marta Ricart

CODI DOCUMENT: OBS-PM-005

Pàgina núm. 1 de 32

QUA-IM-004 Rev.09

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: Cada 5 anys**Responsable revisió: Raül De Diego**

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	Novembre 2017	Elaboració	Dra. C. Comas	20/12/2017
02	Juliol 2021	Revisió protocol i introducció inducció mecànica DBC	Dra. C. Comas	01/10/2021
03	Juny 2023	Inducció domiciliària amb DBC	Cap Servei Obstetrícia	30/06/2023
04	Desembre 2025	Adequació definicions	Cap de secció	Desembre 2025
05	Juny 2026	Actualització indicacions inducció HUGTiP	Cap de secció	Juliol 2026

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI

DCTGO

Servei Anestesiologia i Reanimació

DCT Pediatria

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 2 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

INDEX

1. INTRODUCCIÓ	pàg. 3
2. INDICACIONS D'INDUCCIÓ A HUGTiP	4-5
3. CONTRAINDICACIONS DE LA INDUCCIÓ	5
4. MARCADORS D'ÈXIT DE LA INDUCCIÓ (Índex Bishop)	6
5. MÈTODES D'INDUCCIÓ	
5.1- MÈTODES MECÀNICS	6-8
5.2- MÈTODES FARMACOLÒGICS	
5.2.1- Prostaglandines	8-10
5.2.2- Oxitocina	10-11
6. PROTOCOL D'ACTUACIÓ DE LA INDUCCIÓ AL PART	
6.1- GENERALITATS	11-13
6.2- PROTOCOL D'INDUCCIÓ AMB DBC	
6.2.1- Consideracions generals	14-15
6.2.2- Circuit amb ingrés hospitalari	15
6.2.3- Circuit maneig ambulatori	16-17
6.3- PROTOCOL D'INDUCCIÓ AMB PROPESS®	17-19
6.4- MADURACIÓ CERVICAL FALLIDA, FRACÀS D'INDUCCIÓ I PART ESTACIONAT	19
7. BIBLIOGRAFIA	20-24
8. DOCUMENTS RELACIONATS	24
9. ANNEXES	
▪ Annex 1: Consentiment informat inducció al part	25
▪ Annex 2: Fàrmacs a sala de parts	26-29
○ Administració d'oxitocina per l'estimulació	
○ Administració d'oxitocina per la inducció	
○ Administració tocòlisis d'emergència	
▪ Annex 3: Instruccions per la col·locació i extracció del DBC	30-31
▪ Annex 4: Recomanacions pels pacients amb inducció domiciliària	32
▪ Annex 5: Full informatiu pels pacients amb inducció programada	33

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 3 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

1. INTRODUCCIÓ

La inducció del part és un procediment destinat a desencadenar les contraccions uterines per diferents mètodes, en un intent d'aconseguir un part via vaginal quan s'ha establert la indicació de finalitzar la gestació i el part no s'ha iniciat de forma espontània. És un procediment actualment molt utilitzat a obstetrícia, assolint una incidència del voltant del 20% de gestacions (33-34% al nostre centre), per la qual cosa, les indicacions, criteris i perfil de seguretat del mètode elegit, tenen una gran importància. La inducció del part està indicada quan els beneficis de finalitzar la gestació per la salut de la mare i/o nadó són majors que els de mantenir l'embaràs.

Podem classificar les indicacions d'inducció al part segons la causa:

- **Inducció mèdica:** Quan existeixen complicacions maternes i/o fetals greus com ara diabetis insulíndependent, Malaltia hipertensiva de l'embaràs (EHE), Colèstasis intrahepàtica, gestació cronològicament perllongada (GCP), Ruptura prematura de membranes (RPM), corioamnionitis – Triple I, alteracions del creixement fetal, sospita de pèrdua de benestar fetal (SRPB), mort fetal....
- **Inducció electiva:** Per conveniència d'una persona, raons logístiques o raons psicosocials.

La inducció s'associa a un increment significatiu de complicacions en comparació a l'inici de part espontani, com per exemple un increment de la taxa de cesàries, corioamnionitis, hiperdinàmia, aspiració meconial, ruptura uterina... És per aquesta raó que cal valorar correctament les seves indicacions, establir la correcta relació risc-benefici i elegir de forma responsable el mètode i les setmanes de gestació de la inducció.

La inducció al part està contraindicada en casos de: ≥ 2 cesàries anteriors, placenta o vasa prèvia, situació transversa o obliqua, cirurgia uterina prèvia amb accés a cavitat, herpes genital actiu, desproporció pèlvica-fetal (DPF) absoluta, insuficiència placentària severa i carcinoma invasor de coll uterí. A més a més. També caldrà posar especial atenció a les induccions en pacients amb cesària anterior o en casos d'hiperdistensió uterina (gemel·lars, polihidramnis, macrosomia...).

La **maduració cervical** és la primera fase de la inducció al part i es defineix com el procediment dirigit a aconseguir els canvis bioquímics i funcionals del cèrvix traduïts en l'estovament, esborrament i dilatació cervical. Es pot dur a terme amb mètodes farmacològics o mecànics.

Un cop s'hagi pres la decisió d'induir el part, cal explicar clarament a la pacient la decisió i el mètode elegit i sol·licitar el consentiment verbal i/o escrit (preferiblement) per realitzar el procediment.

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 4 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

2. INDICACIONS D'INDUCCIÓ a HUGTiP.

< 37 set	- Colèstasis intrahepàtica amb nivells àcids biliars totals $\geq 100\mu\text{mol/L}$ - Preeclàmpsia amb lesió òrgan diana ($\geq 34\text{s}$) o deteriorament progressiu (qualsevol EG) - RPMp que no compleix criteris finalització $\geq 37\text{s}$ - CIR II-IV - Gemel·lar monocorial biamniòtic (36-37s) - Diabetis pre-gestacional amb mal control glicèmic o amb comorbiditats maternes i/o fetals (vasculopatia materna, empitjorament funció renal maternal, retinopatia proliferativa activa, preeclàmpsia, CIR)
≥ 37 set	- Gemel·lar bicorial biamniòtic - Trastorns hipertensius de la gestació: - Preeclàmpsia sense criteris severitat/sense lesió òrgan diana - HTAc i HTA gestacional finalitzar entre 37-40 s - HTAc amb Doppler uterines $> p95$ o mal control tensional: 37s - HTA gestacional + Sft1/PIGF > 38: 37s - Oligoamnis sever. - CIR tipus I - Colèstasis intrahepàtica amb nivell àcids biliars totals $40\text{-}99\mu\text{mol/L}$ o clínica refractària a tractament (entre 36-37.6s) - RPMp amb criteris finalització a terme - DG insulinitzada amb control sub-òptim, necessitats creixents d'insulina, comorbiditats (HTA, obesitat, CIR...) o hidramnis - Diabetis pre-gestacional amb bon control i sense comorbiditats materno-fetals greus: entre les 37-38.6s
≥ 38 set	Colèstasis intrahepàtica gestacional amb àcids biliars $< 40\mu\text{mol/L}$
≥ 39 set	- Edat materna > 45 anys. - Antecedent d'èxitus fetal (consensuat amb la pacient) - Sospita de GEG (PEF $> p90$ i/o CA $> p90$) - IMC ≥ 40 - Motius socials/logístics i/o desig matern* - DG insulinitzada amb bon control metabòlic, biometries fetals acordes i absència de comorbiditats
≥ 40 set	- PEG - Edat materna > 40 anys - Avortaments de repetició amb o sense trombofilia - Polihidramnis /oligoamnis moderat - Resta de pacients de risc molt alt no especificades anteriorment - Gestacions de risc alt
≥ 41 set**	- Gestacions ≥ 2 risc intermig - No acceptació de la conducta expectant. - DG ben controlada amb dieta i sense comorbiditats$\pm$
41+6 set	Resta de pacients

* Criteri no mèdic a considerar i consensuar amb la pacient i l'equip

** Considerar inducció $\geq 41\text{s}$ a gestants de baix risc amb Bishop > 6

$\pm$ La DG amb bon control metabòlic amb dieta té els mateixos criteris de finalització que les gestacions de baix risc.

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 5 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

▪ **Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2018)**

- Risc molt alt: Malformació uterina, Patologia associada greu, diabetis tipus 1 o 2, cardiopatia tipus 3-4, síndrome dependència de l'alcohol i/o altres drogues, malformacions uterines, gestació multifetal, retràs de creixement intrauterí, situació anòmala de placenta, malformació fetal confirmada, preeclàmpsia greu, APP i RPM preterme.
- Risc alt: Anèmia greu, trastorns tiroïdes, diabetis gestacional, obesitat mòrbida (IMC≥40), cardiopatia 1-2, cirurgia uterina prèvia, edat > 40 anys, sospita de macrosomia (PFE > 4.000g)
- Risc intermig: Edat materna < 17 ó > 38 anys, tabaquisme, TRA, període intergenèsic < 12 mesos, metrorràgies 1ºT

3. CONTRAINDICACIONS DE LA INDUCCIÓ.

Contraindicacions absolutes per la inducció al part:

≥ 2 cesàries prèvies*
Cesària anterior no segmentària
Cesària anterior + període intergenèsic curt**
Cesària anterior amb incisió en T
Antecedent de ruptura uterina
Miomectomia prèvia amb entrada a cavitat
Herpes genital actiu
Placenta prèvia o vasa prèvia
Prolapse/ de cordó umbilical
Situació del fetus en transversa
Càncer invasor de cèrvix

*En cas de desig matern i resultats positius en l'ús de la calculadora de part vaginal després de cesària, pot valorar-se inducció mecànica (**protocol OBS-PM-081**)

**Període intergenèsic curt: interval entre darrera cesària i el següent part <18mesos

Cal tenir especial cura en casos d'hemorràgia d'etiologia desconeguda, glaucoma, asma sever, epilèpsia, patologia hepàtica o renal, cesària anterior, gestació múltiple, macrosomia i/o polihidramnis.

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 6 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

4. MARCADORS D'ÈXIT DE LA INDUCCIÓ.

Existeix una bona correlació entre el resultat d'una inducció i les condicions obstètriques en les que es duu a terme. El marcador més rellevant per predir l'èxit de la inducció és el Test de Bishop, per sobre d'altres paràmetres com la longitud cervical o el Test de Fibronectina.

TEST DE BISHOP				
	0	1	2	3
Dilatació	0	1-2 cm	3-4 cm	> 5 cm
Esborrament	0-30%	40-50%	60-70%	80-100%
Consistència	Ferma	Intermitja	Tou	-
Posició	Posterior	Centrada	Anterior	-
Altura cap	Lliure-Insinuada	I Pla	II pla	III pla

Diversos estudis han demostrat que un Bishop >6 és el punt de tall en el que la indicació d'una inducció al part no està associada a un increment de la taxa de cesàries. Tanmateix, també existeixen estudis que demostren que l'altura del cap, l'esborrament cervical i la paritat són els **únics factors** associats amb l'èxit d'inducció al part (entenent èxit com part vaginal). Així doncs, aquests autors (*Ivars J et al. 2016*) defensen usar un Test de Bishop simplificat on substituir la consistència i posició cèrvix per la **paritat** (nul·liparitat = 0 i multiparitat = 2). En aquests casos, un **índex ≥ 4** es relaciona amb una taxa d'èxit de part vaginal amb inducció directa > 90%.

5. MÈTODES INDUCCIÓ

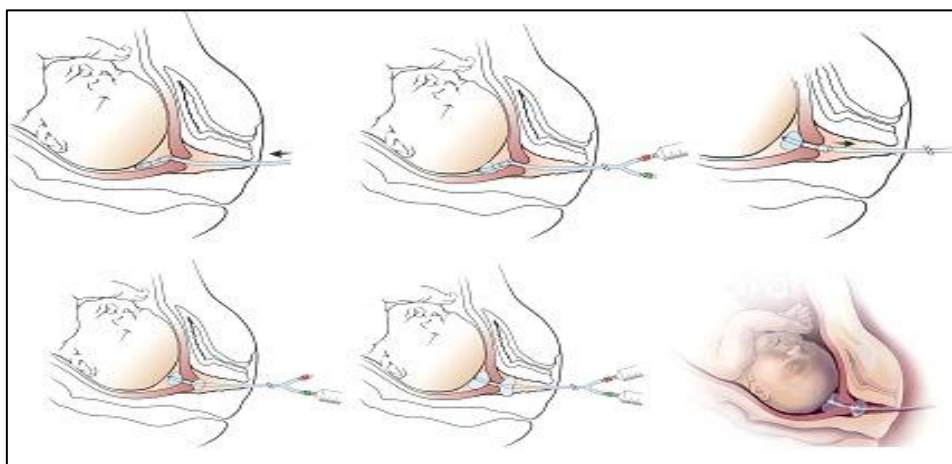
5.1 MÈTODES MECÀNICS:

- Maniobra de Hamilton: Consisteix en realitzar un desenganxament de la membrana amniòtica al voltant de l'OCI mitjançant un moviment giratori d'un dit introduït pel canal cervical. Redueix el temps dins d'inici del treball de part i la necessitat de maduració cervical o inclòs d'inducció. No modifica els resultats neonatals ni la taxa de cesàries i/o parts instrumentats. No incrementa el risc d'infecció materna ni neonatal. Sempre s'hauria d'oferir a totes les gestacions abans d'una inducció; inclòs podria estar indicada la seva realització de forma rutinària a totes les gestacions a partir les 40 setmanes per reduir el número de gestacions cronològicament perllongades (GCP).

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 7 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

- Dilatadors higroscòpics (Dilapan-S): Produeixen dilatació cervical però no milloren el resultat de la inducció.
- Amniotomia: La ruptura de la bossa incrementa l'activitat de les prostaglandines endògenes. No està indicat com únic mètode d'inducció al part. La seva eficàcia s'incrementa si es realitza conjuntament amb un mètode farmacològic.
- Doble baló Cook (DBC): Consisteix en la col·locació d'un baló a través del canal cervical, situant-lo per sobre de l'OCI a l'espai extra amniòtic. Un cop col·locat s'infla amb sèrum fisiològic i exerceix pressió sobre l'OCI.



Es considerarà com primera opció de mètode d'inducció en les següents situacions (especialment si **cesària anterior**: veure protocol **Part vaginal després cesària OBS-PM-081**):

1. Indicacions maternes:

- Patologia materna
 - Estats hipertensius de l'embaràs (HTA gestacional, crònica, preeclàmpsia)
 - Diabetis tipus 1 o DG mal controlada
 - Colèstasis intrahepàtica
 - Obesitat materna: Risc incrementat de cesària per inducció fallida. En IMC extrem (Obesitat tipus IV: IMC ≥ 50) plantejar de forma individualitzada i consensuada doble mètode (baló + Propess®).
 - Trastorn d'ansietat
- Gestació cronològicament perllongada

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 8 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

2. Patologia fetal

- Alteracions del creixement fetal (CIR, PEG). Sembla el mètode d'elecció donat que en aquests casos disminueix els resultats adversos intrapart i la taxa de cesàries per RCTG patològics
- Oligoamnis / anhidramnis (ILA <2 cm)
- Sospita de macrosomia (PFE >4000gr)
- Disminució de moviments fetals
- Complicacions fetals (cardiopaties, arrítmies, anèmia fetal, etc.)

3. Indicacions electives A valorar per Comitè:

- Antecedent de part precipitat
- Motius socials/logístics
- Desig matern (≥ 39 setmanes)

Contraindicacions de la inducció amb DBC:

- Placenta marginal (<20mm de OCI) donat al risc de sagnat i/o desprendiment de placenta durant la col·locació.
- Infeccions maternes actives (ex: herpes genital, VIH, VHB ...)
- Ruptura prematura de membranes. Si es produeix durant la fase de maduració cervical es mantindrà col·locat el dispositiu (màxim 12 hores ±2h des de la col·locació). La antibioticoteràpia profilàctica no és necessària (s'inicia a les **24h** post-RPM segons protocol de **RPM OBS-PM-014**). Únicament es retirarà el baló i s'iniciarà cobertura antibiòtica si signes d'infecció o triple I (taquicàrdia fetal sostinguda, febre materna...) .
- Presentació inestable o polihidramnis: no és una contraindicació absoluta, però cal individualitzar el seu ús ja que existeix un risc superior de modificar l'estàtica fetal a transversa o podàlica amb la col·locació del DBC

5.2- MÉTODES FARMACOLÒGICS:

5.2.1- PROSTAGLANDINES:

Es tracta de substàncies derivades de l'àcid araquidònic que produeixen canvis histològics cervicals similars als que s'observen a l'inici d'un part espontani. S'usen de 2 tipus: les derivades de la PGE2 i les derivades de la PGE1. Els assajos clínics demostren que les prostaglandines escurcen l'interval Inducció-Part ja que aconsegueixen una milloria significativa del Test de Bishop

○ **Complicacions i efectes adversos:**

- Hiperestimulació uterina.
- Alteracions de la FCF.
- Nàusees, vòmits, diarrea, taquicàrdia materna, febre...

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 9 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

- **Contraindicacions:**
 - Treball de part instaurat
 - Administració simultània d'oxitocina.
 - Gran multiparitat (> 5 parts)
 - Contraindicació d'inducció o de part vaginal.
 - Antecedent de hipersensibilitat a les prostaglandines
 - Cardiopatia moderada-greu OMS III-IV
- S'han de tenir **precaucions especials** en cas d'hemorràgia de causa desconeguda, glaucoma, asma sever, epilèpsia, patologia hepàtica o renal, cesària anterior, gestació múltiple, macrosomia o polihidramnis.

PGE1: MISOPROSTOL (MisofarTM):

Existeixen múltiples estudis que han comprovat la seva eficàcia. El misoprostol té diverses avantatges: és estable a temperatura ambient, té un baix preu i es pot administrar per diverses vies (les més usades són la vaginal i l'oral). A l'hora de comparar el Misoprostol versus la Dinoprostona, la darrera evidència científica afirma:

- El Misoprostol vaginal té una eficàcia similar a la Dinoprostona per induir el part, tot i que aquesta darrera és més segura (menor incidència de hiperestimulació i taquisistòlia). *Liu A et al. 2014*
- La taxa de part vaginal de la Dinoprostona i el misoprostol és similar, però existeix major taxa de complicacions maternes i neonatals en el grup induït amb misoprostol. *Mendez-Figueroa et al. 2021*
- Similar taxa de cesàries entre el misoprostol vaginal i la Dinoprostona. *Gaudineau et al. 2021*. Aquest mateix estudi, conclou que ambdós mètodes tenen similars taxes de morbiditat materna i neonatal. Un estudi previ (*Maggi C. et al, 2019*) conclouia, en canvi, que l'ús de misoprostol vaginal estava associat a menor taxa de cesària però major morbiditat materna.
- Similar cost-eficàcia. *Mounie et al. 2022*.

La dosis recomanada és de 25micrograms/4h via vaginal (màxim 4-6 dosis) o 50mcg/4h via oral.

Contraindicacions:

- Qualsevol situació de risc matern o fetal d'hiperestimulació uterina
- Estats hipertensius de l'embaràs

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 10 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

PACIENTS ALT RISC HIPERESTIMULACIÓ UTERINA *		
Sobredistensió uterines	Risc fetal	Cicatris uterines
○ <u>Macrosomia fetal</u> ○ Gestacions múltiples ○ Multiparitat (>5 parts) ○ Polihidramnis	○ <u>CIR - PEG</u> ○ EG <37 setmanes ○ <u>PE severa</u> ○ <u>Oligoamnis</u> (ILA <2cm sense RPM)	○ <u>Cesària prèvia</u> ○ <u>Miomectomia prèvia sense entrada a cavitat</u>

Donada la darrera evidència científica, la necessitat de reduir les exploracions vaginals i la major taxa de taquisistòlia, el misoprostol **NO** es considera el primer mètode d'elecció en el nostre centre i únicament s'usarà en cas d'alternativa a la dinoprostona quan aquesta no estigui disponible o en casos d'òbits fetals.

PGE2: DINOPROSTONA. És el mètode d'elecció en cas **de no tenir la** possibilitat de col·locació de DBC. Existeixen 2 formes comercials:

- **Prepidil gel:** Conté 0.5 ml de dinoprostona en 2.5ml de gel. S'administra intracervical, essent possible repetir l'administració c/6-12h fins un màxim de 3 dosis. Cal esperar un mínim de 6h des de l'aplicació del gel fins l'inici de l'oxitocina. No disponible al nostre servei.
- **PropessTM:** Conté 10mg de dinoprostona en una preparació d'alliberació lenta a 0.3mg/h vaginal (0.4mg/h en cas de bossa trencada). S'ha de conservar al congelador. Cal esperar un mínim de 30' abans d'iniciar l'oxitocina després de la seva retirada. D'elecció en el nostre centre.

No existeixen diferències clares en el resultat d'inducció amb una o altre presentació tot i que l'avantatge principal del Propess® és que pot ser retirada fàcilment davant qualsevol sospita de complicació materna o fetal

5.2.2- OXITOCINA:

L'oxitocina sintètica (Syntocinon®) és un dels medicaments més utilitzats per induir el treball de part. No existeix unanimitat respecte al moment en que cal realitzar una amniorrèxis artificial quan s'està duent a terme una inducció amb oxitocina però sembla raonable que es realitzi a l'inici de la inducció excepte en casos de presentació lliure i sempre que no existeixi risc d'infecció.

La resposta uterina a la infusió d'oxitocina es presenta als 3-5 minuts i es requereixen de 20 a 30 minuts per assolir una concentració plasmàtica estable. La resposta dependrà de la sensibilitat miometrial, que és característica de cada pacient, però la idea és emprar la mínima dosi eficaç per aconseguir una

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 11 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

dinàmica uterina adient i correcte per la progressió del part. La vida mitja és d'uns 5 minuts, per la qual cosa en el moment de suspendrà la seva administració, la concentració plasmàtica disminuirà ràpidament.

Existeix el concepte de Unitats de Montevideo (UM) per definir l'activitat uterina: és el resultat del producte de la intensitat de les contraccions en mmHg per la freqüència de contraccions cada 10 minuts. Només es poden quantificar si disposem d'un registre intern de dinàmica.

Complicacions de l'estimulació amb oxitocina:

- Hiperestimulació uterina: Polisistòlies o hipertons, poden causar hipoperfusió uteroplacentària i hipòxia fetal.
- Ruptura uterina: El primer signe acostuma a ser una alteració de la freqüència cardíaca fetal d'inici brusc conjuntament amb la desaparició de la dinàmica uterina i la pèrdua d'altura de la presentació. S'ha d'extremar la vigilància sobre els pacients amb major risc com ara cesària anterior o sobredistensió uterina (gestació gemel·lar, polihidramnis, multiparitat o macrosomia).
- Intoxicació hídrica: L'oxitocina té propietats antidiürètiques (per la seva similitud estructural amb l'hormona antidiürètica), per la qual cosa, si s'administra en altes concentracions (>30 mU/minut) durant períodes perllongats podria conduir a una intoxicació hídrica amb hiponatrèmia hipoosmolar simptomàtica (fatiga, nàusees, mareig, alteracions dels llenguatge, amnèsia transitòria, letargia, rampes musculars i confusió) i, inclòs, insuficiència cardíaca.
- Reacció al·lèrgica creuada amb oxitocina sintètica a pacients amb antecedent d'al·lèrgia a làtex (**Notificació** Agència Espanyola de medicaments, **26-04-2018**, <https://cima.aemps.es/cima/psusa.do?metodo=verDoc&id=1038>): s'han descrit alguns casos d'anafilaxia a l'administració d'oxitocina sintètica en pacients al·lèrgiques al làtex:
 - En cas de detecció d'al·lèrgia al làtex durant el control de la gestació (Consultes ARO o ASSIR), cal realitzar IC amb servei d'al·lergologia que estudiarà el cas per determinar el risc. Si confirmació de l'al·lèrgia, passar a Comitè ARO.
 - En cas de detectar-se a sala de parts, caldrà avisar a Anestesiologia per valorar el risc. En cas de reacció al·lèrgica al làtex confirmada i demostrada, s'evitarà l'ús d'oxitocina. En cas de reacció no confirmada o dubtosa, si es requereix ús d'oxitocina, la perfusió usada serà similar a la dels fetus compromesos (veure **Annex 3**).
 - En cas d'al·lèrgia al làtex, la profilaxis d'atonia uterina post-part es realitzarà amb carbetocina.

√ Perfusió d'Oxitocina: L'administració d'oxitocina sempre es realitzarà mitjançant una bomba d'infusió (VEURE ANNEX 3)

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 12 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

6. PROTOCOL D'ACTUACIÓ PER LA INDUCCIÓ AL PART

6.1- GENERALITATS

Quan existeix una indicació mèdica per la realització d'una inducció al part hem de valorar una sèrie de paràmetres per determinar si la pacient és o no, candidata a una inducció, quin és el pronòstic de part i quin és el millor el mètode pel seu cas. En aquest context, cal valorar els següents requisits:

- Avaluació de la pelvis i tamany del fetus si sospita de desproporció.
- Informar a la pacient sobre el procés d'inducció i obtenir el seu consentiment informat escrit.
- Valorar les condicions obstètriques de la pacient mitjançant el Test Bishop i la integritat o no de les membranes amniòtiques. Oferir una maniobra de Hamilton si és possible.
- Realitzar un RCTG basal per descartar SPBF i alteracions en la DU.

Un cop feta aquesta avaluació, cal decidir el millor mètode d'inducció:

- BISHOP > 6: INDUCCIÓ DEL PART (amniotomia/oxitocina). Valorar inducció directa en **multíparas amb Bishop ≥ 4**.
- BISHOP ≤ 6: MADURACIÓ CERVICAL. Es requereix una preparació cervical prèvia amb un mètode mecànic vs prostaglandines. Segons el mètode emprat, diferenciarem 2 protocols d'actuació diferent:

PRIMERA ELECCIÓ	DBC
NO INDICACIÓ DBC o IMPOSSIBILITAT DE COL.LOCACIÓ o preferència de la pacient	PROPESS®

Les maduracions cervicals ingressaran a Sala de parts entre les 18-20:00h.
El màxim nº d'induccions aconsellades és de 2, separades en un interval de 1h.
En cas d'haver de programar una 3a inducció, es citarà la pacient al matí (08:00h).
En cas d'inducció directa, ingressarà al matí (08:00h)

Valoració a l'inici de la inducció:

1. Revisió Hª clínica (edat gestacional, paritat, posició placenta, antecedents quirúrgics, fàrmacs, cultius SGB, analítiques...).
2. Comprovació INDICACIÓ inducció i valoració contraindicacions part vaginal
3. Comprovació documentació (consentiment informat signat) i comprensió de indicacions i procediments
4. Valoració ESTÀTICA FETAL (Leopold vs ecografia)
5. Valoració INTEGRITAT membranes amniòtiques
6. Condicions obstètriques (Test Bishop)
7. Monitorització fetal 30' (RCTG amb patró normal i absència DU)

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 13 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

- **Consideracions de la inducció a gestant amb obesitat mòrbida tipus IV (IMC≥50):** Es considerarà, de forma individual i consensuada, la possibilitat de realitzar inducció amb doble mètode (prostaglandines + baló). S'ha demostrat un ↑ taxa de cesàries per inducció fallida en gestants obeses sotmeses a inducció al part amb els protocols habituals. Així mateix, la inducció amb doble mètode ha demostrat una ↓ del temps d'inducció amb similars taxes de cesària que el mètode únic i menors ingressos a la UCI neonatal (*Nasioudis D. et al, Viteri OA. et al*).

- **Consideracions de la inducció amb cesària prèvia** (Veure Protocol Part Vaginal després de cesària **OBS-PM-081**)
 1. La inducció de part a pacient amb cesària anterior incrementa el risc de ruptura uterina (<2%) i de cesària urgent; ara bé, el part vaginal després de cesària, disminueix el risc les complicacions a curt i llarg termini de les cesàries iteratives.
 2. El risc de ruptura uterina ve condicionar per (*Wan, S. et al. BMC Pregnancy Childbirth 2021, Dimitrova, D. et al. Arch Gynecol Obstet 2022*):
 - a. Tipus d'incisió uterina (4-9% clàssica, 4-9% incisió en "T", <1% en segmentària transversa)
 - b. N° de cesàries prèvies
 - c. Ruptura uterina prèvia
 - d. Inici del treball de part (espontani vs induït)
 - e. Mètode d'inducció (PGE1 > Dinoprostona > baló) i ús d'oxitocina
 - f. Període intergenèsic curt
 3. La inducció amb baló és el mètode d'elecció per les pacients amb cesària anterior. En cas de no poder-lo col·locar, s'optarà pel Propess®.
 4. El risc de ruptura uterina amb 2 cesàries anteriors és <2% i s'assoleixen taxes d'èxit de part vaginal >70% (*Tahseen et al. BJOG 2009*). En cas que la pacient desitgi inducció al part amb 2 cesàries anteriors, cal informar d'un lleu increment de risc de ruptura uterina tot i que estudis recents afirmen que no s'ha observat un increment de la morbiditat materno-fetal i si un increment de part vaginal (*Davidson C. Et al J Matern Fetal Neonatal. 2020*). El mètode indicat també és el **baló cervical**.
 5. En aquests casos cal una correcta monitorització de la DU. En cas de no aconseguir-ho, està indicada la monitorització interna.
 6. L'increment de dosis d'oxitocina es farà sempre amb bomba d'infusió i serà menor que a les pacients sense cesària anterior (veure **annex 3**)
 7. L'analgèsia peridural és el mètode anestèsic d'elecció ja que no emmascara els símptomes de ruptura uterina.
 8. Cal sospitar una ruptura uterina enfront de:
 - a. Alteració brusca de la freqüència cardíaca fetal o pèrdua de focus sobtada
 - b. Desaparició de la dinàmica uterina
 - c. Sagnat vaginal de nova aparició
 - d. Pèrdua alçada de la presentació i modificació de l'aspecte de l'abdomen de la gestant
 9. La sospita de ruptura uterina és una indicació de cesària emergent.

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 14 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

10. Durant el període d'expulsió NO és necessària la instrumentació sistemàtica ni l'examen digital de la cicatriu post-part.
11. Si durant el post-part es sospita ruptura uterina, cal realitzar examen ecogràfic per valorar la cicatriu i descartar hemoperitoneu. En cas necessari, realitzar laparotomia exploradora.

6.2- PROTOCOL D'INDUCCIÓ AMB DBC

6.2.1- Consideracions generals

La literatura demostra que l'ús del doble baló de Cook (DBC®) és un mètode segur amb menys efectes secundaris i millor perfil de seguretat pel fetus amb una eficàcia similar a les prostaglandines (taxes de part no aconseguit a les 24h similars).

Si comparem baló vs PGE2 (dinoprostona) (Propess™):

- No s'han observat diferències en la taxa de part vaginal.
- Disminució dels episodis d'hiperestimulació uterina amb alteració del RCTG
- Disminució de la morbiditat neonatal greu o mort perinatal
- Disminució de taxa d'ingrés a UCI (qualitat d'estudis moderada/ baixa)

Si comparem el baló amb PGE1 (misoprostol) vaginal (Misofar™):

- No s'han observat diferències en la taxa de part vaginal.
- Millor perfil de seguretat (menys alteracions del registre cardiotocogràfic) i disminució dels episodis d'hiperestimulació uterina
- Lleu ↑ taxa de cesàries sense significació clínica (baixa qualitat evidència).

Consideracions:

- Per poder col·locar el baló cal unes mínimes condicions cervicals (dilatació de 1-2cm). En cas de cèrvix íntegre o tancat, elegirem mètode farmacològic.
- El temps mig d'una inducció amb DBC és superior a una inducció amb prostaglandines, amb un millor perfil de seguretat.
- Un cop el baló ha estat col·locat durant **12h**, es considera que la maduració cervical està completa. NO s'han demostrat millors resultats amb més temps d'acció.
- Els controls de NST només seran necessaris a l'inici i a la retirada del baló o bé en cas de simptomatologia materna d'inici de treball de part actiu.
- Si la pacient té un cultiu SGB positiu, **NO** es procedirà a la cobertura antibiòtica **des de la col·locació** del baló sinó que s'iniciarà en moment que s'instauri dinàmica uterina regular, amniorrèxis o bé quan es retiri el baló.
- El test de Bishop després de retirar el baló **no és valorable** ja que el mecanisme de maduració cervical és diferent al de les prostaglandines.
- Posterior a retirar el baló s'ha d'afavorir la deambulació de la gestant durant 2h aproximadament; posteriorment:
 - Es realitzarà l'**amniotomia** si és possible i s'esperarà 1 hora aproximadament per veure si la gestant inicia dinàmica uterina espontània.

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 15 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

Sinó és així, iniciarem perfusió oxitòtica. L'amniotomia precoç accelera el procés d'inducció sense incrementar el risc d'infeccions.

- Si la presentació està molt lliure i no es pot realitzar l'amniorrexi, s' iniciarà perfusió d'oxitocina per intentar insinuar la presentació i realitzar l'amniorrexi més endavant.
- Si la pacient presenta DU espontània i està iniciant la fase activa del part, es mantindrà actitud expectant.

Si s'ha requerit retirada del baló per mala tolerància abans de la finalització del temps previst (12h) i manté Bishop <6, s'individualitzarà cada cas però, si no existeix contraindicació, es pot oferir una maduració cervical amb dinoprostona / Propess de forma consensuada amb la pacient.

6.2.2- Circuït durant ingrés hospitalari

Ingrés **19h** a l'àrea obstètrica:

Revisió HC, indicació i comprovar consentiment informat
RCTG 30 min

20-21h: àrea obstètrica

TV: si Bishop ≤ 6 -> Iniciar maduració cervical
Ecografia obstètrica per comprovar presentació i
descartar placenta marginal (opcional)
Col·locació del DBC® (valorar analgèsia)+
comprovació estàtica fetal
RCTG durant 30 minuts

21h: Sala hospitalització

Si bona tolerància i RCTG normal -> La pacient pot pujar a planta. Es permetrà-afavorirà la mobilització i dieta de fàcil absorció i hidratació.
Si dolor suprapúbic (diferenciar de DU) -> Paracetamol (1gr vo/ev)
Si persistència dolor: valorar desinflar 20cc de cada baló fins aconseguir bona tolerància

8:30h:

Dutxa i esmorzar a planta

9.30- 10:00h:

Retirada del Baló (sense TV) i actitud expectant durant 2h aprox. S'afavorirà la bipedestació, postures òptimes i deambulació de la pacient. Posteriorment, es baixarà a SP per RCTG, amniorrexis i inducció oxitòtica

Només es considerarà com a part de l'Hospital

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 16 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

6.2.3- Circuït durant maneig ambulatori

El maneig ambulatori / domiciliari permet millorar la satisfacció i l'experiència de les gestants i les seves famílies i redueix l'estada hospitalària. Les dones poden iniciar el procés en un entorn còmode i conegut. Donada el baix risc d'hiperestimulació dels mètodes mecànics de maduració cervical, no es requereix monitorització fetal i, per tant, permet el seu ús en entorns no medicalitzats. Els grups que han realitzats estudis aleatoritzats amb induccions de gestacions de baix risc a domicili no han mostrat diferències en quant a taxa de cesàries ni increment de complicacions i si han trobat una disminució en l'ús d'oxitocina i un menor temps des de l'ingrés fins al part en les induccions domiciliàries (*Pierce-Williams et al 2022, McDonagh M et al, 2021*).

Criteris per al maneig ambulatori (cal complir **TOTS els criteris**):

- Gestacions de baix risc *
- Acceptació per part de la pacient i bona comprensió de les instruccions
- Domicili proper a l'hospital i disponibilitat de medi de transport (màxim 30 minuts)
- Possibilitat de comunicació telefònica
- Acompanyament durant tot el procediment al domicili
- ≤ 2 parts previs
- SGB negatiu

* Inicialment, i tot i que alguns grups ho incorporen com possible criteri, **no** s'inclouran les gestants de risc intermedi (>40a, colèstasis intra-hepàtica, diabetis controlada amb dieta**, HTA crònica estable i ben controlada, cesària anterior, fetus PEG)

Criteris d'exclusió pel maneig ambulatori: gestacions mig, alt o molt alt risc. S'inclou fetus CIR, preeclàmpsia, diabetis pre-gestacional, patologia materna o fetal que requereixi monitorització contínua, presentació anòmala o inestable, polihidramnis, gestació gemel·lar, multiparitat.

** excepte si bon control metabòlic

Ingrés **19-20h** a l'àrea obstètrica:

Revisió HC, indicació de la inducció i comprovació del consentiment informat signat
RCTG 30 min

20-21h: Col·locació DBC

- Ecografia obstètrica: comprovació estàtica fetal
- TV: comprovació Bishop ≤ 6
- Col·locació DBC
- RCTG durant 30 minuts

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 17 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

21h: Alta a domicili

- Si bona tolerància i RCTG normal
- Llibertat de moviments i ingesta normal
- Possibilitat de dutxa
- Entregar full de recomanacions (Annex 4)

7:00- 8:00h: Esmorzar i dutxa a domicili

8.30- 9:00h: Ingress a l'hospital*

- Retirada del Baló (sense TV)
- RCTG durant 30 minuts. Si benestar fetal, actitud expectant durant 2h. S'afavorirà la bipedestació, postures òptimes i deambulació de la pacient

* En aquelles pacients que així ho acceptin, es pot valorar que retirin de forma autònoma el baló a domicili.

6.3- PROTOCOL D'INDUCCIÓ AMB PROPESS® (Dinoprostona 10mg: Propess®)

Usarem Propess per la inducció del part si necessitem preparació cervical en els casos que no puguem usar DBC:

- Induccions amb Bishop ≤ 6 (o múltiples amb ≤ 4)
- Bosses íntegres i, sobretot, RPM (contraindicació de baló)
- Si contraindicació del baló, impossibilitat de col·locació o mala tolerància

Nota: el protocol d'actuació davant RPM contempla la conducta expectant en certes circumstàncies (veure protocol Ruptura prematura de membranes **OBS-PM-014**). En aquests casos, caldrà iniciar la maduració cervical amb Propess® en:

- Gestants que després de 24h de RPM no hagin iniciat treball de part actiu i mantinguin un Bishop desfavorable (≤ 6)
- Gestants amb RPM i SGB positiu (s'aconsella conducta activa des de l'inici)

En aquestes gestants el temps de maduració considerat es manté en **12h**.

CIRCUÏT:

- Ingress **18.00h** i **20:00h** a l'àrea obstètrica: RCTG i revaloració Bishop. Col·locació de Propess al fons de sac vaginal. RCTG durant 60-90 minuts. Posteriorment, trasllat a planta si RCTG correcte i absència de dinàmica uterina. Es permetrà la hidratació i la dieta tova de fàcil digestió en absència de DU regular.
- Finestres de RCTG a planta/Àrea obstètrica en funció del risc:
 - Risc baix: a l'ingrés i a la retirada del Propess®
 - Risc intermig: La freqüència està indicada per l'equip de guàrdia.

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 18 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

- Risc alt-molt alt: cada 4-6h (comptabilitzar des de la finalització del RCTG previ).
- Si s'inicia DU regular i/o dolorosa, baixarà a Sala de Parts on s'iniciarà RCTG continuo i examen físic. Només retirarem Propess si existeixen alteracions de cardiotocogràfiques, mala tolerància materna o Bishop >6
- Retirada de Propess un cop transcorregudes **les 12h** aproximadament des de la col·locació. El manteniment >12h no ha demostrat increment parts vaginal; tot i així, valorar per l'equip de guàrdia situacions que ho justifiquin.
- Inducció oxiàtica +/- amniotomia
- Iniciar estimulació amb oxitocina als 30 min de retirar el Propess.

6.4- MADURACIÓ CERVICAL FALLIDA, FRACÀS D'INDUCCIÓ I PART ESTACIONAT

Es defineix maduració cervical fallida quan el cèrvix uterí continua sent desfavorable (Bishop <6) després de completar la pauta de maduració cervical. Davant d'aquesta situació, cal consensuar amb la pacient l'actitud a seguir:

- 1) Si pacient és primípara, talla baixa (<155cm) o té una cesària anterior → **Alt risc de cesària**. S'informarà a la pacient i s'actuarà segons les seves preferències: cesària vs intent de part vaginal.
- 2) Pacient secundigesta amb cesària prèvia: valorar en funció indicació cesària i pes fetal estimat (en pacients amb cesària prèvia i PFE >3500g el risc de cesària és >80%).
- 3) A la resta de casos, s'iniciarà estimulació amb oxitocina +/- amniotomia (cal tenir en compte que la taxa de part vaginal es calcula al voltant del 50% per aquestes pacients).

Per altra banda, seran indicació de cesària de recurs les següents situacions:

- **Fracàs d'inducció:** impossibilitat d'establir fase activa del treball de part o manca de progressió del mateix malgrat administració adient d'oxitocina i amniotomia. S'estableix després de 12 (+/-3) hores de la ruptura de la bossa amniòtica i administració d'oxitocina amb dinàmica adequada o dosis màxima de la mateixa.
- **Part estacionat:** es considerarà quan, un cop iniciada la fase activa del part (cèrvix esborrat i dilatat ≥ 4 cm i DU) no s'objectivin canvis cervicals durant 4 hores malgrat dinàmica uterina adient o 6h amb dinàmica inadequada tot i administració d'oxitocina.

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 19 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

7. BIBLIOGRAFIA

1. Alfirevic Z, Keeney E, Dowswell T, Welton NJ, Medley N, Dias S, Jones LV, et al. Methods to induce labour: a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *BJOG*. 2016 Aug;123(9):1462-70.
2. Berghella V, Bellussi F, Schoen CN. Evidence-based labor management: induction of labor (part 2). *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 Aug;2(3):100136. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100136. Epub 2020 Jul 19. PMID: 33345875
3. Grobman WA. Induction of labor with oxytocin. *UptoDate*, 2023. (consulta 17 de maig del 2023)
4. Laughon SK, Zhang J, Troendle J, Sun L, Reddy UM. Using a simplified Bishop score to predict vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2011 Apr;117(4):805-811. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182114ad2
5. Ivars J, Garabedian C, Devos P, Therby D, Carlier S, Deruelle P, Subtil D. Simplified Bishop score including parity predicts successful induction of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016 Aug;203:309-14. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.06.007
6. Leelarujijaroen C, Pruksanusak N, Geater A, Suntharasaj T, Suwanrath C, Pranpanus S. A predictive model for successfully inducing active labor among pregnant women: Combining cervical status assessment and clinical characteristics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2023 May 3;18:100196. doi: 10.1016/j.eurox.2023.100196
7. Hong J, Atkinson J, Roddy Mitchell A, et al. Comparison of Maternal Labor-Related Complications and Neonatal Outcomes Following Elective Induction of Labor at 39 Weeks of Gestation vs Expectant Management: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2023;6(5):e2313162. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.13162
8. Tita ATN, Doherty L, Grobman WA, et al. Maternal and Perinatal Outcomes of Expectant Management of Full-Term, Low-Risk, Nulliparous Patients. *Obstetrics and Gynecology*. 2021 Feb;137(2):250-257. DOI: 10.1097/aog.0000000000004230. PMID: 33416294; PMCID: PMC8404416
9. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, et al. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med*. 2018 Aug 9;379(6):513-523. doi: 10.1056/NEJMoa1800566. PMID: 30089070; PMCID: PMC6186292
10. ACOG Practice Advisory: Clinical guidance for integration of the findings of

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 20 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

The ARRIVE Trial: Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Advisories/Practice-Advisory-Clinical-guidance-for-integration-of-the-findings-of-The-ARRIVE-Trial> (Consultat el 17 maig 2023)

11. Thomas J1, Fairclough A, Kavanagh J, Kelly AJ. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 19;(6):CD003101.
12. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012.
13. Iolanda F, Elsa V, Ana L A, Paulo M. Induction of Labor in Obese Women - What Should We Know?. Perceptions Reprod Med. 1(4).PRM.000522.2018. DOI: 10.31031/PRM.2018.01.000522
14. Viteri OA, Tabsh KK, Alrais MA, Salazar XC, Lopez JM, Fok RY, Chauhan SP, Sibai BM. Transcervical Foley Balloon Plus Vaginal Misoprostol versus Vaginal Misoprostol Alone for Cervical Ripening in Nulliparous Obese Women: A Multicenter, Randomized, Comparative-Effectiveness Trial. Am J Perinatol. 2021 Aug;38(S 01):e123-e128. doi: 10.1055/s-0040-1708805
15. Nasioudis D, Kim SW, Schoen C, Levine LD. Maternal and neonatal outcomes with mechanical cervical dilation plus misoprostol compared to misoprostol alone for cervical ripening; a systematic review of literature and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2019 May;1(2):101-111. doi: 10.1016/j.ajogmf.2019.06.003
16. Kehl S, Born T, Weiss C, Faschingbauer F, Pretscher J, Beckmann MW, Sütterlin M, Dammer U. Induction of labour with sequential double-balloon catheter and oral misoprostol versus oral misoprostol alone in obese women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2019 May 1;3:100034. doi: 10.1016/j.eurox.2019.100034
17. Hamm RF, Teefey CP, Dolin CD, Durnwald CP, Srinivas SK, Levine LD. Risk of Cesarean Delivery for Women with Obesity Using a Standardized Labor Induction Protocol. Am J Perinatol. 2021 Dec;38(14):1453-1458.
18. Liu A, Lv J, Hu Y, Lang J, Ma L, Chen W. Efficacy and safety of intravaginal misoprostol versus intracervical dinoprostone for labor induction at term: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2014 Apr; 40(4):897-906. doi: 10.1111/jog.12333
19. Mendez-Figueroa H, Bicocca MJ, Gupta M, Wagner SM, Chauhan SP. Labor induction with prostaglandin E₁ versus E₂: a comparison of outcomes. J

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 21 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

Perinatol. 2021 Apr; 41(4):726-735. doi: 10.1038/s41372-020-00888-5

20. Gaudineau A, Senat MV, Ehlinger V, Gallini A, Morin M, Olivier P, Roth E, Orusco E, Javoise S, Fort J, Lavergne C, Arnaud C, Rozenberg P, Vayssiere C; Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie. Induction of labor at term with vaginal misoprostol or a prostaglandin E2 pessary: a noninferiority randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 Nov;225(5): 542.e1-542.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2021.04.226
21. Maggi C, Mazzoni G, Gerosa V, et al. Labor induction with misoprostol vaginal insert compared with dinoprostone vaginal insert. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019; 98: 1268- 1273
22. Mounie M, Costa N, Gaudineau A, Molinier L, Vayssièrè C, Derumeaux H. Cost-effectiveness analysis of vaginal misoprostol versus dinoprostone pessary: A non-inferiority large randomized controlled trial in France. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022 Aug; 158(2):390-397. doi: 10.1002/ijgo.13999
23. Dodd JJ, van der Goes BY, Pel M, Mol BW, van Post JA, Morning compared with evening induction of labor. *Obstet Gynecol* 2006; 108;350-60
24. Zarko Alfirevic, Anthony J Kelly, Therese Dowswell. Oxitocina intravenosa sola para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (Revisió Cochrane traduïda). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 N° 4.
25. Wan, S., Yang, M., Pei, J. et al. Pregnancy outcomes and associated factors for uterine rupture: an 8 years population-based retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 91 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04415-6>
26. Dimitrova, D., Kästner, A., Kästner, A. et al. Risk factors and outcomes associated with type of uterine rupture. *Arch Gynecol Obstet* 2022;306; 1967–1977. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06452-0>
27. Davidson C, Bellows P, Shah U, Hawley L, Drexler K, Gandhi M, Eppes C, Sangi-Haghpeykar H. Outcomes associated with trial of labor after cesarean in women with one versus two prior cesarean deliveries after a change in clinical practice guidelines in an academic hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020 May;33(9):1499-1504. doi: 10.1080/14767058.2018.1520831
28. Protocolo Maduración cervical e inducción al parto. Hospital Clínic de Barcelona i H. Sant Joan de Déu. Any 2023
29. Boulvain M, Stan C, Irion O. Despegamiento de las membranas para la inducción del trabajo de parto. *CochranePlus*, 2008, nº4. Oxford; Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 22 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

30. National Institute for Health and Care Excellence. 2021. Inducing labour (NICE Guideline No. 207). <http://www.nice.org.uk/guidance/ng207>
31. Protocolo Inducción al Parto, Hospital Santa Creu i Sant Pau. Any 2021
32. Cook Medical Cook Cervical Ripening Balloon. Instructions for use. Available in: <http://www.cookmedical.com>
33. Shechter-Maor G, Haran G, Sadeh-Mestechkin D, Ganor-Paz Y, Fejgin MD, Biron-Shental T. Intra-vaginal prostaglandin E2 versus double-balloon catheter for labor induction in term oligohydramnios. J Perinatol. 2015 Feb;35(2):95-8. doi: 10.1038/jp.2014.173
34. Chen W, Xue J, Peprah MK, Wen SW, Walker M, Gao Y, et al. A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labor. BJOG 2016;123:346–54.
35. de Vaan_MDT, ten Eikelder_MLG, Jozwiak_M, Palmer_KR, et al. Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019
36. Familiari et al. Adverse intrapartum outcome in pregnancies complicated by small for gestational age and late fetal growth restriction undergoing induction of labor with Dinoprostone, Misoprostol or mechanical methods: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020;252:455–467
37. Guia NICE. Insertion of a double balloon catheter for induction of labour in pregnant women without previous caesarean section. Intervencional procedures guidance. Published July 2015
38. Wang W, Zheng J, Fu J, Zhang X, Ma Q, Yu S, Li M, Hou L. Which is the safer method of labor induction for oligohydramnios women? Transcervical double balloon catheter or dinoprostone vaginal insert. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014 Nov;27(17):1805-8.
39. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)- a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. BJOG. 2010 Jan;117(1):5-19
40. Carlos De Bonrosto Torralba, et al. Double-balloon catheter for induction of labour in women with a previous cesarean section, could it be the best

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 23 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

choice? Arch Gynecol Obstet (2017) 295:1135–1143

41. Kristen McMaster, et al. Evaluation of a Transcervical Foley Catheter as a Source of Infection A Systematic Review and Meta-analysis Obstetrics & Gynecology Vol. 126, No. 3, 2015
42. Pierce-Williams R, Lesser H, Saccone G, Harper L, Chen V, Sciscione A, Kuper S, Subramaniam A, Ehsanipoor R, Berghella V. Outpatient Cervical Ripening with Balloon Catheters: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2022 Feb 1;139(2):255-268.
43. McDonagh M, Skelly AC, Tilden E, Brodt ED, Dana T, Hart E, Kantner SN, Fu R, Hermes AC. Outpatient Cervical Ripening: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2021 Jun 1;137(6):1091-1101. doi: 10.1097/AOG.0000000000004382.
44. Ogata J, Minami K. Synthetic oxytocin and latex allergy. Br J Anaesth. 2007 Jun;98(6):845-6. doi: 10.1093/bja/aem113.
45. Liccardi G, Bilò MB, Mauro C, Salzillo A, Piccolo A, D'Amato M, D'Amato G. Oxytocin: a likely underestimated risk for anaphylactic reactions in delivering women sensitized to latex. Ann Allergy Asthma Immunol. 2013 Jun;110(6):465-6. doi: 10.1016/j.anai.2013.03.014. Epub 2013 Apr 24.

8. DOCUMENTS RELACIONATS

TÍTOL DOCUMENT	CODI DOCUMENT
CREIXEMENT INTRAUTERÍ RESTRINGIT	OBS-PM-002
GESTACIÓ CRONOLÒGICAMENT PERLLONGADA	OBS-PM-019
GESTACIÓ GEMEL·LAR	OBS-PM-025
PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA	OBS-PM-081
CORIOAMNIONITIS – TRIPLE I	OBS-PM-020
COLESTASIS INTRAHEPÀTICA GESTACIONAL	OBS-PM-045
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANES	OBS-PM-014
CONSENTIMENT INFORMAT INDUCCIÓ AL PART	OBS-CI-015

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 24 de 32 Data última revisió: juny-2026
		PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART

QUA-IM-004 Rev.09

ANNEX 1: CONSENTIMENT INFORMAT D'INDUCCIÓ AL PART (disponible a la intranet)


Germans Trias i Pujol
Hospital


Institut Català
de la Salut

	Primer cognom _____ Segon cognom _____ Nom _____ Data de naixement _____ Sexe _____ NIF _____ DNI _____ CIP _____ Episodi origen _____
--	--

Consentiment informat

Nom i Cognoms de la persona responsable del pacient que sigui menor d'edat o incapaç de donar el seu consentiment. _____ DNI _____ Relació amb el/la pacient _____

Nom del procediment

Inducció del part _____

Quan està indicat?

Hi ha múltiples indicacions per a la inducció al part. Si és el cas es recomana inducció per: _____

Procediment

La inducció al part es pot realitzar de diferents formes, depenent de les característiques de cada cas, quedant a judici del metge tant la seva indicació com l'elecció del mètode emprat, sent els més freqüents de manera individual o combinada:

- Col·locació de baló cervical de Cook
- Administració de prostaglandines per via vaginal / endocervical
- Administració intravenosa (a la vena) d'oxitocina mitjançant degoteig, que pot realitzar-se directament o després d'alguna de les anteriors.
- Ruptura de la bossa amniòtica.
- Administració de prostaglandines intramusculars o intravenoses, que només es fan servir per a la inducció del part de fetus morts.

En el meu cas, el procediment inicial serà: _____

Riscos generals

Tot i que la inducció del part és àmpliament utilitzada i els seus riscos no són elevats, els diferents procediments poden condicionar complicacions en la mare o en el fetus, sent les més importants:

- Infecció de la mare o del fetus, el risc augmenta principalment a partir de les vint hores del trencament de la bossa amniòtica.
- Aparició d'un patiment agut del fetus, per disminució de l'aportació d'oxigen al fetus durant les contraccions uterines, i no és el seu risc major al del part no induït.
- Fràccs de la inducció.


Germans Trias i Pujol
Hospital


Institut Català
de la Salut

d. Ruptura de l'úter, complicació molt infreqüent, el risc augmenta quan s'administra oxitocina o prostaglandines i que suposa un greu risc per a la vida de la mare i del fetus.

e. Prolapse de cordó (expulsió del cordó umbilical abans de la sortida de fetus), complicació rara que pot ocórrer després del trencament de la bossa amniòtica i que posa en greu perill la vida del fetus, i no és la seva incidència més gran que en el part no induït.

L'aparició d'alguna d'aquestes complicacions comporta habitualment la realització d'una cesària per salvaguardar la vida de la mare o del nen.

Riscos personalitzats

En el vostre cas serien: _____

Alternatives

En determinades ocasions, no induir el part pot comportar a una pèrdua de benestar del fetus o de la mare.

Imatges

En alguns casos pot ser necessari prendre imatges, com fotografies o vídeos, que serveixin per documentar millor el cas. També es poden fer servir amb una finalitat docent i de difusió del coneixement científic (comunicacions, congressos i reunions científiques, publicacions i programes de difusió). En qualsevol cas, només es faran servir si ens autoritzeu a fer-ho. La vostra identitat es preservarà de manera confidencial.

☐ Autoritzo ☐ No autoritzo

la realització de fotografies o vídeos durant el procés d'atenció.

Mostres biològiques i dades

Les vostres dades seran guardades de forma confidencial i utilitzades només amb finalitat assistencial, epidemiològica, docent i de recerca. Igualment pel que fa a les mostres de teixits obtinguts en el curs del vostre tractament, que seran guardades amb compliment de la legislació vigent. No obstant, us demanarem un consentiment específic per a poder fer servir les vostres mostres en un projecte de recerca o per a emmagatzemar-les en el biobanc del centre.

He rebut la informació pertinent sobre la necessitat del procediment i les seves característiques i alternatives. M'han estat aclarint els dubtes que he tingut en el diàleg mantingut amb el metge i en llegir, escoltar o veure la informació específica suplementària que m'ha estat facilitada. També m'han informat de la possibilitat que s'hagi de modificar el procediment previst per a solucionar el meu problema de salut. Sé que puc negar-me a què es faci el procediment i que puc desdir-me en qualsevol moment i revocar aquest consentiment.

_____, de _____ de _____

Servei sol·licitant	Professional que informa	Número d'identificació
---------------------	--------------------------	------------------------

Signatura del/la pacient o responsable	Data	Signatura del professional
--	------	----------------------------

☐ Accepta

☐ No Accepta

☐ Accepta amb limitacions: _____

Revocació consentiment informat

Jo, En/Na _____ revoco el consentiment prestat en data _____ i declaro per tant que, després de la informació rebuda, no autoritzo en sol·metre'm al procediment de inducció del part.

Recordar de:

- Complimentar correctament les dades de filiació de la gestant.
- Complimentar el metge que indica el procediment. Cal indicar clarament la indicació de la inducció i el mètode proposat.

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 25 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

ANNEX 2: FÀRMACS A SALA DE PARTS

2.1 ADMINISTRACIÓ D'OXITOCINA

Preparació: Dissoldre 10 UI d'Oxitocina (1 ampolla) en un sèrum fisiològic de 500 ml.

2.1.1- ADMINISTRACIÓ D'OXITOCINA PER L'ESTIMULACIÓ (DU ja present)

Objectiu: Incrementar o regularitzar les característiques de la dinàmica uterina ja present.

Dosificació: Iniciar la perfusió a raó de 2 mU/min (6 ml/h). S'incrementarà la dosi a raó de 2 mU/m **cada 20-30 minuts**, fins aconseguir la fase activa del part amb un màxim de 4-5 contraccions cada 10 minuts. A partir d'aquest moment es mantindrà la mínima dosi eficaç¹. La **dosís màxima** no ha de sobrepassar en cap cas les **32 mU/ minut (96 ml/h)**.

Si s'usen dosis més elevades, l'increment ha de ser molt prudent i amb una estreta vigilància, amb la infusió sempre en bomba i una monitorització interna de la FCF i la dinàmica uterina per evitar una hiperestimulació.

La següent Taula correlaciona ritme d'infusió amb la dosi oxitocina administrada.

2 mU/min	6 ml/h
4 mU/min	12 ml/h
6 mU/min	18 ml/h
8 mU/min	24 ml/h
10 mU/min	30 ml/h
12 mU/min	36 ml/h
14 mU/min	42 ml/h
16 mU/min	48 ml/h
18 mU/min	54 ml/h
20 mU/min	60 ml/h
22 mU/min	66 ml/h
24 mU/min	72 ml/h
26 mU/min	78 ml/h
28 mU/min	84ml/h
30 mU/min	90ml/h
32mU/min	96ml/h

** En fetus compromesos o pacients amb cesària anterior, els increments seran menors: 3ml/h (o 1 UI/min) cada 20 minuts*

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 26 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

2.1.2- ADMINISTRACIÓ D'OXITOCINA PER L'INDUCCIÓ

Objectiu: Provocar DU regular i efectiva en pacient amb absència de DU.

Dosificació: Doblar dosis **cada 20-30 minuts** depenent la dinàmica que presenti. A partir de 48 ml/h (16 mU/min), l'increment de dosis es reduirà a 2 mU/min (6 ml/h) per evitar l'aparició d'hiperestimulació.

Un cop es regularitza la DU i el treball de part avança, si cal incrementar la perfusió d'oxitocina per regularitzar la dinàmica uterina, es farà a un ritme menor (Veure DOSIFICACIÓ OXITOCINA PER ESTIMULACIÓ)

2 mU/min	6 ml/h
4 mU/min	12 ml/h
8 mU/min	24 ml/h
16 mU/min	48 ml/h
18 mU/min	54 ml/h
20 mU/min	60 ml/h
22 mU/min	66 ml/h
24 mU/min	72ml/h
26 mU/min	78ml/h
28 mU/min	84ml/h
30 mU/min	90ml/h
32 mU/min	96ml/h

**La dosis màxima serà de 32 mU/min (96 ml/h). Si s'usen dosis més elevades, l'increment ha de ser molt prudent i amb estreta vigilància, amb la infusió sempre en bomba i amb monitorització interna de FCF i dinàmica uterina per evitar una hiperestimulació.*

*** En fetus compromesos i cesàries anteriors a partir de 8mU/min (24ml/h), l'increment es realitzarà més lentament a raó de 1mU/min (3ml/h) cada 20 minuts.*

**** En cas que s'hagi aturat la perfusió d'oxitocina i es vulgui reiniciar en <30 minuts, es reiniciarà a la meitat de la darrera dosis administrada. Si el reinici es duu a terme >30 minuts després, es començarà de 0 (6 ml/h) i s'augmentarà segons protocol en ambdós casos.*

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 27 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

2.2 ADMINISTRACIÓ TOCOLISIS D'EMERGÈNCIA.

Objectiu: Finalització o disminució de la DU. Resurrecció fetal intraúter.

Indicacions més freqüents:

- Polisistòlia mantinguda.
- En indicació de cesària urgent per recuperació abans d'extracció fetal
- Signes al registre cardiotocogràfic d'hipòxia aguda o subaguda.

2.2.1. Pre-par (1a opció) (1 ampolla Pre-par té 5ml amb 10mg Pre-par / ml)

- **Preparació:** Dissoldre 1 ampolla de Pre-par (50mg) en 250cc de sèrum Glucosat 5%. (ATENCIÓ: duració del mateix preparat màxim 12h).

- **Dosificació:** Dosis inicial d'atac **60ml/h**, en casos de bradicàrdia molt severa es pot iniciar bomba a 75ml/h.

S'ha de mantenir la medicació fins finalització d'hipertó/polisistòlia o bradicàrdia fetal. Posteriorment ↓ dosis a 30 ml/h durant 1-2 minuts, després a 15ml/h i finalment aturar l'administració. No allargar el tractament més de 10 minuts a dosis altes.

* L'efecte advers més freqüent és la taquicàrdia transitòria materna. Es recomana monitoritzar el pols matern durant el procediment.

* Incrementa el risc d'atonia uterina i HPP per la qual cosa, s'ha d'utilitzar amb precaució i durant un temps limitat (no >10 minuts) En casos molt severos és possible, després del tractament d'atac, disminuir la dosis a 30 ml/h mentre es realitza la transferència a quiròfan per cesària urgent. Valorar en aquests casos l'administració de Carbetocina (Duratobal®).

2.2.2. Salbutamol (1 ampolla de Salbutamol 1ml = 0.5mg = 500 µg)

- **Preparació:** Diluïm 1 ampolla de Salbutamol en 9ml SF (**50µg/ml**)

- **Dosificació:**

- Administrem 2ml en bolus ev lent (10-20s) (**100 µg salbutamol**)
- Possibilitat de repetir bolus en 2-3 minuts.
- Dosis màxima 250 µg (**2.5 bolus**).

Possibilitat d'usar 1 bolus conjuntament amb Prepar en casos de bradicàrdia molt severa i perllongada.

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 28 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

Si no cedeix hipertò / hiperestimulació: abreuament expulsiu **vs** cesària urgent prèvia administració bolus Atosiban (veure apartat **2.2.3.**)

Durant l'administració la gestant ha de romandre monitoritzada.

Aturar infusió ev si **FC materna >140x'**

Contraindicacions (= usar bolus Atosiban):

- Patologia cardíaca
- Hipertensió i preeclàmpsia
- Hipertiroïdisme

2.2.3. Atosiban

EN CASOS EXCEPCIONALS quan estan CONTRAINDICAT ELS BETAMIMÉTICS (pacient amb cardiopatia estructural, arrítmies, gestacions múltiples, etc...) s'utilitzarà 1 bolus de Atosiban: 1 vial Atosiban 6.75mg/0.9ml.

Preparació bolus: Diluir ampolla Atosiban en 9ml SF i administrar ev lent (1-2 minuts).

 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 29 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

ANNEX 3: INSTRUCCIONS PER LA COL·LOCACIÓ I EXTRACCIÓ DEL DBC

Preparació del pacient

1. Realitzar una ecografia abdominal per confirmar la presentació i excloure la placenta prèvia i vasa prèvia (opcional).
2. Col·locar a la pacient en posició de litotomia.
3. Introduir un espècul vaginal gran per obtenir accés al coll uterí
4. Netejar el cervix amb clorhexidina aquosa per preparar la introducció del dispositiu.

Col·locació del dispositiu:

5. Un cop travessat el cervix i quan el baló estigui per sobre de l'orifici cervical intern, retirar l'estilet abans de fer avançar més el catèter.
6. Avançar el baló fins que ambdós balons estiguin introduïts al canal cervical.
7. Inflar el baló uterí amb 20 ml de solució salina estèril usant una xeringa estàndards de 20 ml a través de la vàlvula Check-Flo vermella, marcada amb la lletra <<U>>.
8. Un cop inflat el baló uterí, tiri del dispositiu cap enrere fins que el baló estigui contra l'orifici cervical intern. **AQUEST PAS ÉS MOLT IMPORTANT (cal una tracció forta)** perquè el baló vaginal quedi fora de l'orifici cervical extern. Si no es realitza correctament, el baló vaginal s'inflarà dins el canal cervical i serà **molt dolorós** per la pacient.
9. Una vegada que els balons situats a cada costat del cervix i que el dispositiu està fixat en posició correcta, extreure l'espècul.
10. En aquest moment, traccionant FORT del catèter, es pot inflar el baló vaginal amb 20 ml de solució salina estèril usant xeringa estàndard de 20 ml a través de la vàlvula Check-Flo verda, marcada amb la lletra <<V>>.
11. Afegir més líquid a cada baló per torns, amb increments de 20ml, fins que cada baló contingui un màxim de 80ml de líquid. **DEIXAR UN TEMPS A LA PACIENT PER ANAR-SE ACOMODANT A L'INCREMENT DE PRESSIÓ.** Únicament passar al pas següent si la pacient té bona tolerància.
12. Fixar amb esparadrap l'extrem proximal del catèter a la cara interna de la cama de la pacient.

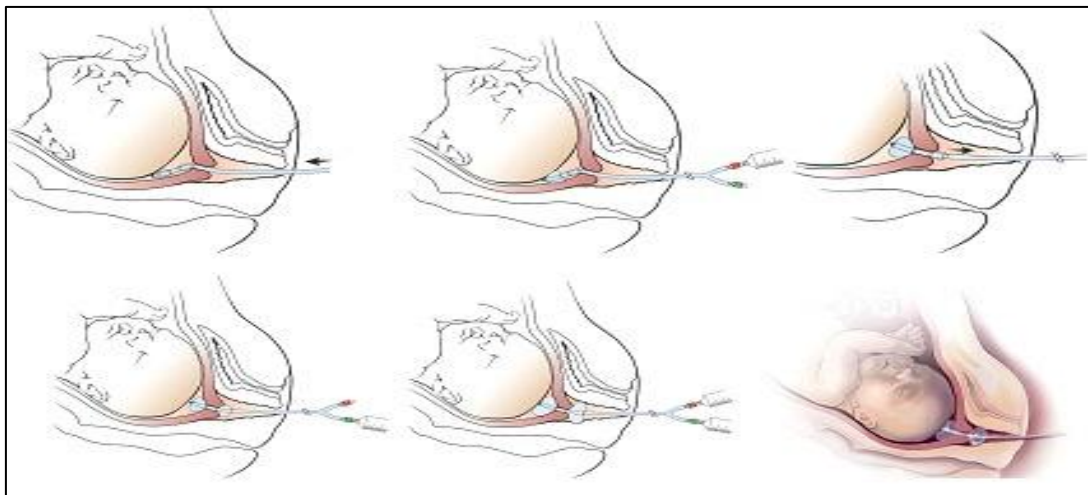


PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART

QUA-IM-004 Rev.09

Extracció del dispositiu:

Desinflar ambdós balons a través de les vàlvules corresponents marcades amb les lletres «U» i «V», i extraure el dispositiu per la vagina. També hi ha l'opció de tallar directament les cànules i deixar buidar els balons abans d'extraure la resta del dispositiu.



 Germans Trias i Pujol Hospital	CODI DOCUMENT: OBS-PM-005	Revisió: 05 Pàgina nº 31 de 32 Data última revisió: juny-2026
PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART		

QUA-IM-004 Rev.09

ANNEX 4: RECOMANACIONS ALS PACIENTS AMB INDUCCIÓ DOMICILIÀRIA AMB BALÓ

- El baló que se li ha introduït s'ha de mantenir, idealment, durant 10-12h. Després de la seva col·locació, se li comprovarà el benestar del seu nadó i de vostè mateixa durant uns 30 minuts aproximadament mitjançant observació clínica i monitorització fetal. Si tot està correcta, podrà marxar al seu domicili sempre acompanyada.
- Durant el període que romangui de forma ambulatoria, podrà menjar i beure. Es recomanen àpats lleugers i begudes sense gas.
- S'aconsella mantenir el moviment (ús de "pilota" o esferodinàmia, deambulació, ioga...) per afavorir l'inici del treball de part.
- En cas d'iniciar contraccions doloroses, pot usar l'escalfor local, la dutxa amb aigua calenta i la pròpia esferodinàmia per alleugerir les molèsties. Així mateix, pot prendre un paracetamol de 1gr vo
- S'aconsella també descansar tan com sigui possible.
- En cas d'expulsar el baló o que es produeixi el trencament de la bossa amniòtica, mantingui la tranquil·litat. Comuniqui's telefònicament amb el hall maternal i el personal de sala de parts li donarà les instruccions que ha de seguir.
- Qualsevol dubte que tingui mentre està al seu domicili, contacti directament amb el hall maternal.
- Al matí del dia següent, entre les 7:00 – 8:00h, dutxi's, esmorzi i posteriorment, dirigeixi cap a l'hospital
- Un cop a l'hospital, entri pel hall maternal, avisi a recepció i, en quant el personal pugui, serà ingressada a sala de parts. Un cop allí, se li retirarà el baló i valorarem la conducta a seguir. En aquelles pacients que ho acceptin, es pot valorar, la retirada autònoma del baló al seu domicili per tal d'escurçar els temps del procediment.

Telèfon contacte Hall Maternitat

93 497 84 80



PROTOCOL D' INDUCCIÓ AL PART

QUA-IM-004 Rev.09

ANNEXE 5: FULL INFORMATIU PELS PACIENTS AMB INDUCCIÓ PROGRAMADA (OBS-FI-023 INDUCCIÓ AL PART)

INDUCCIÓ AL PART

1 PERQUÈ SERVEIX?

Es un procediment destinat a desencadenar l'inici del part quan es recomana finalitzar l'embaràs i el part no s'ha iniciat espontàniament.

2 COM ES FA?

Per fer-ho, i segons les condicions del coll de l'úter, disposem de diferents mètodes, segons si cal o no, madurar abans el coll de l'úter:

3 QUÈ VOI DIR MADURAR EL COLL DE L'ÚTER?

Durant els dies o setmanes abans que el part comenci per si sol, el coll de l'úter s'estova, s'escurça i comença a obrir-se. Quan el coll no és madur, podem madurar-lo de manera artificial abans de començar la inducció.

4 MÈTODES DE MADURACIÓ DEL COLL DE L'ÚTER

Quan en iniciar una inducció al part el coll de l'úter no és madur, cal, durant unes hores, madurar-lo. Per fer-ho disposem de mètodes mecànics (Doble Baló) o farmacològics (medicaments, com les prostaglandines)

5 DOBLE BALÓ

És un mètode de maduració cervical que consisteix en aplicar un estimul mecànic sobre el coll de l'úter. En embarassos de baix risc es pot considerar fer-ho al propi domicili.



6 PROSTAGLANDINES

L'aplicació d'aquest fàrmac en contacte amb el coll de l'úter per afavorir la seva maduració. Té la mateixa finalitat que el baló, però s'aplica únicament a nivell hospitalari.



7 OXITOCINA

Quan el coll de l'úter ja és madur, bé sigui perquè ha madurat per si sol o perquè hem aplicat un doble baló o prostaglandines per madurar-lo, disposem de la Oxitocina, un fàrmac que genera contraccions uterines i afavoreix l'inici del part. S'administra per via endovenosa a l'hospital i durant el seu ús es controla el benestar tant de la mare com del bebè.



Salut/ Germans Trias i Pujol Hospital