CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente

Facultad de Medicina, Universidad de Chile

INDUCCION A LAS 39 EVIDENCIA ACTUAL

DRA ANA LUISA PEREZ

BECADA MMF U DE CHILE

DEFINICIONES

CONCEPTOS DE ASOCIACION A RIESGO EN LA INDUCCION

INDICACIONES DE INDUCCION

QUE ES UNA INDUCCION ELECTIVA

LOS RN DE TERMINO PRECOCES : EL FOCO EN LAS 39 SEMANAS

INDUCCION A LAS 39 SEMANAS LA EVIDENCIA ACTUAL

GENERALIDADES: DEFINICIONES

- **INDUCCIÓN:** ES LA INICIACIÓN DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS EN UNA MUJER EMBARAZADA QUE NO ESTÁ EN LA FASE DEL TRABAJO DE PARTO, CON EL FIN DE LOGRAR UN PARTO VAGINAL.
- **MADURACIÓN CERVICAL:** ES EL USO DE MEDIOS FARMACOLÓGICOS U OTROS PARA ABLANDAR, BORRAR Y/O DILATAR EL CERVIX Y ASÍ AUMENTAR LA PROBABILIDAD DE UN PARTO VAGINAL, DESPUÉS DE INDUCIR EL T DE PARTO.
- **INDUCCIÓN FRACASADA:** CONCEPTO QUE INVOLUCRA LA INCAPACIDAD DE ALCANZAR LA FASE ACTIVA DEL TRA- BAJO DE PARTO (4 CM), EN UNA MUJER SOMETIDA A INDUCCIÓN, HABIENDO COMPLEMENTADO ÉSTA CON UNA RUPTURA DE LAS MEMBRANAS.

GENERALIDADES

LA TASA DE INDUCCION DE PARTO HA AUMENTADO , ACTUALMENTE 1 DE CADA 4 TRABAJOS DE PARTO EN LOS PAISES INDUSTRIALIZADOS SON INDUCIDOS

ESTE PROCEDIMIENTO NO ESTÁ LIBRE DE RIESGOS , CLASICAMENTE SE LE RELACIONA , ENTRE OTROS CON ROTURA UTERINA , AUMENTO DE LA TASA DE CESÁREAS , INFECCIÓN MATERNA, AUMENTO DE PARTO OPERATORIO…..

GENERALIDADES

SE ACEPTA QUE LA INDUCCION ESTÁ INDICADA CUANDO SE CREE QUE LOS RESULTADOS PARA EL FETO, LA MADRE O AMBOS SON MEJORES QUE CON EL MANEJO EXPECTANTE

ADEMÁS, AL TRATARSE DE UN PROCEDIMIENTO MÉDICO, DEBE LLEVARSE A CABO SOLO CUANDO EXISTE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO, OJALÁ TOMANDO EN CUENTA LAS TASAS DE ÉXITO DEL PROCEDIMIENTO EN LA INSTITUCIÓN

GENERALIDADES

EXISTE CONSENSO UNIVERSAL EN ACEPTAR QUE :

RPM : INFECCION MATERNA

41 SEMANAS : AUMENTO DE MORBILIDAD EN RN

MACROSOMIA : BOULVAIN 2015… LO QUE CAMBIÓ LA REVISIÓN COCHRANE AL RESPECTO

GENERALIDADES

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term (Review)

Middleton P, Shepherd E, Crowther CA

The American College of Obstetricians and Gynecologists

WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS

NUMBER 146, AUGUST 2014

Management of Late-Term and Postterm Pregnancies

¿QUÉ ES LA INDUCCION ELECTIVA?

EL CONCEPTO DE INDUCCIÓN ELECTIVA SE HA DEFINIDO CADA VEZ MÁS COMO UNA INDUCCIÓN A TÉRMINO, SIN UNA RAZÓN CLÍNICA APARENTE, PARA MEJORAR LOS RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES.

¿QUÉ ES LA INDUCCION ELECTIVA?

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

1.2.5 **Maternal request**

1.2.5.1 Induction of labour should not routinely be offered on maternal request alone. However, under exceptional circumstances (for example, if the woman's partner is soon to be posted abroad with the armed forces), induction may be considered at or after 40 weeks.

SOGC

Unacceptable Indications

- Care provider or patient convenience
- Suspected fetal macrosomia (estimated fetal weight > 4000 gm) in a non-diabetic women is an unacceptable indication because there is no reduction in the incidence of shoulder dystocia but twice the risk of CS.[5–7]

ACOG PRACTICE BULLETIN

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS 1951 WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS

NUMBER 107, AUGUST 2009

Replaces Practice Bulletin Number 10, November 1999; Committee Opinion Number 228, November 1999; Committee Opinion Number 248, December 2000; Committee Opinion Number 283, May 2003

¿QUÉ ES LA INDUCCION ELECTIVA?

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

Guía Perinatal
2015

Subsecretaría de Salud Pública
División Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Ciclo Vital
Programa Nacional Salud de la Mujer

2. Indicaciones

- La inducción está indicada cuando el riesgo de continuar con el embarazo, excede el riesgo asociado con la inducción del Trabajo de Parto.
- La indicación debe ser convincente, necesaria, documentada y con el consentimiento de la mujer.
- No está indicada cuando es sólo para la conveniencia particular del médico o la mujer.
- La realización debe ser priorizada, según la urgencia de la condición clínica y la disponibilidad de los recursos.

5. Riesgos de la inducción

- Fallo en lograr el trabajo de parto.
- Hiperestimulación uterina con compromiso fetal.
- Mayor riesgo de parto quirúrgico.
- Riesgo de rotura uterina.

Indicaciones inaceptables

- Sospecha de macrosomía fetal.
- Ausencia de indicación materna o fetal.
- Conveniencia del médico.

Current Commentary

Rethinking the Definition of "Term Pregnancy"

Alan R. Fleischman, MD, Motoko Oinuma, BA, and Steven L. Clark, MD

Table 1. Definition and Description of Gestational Age

Description	Gestational Age (wk)
Preterm	Less than 37
Late preterm	34 0/7 to 36 6/7
Term	37 0/7 to 41 6/7
Early term	37 0/7 to 38 6/7
Full term	39 0/7 to 41 6/7
Postterm	42 or greater

APARICIÓN DEL TÉRMINO **RECIEN NACIDO DE TÉRMINO PRECOZ .. PARA AQUELLOS ENTRE LAS 37 Y 38+6 SEMANAS BASADO EN RESULTADOS PERINATALES COMO SDR/INGRESO A UCI**

NACIMIENTOS VIVOS ÚNICOS EN LOS ESTADOS UNIDOS A TÉRMINO ENTRE 1995 Y 2001

0.66 POR 1,000 NACIDOS VIVOS :37 SEMANAS

0.33 POR 1,000 NACIMIENTOS VIVOS : 39 SEMANAS

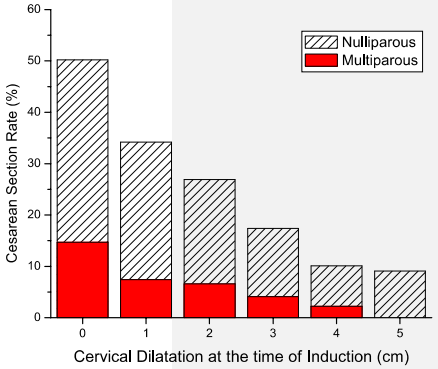
ESTABLE DE 39 A 40 SEMANAS.

OBSTETRICS

Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery

Steven L. Clark, MD; Darla D. Miller, BSN, RNC; Michael A. Belfort, MD, PhD; Gary A. Dildy, MD; Donna K. Frye, RN, MN; Janet A. Meyers, RN

FIGURE
Dilatation and cesarean delivery rate



Initial cervical dilatation and cesarean delivery rate among women undergoing induction of labor at term.

Clark. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. Am J Obstet Gynecol 2009.

TABLE
Elective delivery and neonatal outcome

Variable	37 wk	38 wk	39+ wk
Elective inductions	112	678	2004
NICU admissions	17	44	61
%	15.2 ($P = .003$)	7.0 ($P < .001$)	6.0
Elective repeat cesarean	105	696	776
NICU admissions	21	58	62
%	20.0 ($P < .001$)	8.3 ($P =$ NS)	8.0
Elective primary cesareans	24	97	153
NICU admissions	5	16	12
%	20.8 ($P =$ NS)[a]	16.5 ($P =$ NS)[a]	7.8
Total elective deliveries	241	1471	2933
NICU admissions	43	118	135
%	17.8 ($P < .001$)	8.0 ($P < .001$)	4.6

NICU, neonatal intensive care unit; *NS*, nonsignificant.
Statistical analysis represents a comparison of each gestational age to the subsequent gestational age category.
[a] For 37 + 38 wk elective primary cesarean vs 39+ wk elective primary cesarean, $P = .027$.

Clark. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. Am J Obstet Gynecol 2009.

EN RELACIÓN A ESTOS RESULTADOS SE RECOMIENDA NO REALIZAR INTERRUPCIONES ELECTIVAS PREVIO A LAS 39 SEMANAS ……

Y SI NO SON INDUCIDOS ?

RESEARCH www.AJOG.org

OBSTETRICS

Neonatal outcomes in early term birth

Laura I. Parikh, MD; Uma M. Reddy, MD, MPH; Tuija Männistö, MD, PhD; Pauline Mendola, PhD; Lindsey Sjaarda, PhD; Stefanie Hinkle, PhD; Zhen Chen, PhD; Zhaohui Lu, MS; S. Katherine Laughon, MD, MS

OBJECTIVES: To determine neonatal morbidity rates for early term birth compared with full term birth by precursor leading to delivery.

STUDY DESIGN: This was a retrospective study of 188,809 deliveries from 37 0/7 to 41 6/7 weeks of gestation with electronic medical record data from 2002 to 2008. Precursors for delivery were categorized as spontaneous labor, premature rupture of membranes indicated, and no recorded indication. After excluding anomalies, rates of neonatal morbidities by precursor were compared at each week of delivery.

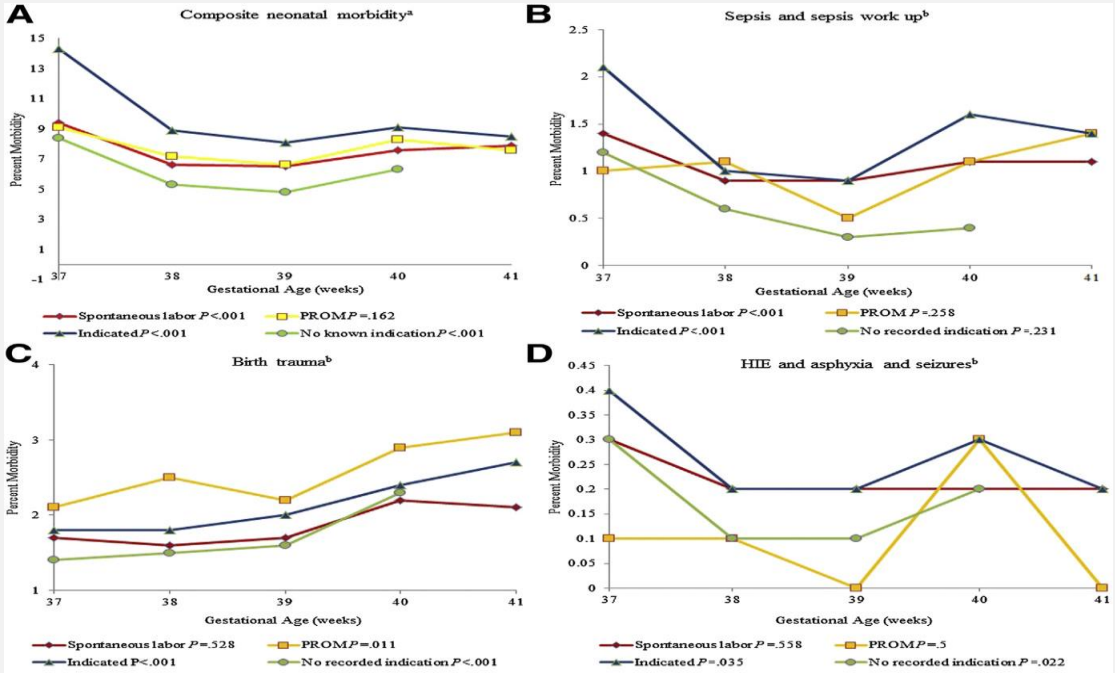
RESULTS: Early term births (37 0/7-38 6/7 weeks) accounted for 34.1% of term births. Overall, 53.6% of early term births were due to spontaneous labor, followed by 27.6% indicated, 15.5% with no recorded indication, and 3.3% with premature rupture of membranes. Neonatal intensive care unit admission and respiratory morbidity were lowest at or beyond 39 weeks compared with the early term period for most precursors, although indicated deliveries had the highest morbidity compared with other precursors. The greatest difference in morbidity was between 37 and 39 weeks for most precursors, although most differences in morbidities between 38 and 39 weeks were not significant. Respiratory morbidity was higher at 37 than 39 weeks regardless of route of delivery.

CONCLUSION: Given the higher neonatal morbidity at 37 compared with 39 weeks regardless of delivery precursor, our data support recent recommendations for designating early term to include 37 weeks. Prospective data is urgently needed to determine the optimal timing of delivery for common pregnancy complications.

Key words: early term birth, neonatal morbidity, precursors for delivery

Cite this article as: Parikh LI, Reddy UM, Männistö T, et al. Neonatal outcomes in early term birth. Am J Obstet Gynecol 2014;210:x-ex-x-ex.

FIGURE
Neonatal morbidities by gestational age and precursor



HIE, hypoxic ischemic encephalopathy; *PROM*, premature rupture of membranes.

[a] *P* values for legend correspond to composite morbidity across all weeks gestational age for each major delivery precursor. *P* value < .001 for deliveries at 37 compared with 39 weeks for all major precursors except for PROM ($P = .016$). *P* values nonsignificant for 38 vs 39 weeks for each major delivery precursor ($P = .029$—$.545$); [b] *P* values for legends in B-D correspond to morbidity across all weeks gestational age for each major delivery precursor.

Parikh. Early term neonatal morbidity. Am J Obstet Gyncol 2014.

NO REGISTRADO

RPM

ESPONTANEO

INDICADO

- GRAN CANTIDAD DE INDUCCIONES SIN CAUSA DOCUMENTADA
- EVIDENCIA SUFICIENTE QUE A LAS 39 SEMANAS EXISTE UN QUIEBRE EN LA MORBILIDAD
- COSTOS ASOCIADOS EN SALUD A MATERNIDAD / INDUCCION
- UNIFICACION DE CRITERIOS

TENEMOS CLARIDAD RESPECTO A QUE EL PARTO INDUCIDO EN EL TERMINO PRECOZ SE ASOCIA A MAYORES RIESGOS PERINATALES Y QUE ESTOS DISMINUYEN EN EL MAYOR A 41 SEMANAS

QUE OCURRE ENTRE LAS 39 Y LAS 40 +6…. LA PRACTICA OBSTETRICA TENDERIA A EVITARLO POR AUMENTO DE RIESGOS ASOCIADOS , FUNDAMENTALMENTE LA CESAREA EN NULIPARAS

.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 AUGUST 9, 2018 VOL. 379 NO. 6

Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women

William A. Grobman, M.D., Madeline M. Rice, Ph.D., Uma M. Reddy, M.D., M.P.H., Alan T.N. Tita, M.D., Ph.D., Robert M. Silver, M.D., Gail Mallett, R.N., M.S., C.C.R.C., Kim Hill, R.N., B.S.N., Elizabeth A. Thom, Ph.D., Yasser Y. El-Sayed, M.D., Annette Perez-Delboy, M.D., Dwight J. Rouse, M.D., George R. Saade, M.D., Kim A. Boggess, M.D., Suneet P. Chauhan, M.D., Jay D. Iams, M.D., Edward K. Chien, M.D., Brian M. Casey, M.D., Ronald S. Gibbs, M.D., Sindhu K. Srinivas, M.D., M.S.C.E., Geeta K. Swamy, M.D., Hyagriv N. Simhan, M.D., and George A. Macones, M.D., M.S.C.E., for the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network*

El ensayo ARRIVE (un ensayo aleatorizado de inducción versus manejo expectante) se diseñó para probar la hipótesis de que la inducción electiva del trabajo de parto a las 39 semanas daría lugar a un menor riesgo de un resultado compuesto perinatal de muerte o complicaciones neonatales graves que el manejo expectante entre mujeres nulíparas de bajo riesgo.

DISEÑO:

ENSAYO MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO, CONTROLADO, DE GRUPOS PARALELOS, SIN DOBLE CIEGO

41 HOSPITALES

RECLUTAMIENTO :

MUJERES NULÍPARAS, DE BAJO RIESGO QUE TENÍAN 34 SEMANAS 0 DÍAS A 38 SEMANAS 6 DÍAS DE GESTACIÓN

FETO ÚNICO VIVO QUE ESTABA EN UNA PRESENTACIÓN DE VÉRTICE, QUE NO TENÍAN CONTRAINDICACIÓN PARA EL PARTO VAGINAL

NO TENÍAN UN PARTO POR CESÁREA PLANIFICADO

EG SEGURA

BAJO RIESGO: SE DEFINIÓ COMO LA AUSENCIA DE CUALQUIER CONDICIÓN CONSIDERADA COMO UNA INDICACIÓN MATERNA O FETAL PARA EL PARTO ANTES DE LAS 40 SEMANAS + 5 DÍAS

EDAD GESTACIONAL SEGURA: FUR SEGURA Y COSNISTENTE CON LA ECOGRAFÍA REALIZADA ANTES DE LAS 21 SEMANAS 0 DÍAS O SI LA FUR ERA INCIERTA PERO CONSTABA CON ECOGRAFÍA REALIZADA ANTES DE LAS 14 SEMANAS 0 DÍAS.

38 SEMANAS

- LAS MUJERES QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN FUERON ASIGNADAS ALEATORIAMENTE EN UNA PROPORCIÓN DE 1: 1 A LA INDUCCIÓN DEL PARTO O AL MANEJO EXPECTANTE.
- SE EXCLUYERON AQUELLAS EN TRABAJO DE PARTO O CON RPM

EVALUACIÓN DE CONDICIONES

- EXAMEN OBSTÉTRICO CON INDICE DE BISCHOP

RESULTADOS OBJETIVO

- PRIMARIO: COMPUESTO: MUERTE PERINATAL O COMPLICACIONES NEONATALES GRAVES
- SECUNDARIO: EL PRINCIPAL FUE CESÁREA

COMPUESTO NEONATAL :

- MUERTE PERINATAL
- NECESIDAD DE ASISTENCIA RESPIRATORIA DENTRO DE LAS 72 HORAS POSTERIORES AL NACIMIENTO
- PUNTAJE DE APGAR DE 3 O MENOS A LOS 5 MINUTOS
- ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA-ISQUÉMICA
- CONVULSIONES
- INFECCIÓN (SEPSIS O NEUMONÍA CONFIRMADA)
- SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO
- TRAUMA DE NACIMIENTO (FRACTURA ÓSEA, LESIÓN NEUROLÓGICA O HEMORRAGIA RETINIANA)
- HEMORRAGIA INTRACRANEAL O SUBGALEAL
- HIPOTENSIÓN QUE REQUIERE SOPORTE VASOPRESOR

Table 3. Secondary Outcomes.*

Outcome
Neonatal
Transfusion of blood products — no. (%)
Hyperbilirubinemia — no. (%)†
Hypoglycemia — no. (%)
Admission to neonatal intermediate or intensive care unit — no. (%)
Maternal
Cesarean delivery — no. (%)
Operative vaginal delivery — no. (%)
Hypertensive disorder of pregnancy — no. (%)
Chorioamnionitis — no. (%)
Third-degree or fourth-degree perineal laceration — no. (%)
Postpartum hemorrhage — no. (%)
Postpartum infection — no. (%)
Admission to ICU — no. (%)
Death — no. (%)
Median duration of stay in labor and delivery unit (IQR) — hr§
Postpartum hospital stay — no. (%)
<2 days
2 days
3 days
4 days
>4 days
Median scores on Labor Agentry Scale (IQR)‖
At 6–96 hr after delivery
At 4–8 wk after delivery
Median labor pain scores (IQR)**
Worst score
Overall score

COMPUESTO NEONATAL Y CESAREA FUERON ANALIZADOS EN SUBGRUPOS

- RAZA MATERNA O EL GRUPO ÉTNICO :SEGÚN LO INFORMADO POR EL PARTICIPANTE (BLANCO, NEGRO, ASIÁTICO, HISPANO, OTRO, DESCONOCIDO O MÁS DE UNA RAZA)
- EDAD DE 35 AÑOS O MÁS VERSUS MENOS DE 35 AÑOS,
- ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE 30 O MÁS VERSUS MENOS DE 30,
- UN PUNTAJE DE BISHOP MODIFICADO AL MOMENTO DE LA ALEATORIZACIÓN DE MENOR O MAYOR A 5.

63% de los participantes tenía una puntuación de Bishop modificada no favorable (es decir, una puntuación <5).

Los dos grupos fueron similares al inicio del estudio, excepto que menos mujeres en el grupo de inducción que en el grupo de manejo expectante habían tenido una pérdida de embarazo previa (22.8% vs. 25.6%, P = 0.01)

LAS MUJERES EN EL GRUPO DE INDUCCIÓN TUVIERON UN TIEMPO MEDIO MÁS CORTO DESDE LA ALEATORIZACIÓN HASTA EL PARTO QUE LAS MUJERES EN EL GRUPO DE MANEJO EXPECTANTE (7 DÍAS [RANGO INTERCUARTIL, 5 A 9] VERSUS 12 DÍAS [RANGO INTERCUARTIL, 7 A 16], P < 0,001)

- EL GRUPO DE INDUCCIÓN SE SOMETIERON A PARTO A UNA EDAD GESTACIONAL MEDIANAMENTE MÁS TEMPRANA (39.3 SEMANAS [RANGO INTERCUARTIL, 39.1 A 39.6] VS. 40.0 SEMANAS [RANGO INTERCUARTIL, 39.3 A 40.7], P <0.001) Y TUVIERON RECIÉN NACIDOS CON PESOS MEDIOS DE NACIMIENTO SIGNIFICATIVAMENTE MÁS BAJOS (3300 G [RANGO INTERCUARTIL, 3040 A 3565] VS. 3380 G [RANGO INTERCUARTIL, 3110 A 3650], P <0.001).

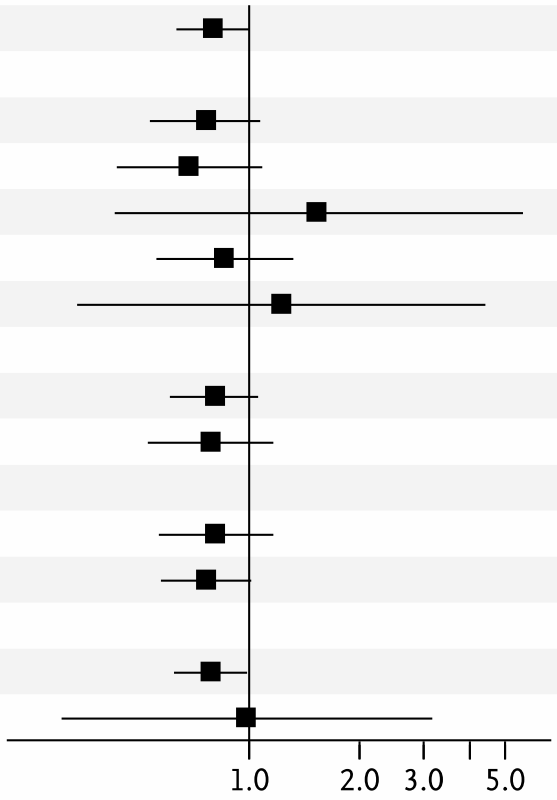
EL RESULTADO PERINATAL PRIMARIO OCURRIÓ EN EL 4,3% DE LOS RECIÉN NACIDOS EN EL GRUPO DE INDUCCIÓN Y EN EL 5,4% EN EL GRUPO DE TRATAMIENTO EXPECTANTE (RIESGO RELATIVO, 0,80; IC DEL 95%, 0,64 A 1,00; P = 0,049

EL GRUPO DE INDUCCIÓN TAMBIÉN TUVO UNA MENOR DURACIÓN DEL SOPORTE RESPIRATORIO Y DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA TOTAL

EN EL RESTO DE LOS RESULTADOS FUERON SIMILARES

A Primary Perinatal Outcome

Subgroup	No. of Patients	No. with Outcome	Relative Risk (95% CI)	P Value for Interaction
Overall	6096	296	0.80 (0.64–1.00)	
Race or ethnic group				0.72
White	2685	126	0.77 (0.54–1.08)	
Black	1404	73	0.69 (0.44–1.09)	
Asian	192	9	1.54 (0.43–5.56)	
Hispanic	1670	79	0.86 (0.56–1.32)	
Other	145	9	1.23 (0.34–4.41)	
Modified Bishop score				0.93
<5	3868	199	0.81 (0.61–1.06)	
≥5	2226	97	0.79 (0.53–1.17)	
BMI				0.77
<30	2865	117	0.82 (0.57–1.17)	
≥30	3201	178	0.77 (0.58–1.02)	
Age				0.70
<35 yr	5846	285	0.79 (0.63–0.99)	
≥35 yr	250	11	0.99 (0.31–3.17)	

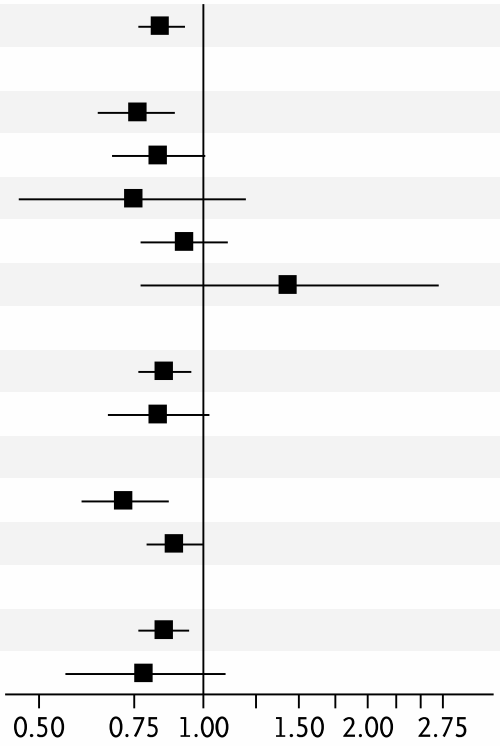


EL PORCENTAJE DE MUJERES QUE SE SOMETIERON A PARTO POR CESÁREA FUE SIGNIFICATIVAMENTE MENOR EN EL GRUPO DE INDUCCIÓN QUE EN EL GRUPO DE MANEJO EXPECTANTE (18.6% VS. 22.2%; RIESGO RELATIVO, 0.84; IC 95%, 0.76 A 0.93; P <0.001)

LAS MUJERES ASIGNADAS A LA INDUCCIÓN DEL PARTO TAMBIÉN FUERON SIGNIFICATIVAMENTE MENOS PROPENSAS QUE LAS MUJERES ASIGNADAS AL MANEJO EXPECTANTE A TENER TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (9.1% VS. 14.1%; RIESGO RELATIVO, 0.64; IC 95%, 0.56 A 0.74; P < 0.001) Y TENER EXTENSIONES DE LA INCISIÓN UTERINA DURANTE LA CESÁREA

B Cesarean Delivery

Subgroup	No. of Patients	No. with Outcome	Relative Risk (95% CI)	P Value for Interaction
Overall	6096	1243	0.84 (0.76–0.93)	
Race or ethnic group				0.23
White	2685	472	0.76 (0.64–0.89)	
Black	1404	320	0.83 (0.68–1.01)	
Asian	192	53	0.75 (0.46–1.20)	
Hispanic	1670	366	0.93 (0.77–1.11)	
Other	145	32	1.44 (0.77–2.70)	
Modified Bishop score				1.00
<5	3868	940	0.85 (0.76–0.95)	
≥5	2226	302	0.83 (0.67–1.03)	
BMI				0.10
<30	2865	393	0.72 (0.60–0.87)	
≥30	3201	845	0.89 (0.79–1.00)	
Age				0.51
<35 yr	5846	1152	0.85 (0.76–0.94)	
≥35 yr	250	91	0.78 (0.56–1.10)	



LAS MUJERES EN EL GRUPO DE INDUCCIÓN PASARON MÁS TIEMPO EN LA UNIDAD DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO, PERO LA DURACIÓN DE SU ESTADÍA HOSPITALARIA POSPARTO FUE MÁS CORTA

NO HUBO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVA EN LOS OUTCOMES SEGÚN LOS SUBGRUPOS

ESTOS DATOS SUGIEREN QUE SE PUEDE EVITAR 1 PARTO POR CESÁREA POR CADA 28 PARTOS ENTRE MUJERES NULÍPARAS DE BAJO RIESGO QUE PLANEAN SOMETERSE A LA INDUCCIÓN ELECTIVA DEL PARTO A LAS 39 SEMANAS.

DEBILIDADES…….

PRIMERO, DEBIDO A QUE EL ENMASCARAMIENTO NO ERA FACTIBLE, PUEDE EXISTIR EL SESGO.

EN SEGUNDO LUGAR, A PESAR DE SU TAMAÑO, EL ENSAYO NO FUE DISEÑADO PARA DETECTAR DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS POCO FRECUENTES, Y LA MAYORÍA DE LOS RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS INDIVIDUALES FUERON RELATIVAMENTE POCO FRECUENTES.

TERCERO, NO ESTÁ CLARO SI LOS RESULTADOS SON AMPLIAMENTE GENERALIZABLES; SIN EMBARGO, LA INCLUSIÓN DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS Y COMUNITARIOS EN TODO ESTADOS UNIDOS ASEGURA LA PRESENCIA DE DISTINTOS PROTOCOLOS DE INDUCCION

Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies

William A. Grobman, MD, MBA; Aaron B. Caughey, MD, PhD

OBJETIVO:

REALIZAR UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES QUE COMPARARON LA INDUCCIÓN ELECTIVA DEL TRABAJO DE PARTO A LAS 39 SEMANAS ENTRE MUJERES NULÍPARAS CON MANEJO EXPECTANTE Y UTILIZAR TÉCNICAS METAANALÍTICAS PARA ESTIMAR LA ASOCIACIÓN DE LA INDUCCIÓN ELECTIVA CON EL PARTO POR CESÁREA, ASÍ COMO CON OTRAS MORBILIDADES MATERNAS Y PERINATALES

Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies

William A. Grobman, MD, MBA; Aaron B. Caughey, MD, PhD

CARACTERÌSTICAS DE LA POBLACION

- FUERON OBSERVACIONALES
- COMPARARON A LAS MUJERES SOMETIDAS A INDUCCIÓN DEL PARTO A LAS 39 SEMANAS CON LAS MUJERES SOMETIDAS A UN MANEJO EXPECTANTE MÁS ALLÁ DE ESA EDAD GESTACIONAL
- INCLUYERON MUJERES EN EL GRUPO DE INDUCCIÓN SOLO SI NO TENÍAN OTRA INDICACIÓN PARA LA INDUCCIÓN DEL PARTO A LAS 39 SEMANAS
- PROPORCIONARON DATOS ESPECÍFICAMENTE PARA MUJERES NULÍPARAS.

Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies

William A. Grobman, MD, MBA; Aaron B. Caughey, MD, PhD

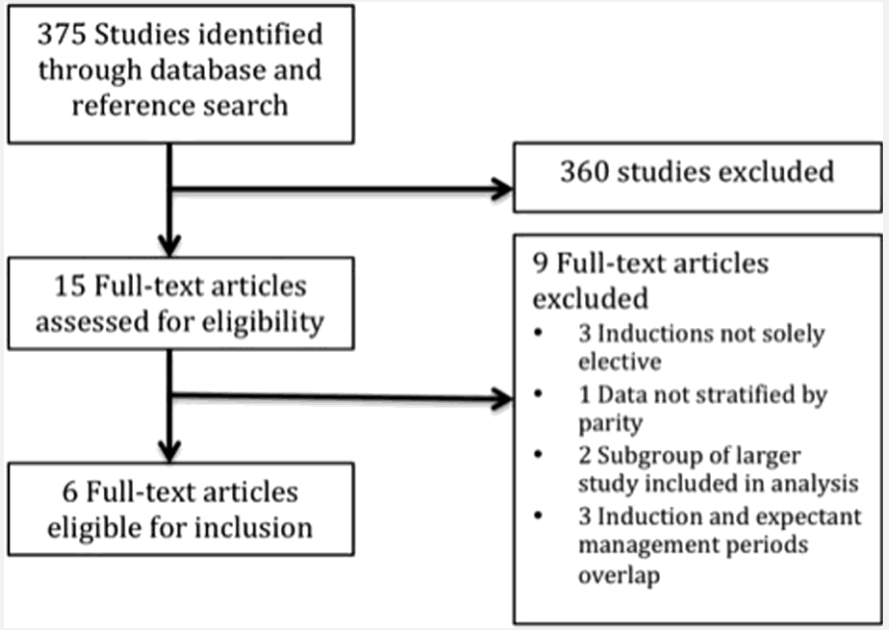
- EL RESULTADO PRIMARIO PREDEFINIDO FUE EL PARTO POR CESÁREA
- TAMBIÉN SE EVALUARON LOS RESULTADOS SECUNDARIOS QUE REPRESENTAN OTRAS MORBILIDADES MATERNAS Y PERINATALES.

Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies

William A. Grobman, MD, MBA; Aaron B. Caughey, MD, PhD

- 375 ESTUDIOS IDENTIFICADOS POR LA BÚSQUEDA INICIAL
- 6 ESTUDIOS DE COHORTES, QUE INCLUYERON 66,019 MUJERES SOMETIDAS A INDUCCIÓN ELECTIVA A LAS 39 SEMANAS Y 584,390 EN TRATAMIENTO EXPECTANTE, CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN. .

FIGURE 1
Flow diagram of study selection process



Grobman and Caughey. Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis o cohort studies Am J Obstet Gynecol 2019.

Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies

William A. Grobman, MD, MBA; Aaron B. Caughey, MD, PhD

- LA INDUCCIÓN ELECTIVA DEL TRABAJO DE PARTO A LAS 39 SEMANAS SE ASOCIÓ CON:
- FRECUENCIA SIGNIFICATIVAMENTE MENOR DE PARTO POR CESÁREA (26.4% VS 29.1%; RIESGO RELATIVO, 0.83; INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%)
- INFECCIÓN PERIPARTO (2.8% VS 5.2%; RIESGO RELATIVO, 0.53; IC DEL 95%)
- MENOS PROBABILIDADES DE TENER MORBILIDAD RESPIRATORIA (0.7% VS 1.5%; RIESGO RELATIVO, 0.71; IC DEL 95%)
- SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO (0.7% VS 3.0%; RR, 0.49; IC DEL 95%)
- ADMISIÓN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (3.5% VS 5.5%; RR 0.80; IC DEL 95%)
- MENOR RIESGO DE MORTALIDAD PERINATAL (0.04% VS 0.2%; RR, 0.27; INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%)

Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies

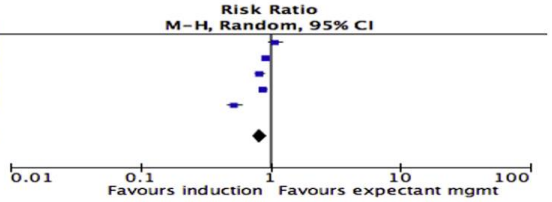
William A. Grobman, MD, MBA; Aaron B. Caughey, MD, PhD

FIGURE 2
Forest plots for associations of elective labor induction at 39 weeks with maternal outcomes

A

Study or Subgroup	Induction Events	Induction Total	Expectant management Events	Expectant management Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
Bailit	210	815	5532	23212	18.2%	1.08 [0.96, 1.22]
Cheng	11205	42769	79116	278578	22.1%	0.92 [0.91, 0.94]
Darney	498	2186	20530	74115	20.3%	0.82 [0.76, 0.89]
Gibbs	1416	3942	16673	40667	21.6%	0.88 [0.84, 0.91]
Gibson	220	1557	6619	24605	17.9%	0.53 [0.46, 0.59]
Total (95% CI)		**51269**		**441177**	**100.0%**	**0.83 [0.74, 0.93]**
Total events	13549		128470			

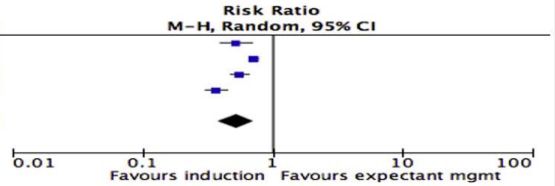
Heterogeneity: Tau² = 0.02; Chi² = 95.41, df = 4 (P < 0.00001); I² = 96%
Test for overall effect: Z = 3.08 (P = 0.002)



B

Study or Subgroup	Induction Events	Induction Total	Expectant management Events	Expectant management Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
Bailit	47	815	2576	23212	22.4%	0.52 [0.39, 0.69]
Cheng	1082	42936	9902	279706	27.2%	0.71 [0.67, 0.76]
Gibbs	151	3942	2818	40667	25.6%	0.55 [0.47, 0.65]
Gibson	97	1540	3591	20844	24.8%	0.37 [0.30, 0.44]
Total (95% CI)		**49233**		**364429**	**100.0%**	**0.53 [0.39, 0.72]**
Total events	1377		18887			

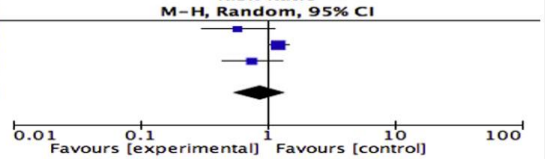
Heterogeneity: Tau² = 0.09; Chi² = 48.55, df = 3 (P < 0.00001); I² = 94%
Test for overall effect: Z = 4.06 (P < 0.0001)



C

Study or Subgroup	Induction Events	Induction Total	Expectant management Events	Expectant management Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
Bailit	9	815	442	23212	25.3%	0.58 [0.30, 1.12]
Gibson	119	1401	1300	18535	45.0%	1.21 [1.01, 1.45]
Lee	13	482	576	16003	29.7%	0.75 [0.44, 1.29]
Total (95% CI)		**2698**		**57750**	**100.0%**	**0.87 [0.54, 1.41]**
Total events	141		2318			

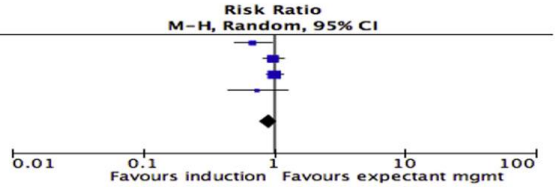
Heterogeneity: Tau² = 0.12; Chi² = 6.82, df = 2 (P = 0.03); I² = 71%
Test for overall effect: Z = 0.56 (P = 0.57)



D

Study or Subgroup	Induction Events	Induction Total	Expectant management Events	Expectant management Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
Bailit	35	815	1451	23212	17.1%	0.69 [0.49, 0.95]
Darney	116	2186	4002	74115	34.3%	0.98 [0.82, 1.18]
Gibson	173	1576	2902	26605	40.4%	1.01 [0.87, 1.16]
Lee	14	482	624	16003	8.2%	0.74 [0.44, 1.26]
Total (95% CI)		**5059**		**139935**	**100.0%**	**0.91 [0.78, 1.07]**
Total events	338		8979			

Heterogeneity: Tau² = 0.01; Chi² = 5.37, df = 3 (P = 0.15); I² = 44%
Test for overall effect: Z = 1.12 (P = 0.26)



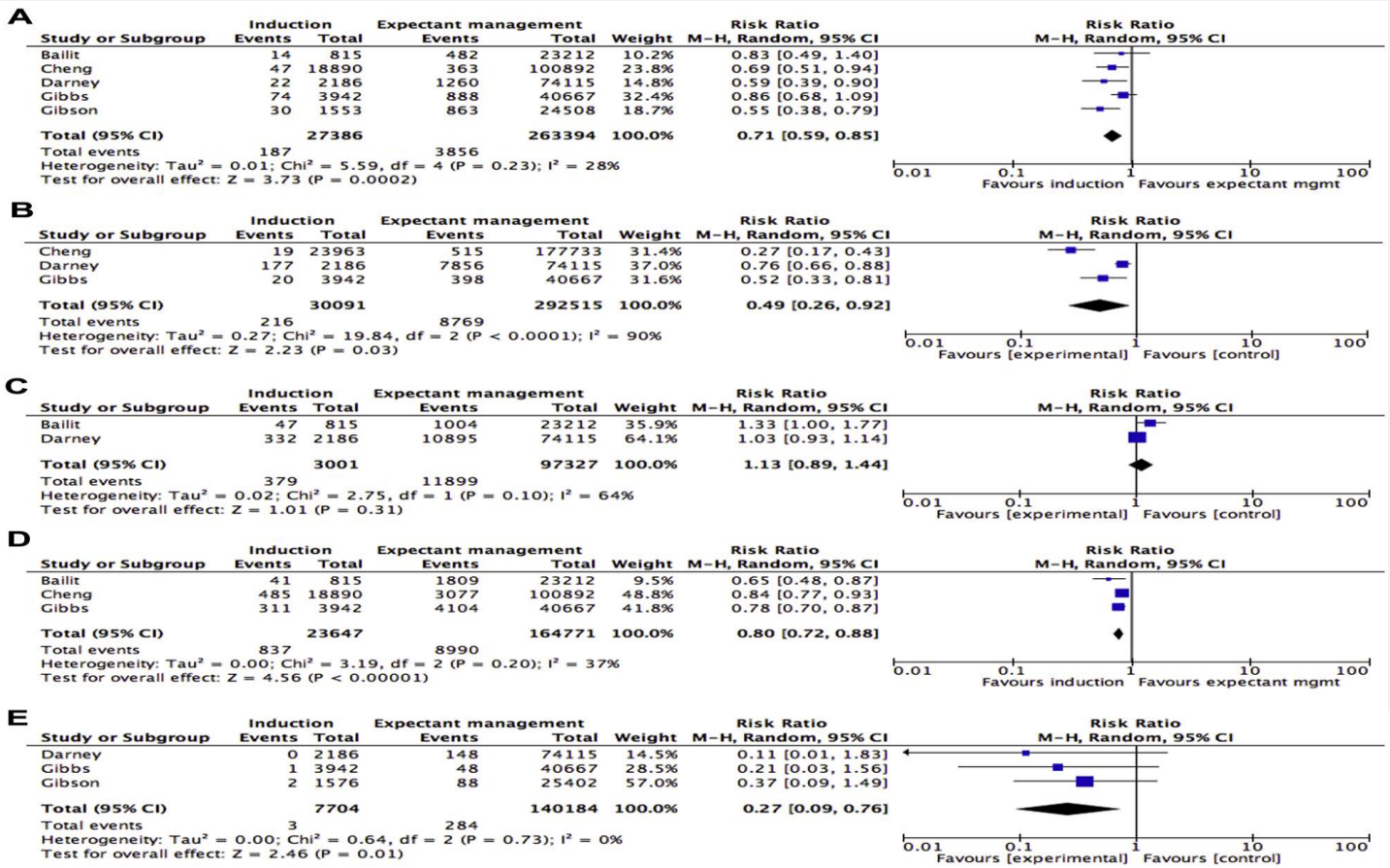
A, Cesarean delivery. **B,** Peripartum infection. **C,** Postpartum hemorrhage. **D,** Third- or fourth-degree perineal laceration.
CI, confidence interval; *M-H,* Mantel—Haensel.

Grobman and Caughey. Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies Am J Obstet Gynecol 2019.

Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies

William A. Grobman, MD, MBA; Aaron B. Caughey, MD, PhD

FIGURE 3
Forest plots for associations of elective labor induction at 39 weeks with perinatal outcomes



A, Respiratory morbidity. **B,** Meconium aspiration syndrome. **C,** Hyperbilirubinemia. **D,** Neonatal intensive care unit admission. **E,** Perinatal mortality.
CI, confidence interval; *M-H*, Mantel—Haensel.

Grobman and Caughey. Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies Am J Obstet Gynecol 2019.

Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies

William A. Grobman, MD, MBA; Aaron B. Caughey, MD, PhD

ESTE METAANÁLISIS DE 6 ESTUDIOS DE COHORTES DEMUESTRA QUE LA INDUCCIÓN ELECTIVA DEL TRABAJO DE PARTO A LAS 39 SEMANAS, EN COMPARACIÓN CON EL MANEJO EXPECTANTE MÁS ALLÁ DE ESA EDAD GESTACIONAL, SE ASOCIÓ CON UN RIESGO SIGNIFICATIVAMENTE MENOR DE PARTO POR CESÁREA, INFECCIÓN MATERNA PERIPARTO Y RESULTADOS ADVERSOS PERINATALES. , INCLUIDA LA MORBILIDAD RESPIRATORIA, EL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA MORTALIDAD.

SYSTEMATIC REVIEW

AOGS
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials

Gabriele Saccone[1] | Luigi Della Corte[1] | Giuseppe M. Maruotti[1] | Johanna Quist-Nelson[2] | Antonio Raffone[1] | Valentino De Vivo[1] | Gennaro Esposito[1] | Fulvio Zullo[1] | Vincenzo Berghella[2]

- EVALUAR EL RIESGO DE PARTO POR CESÁREA Y LOS EFECTOS MATERNOS Y PERINATALES DE UNA POLÍTICA DE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES CON GESTACIONES ÚNICAS NO COMPLICADAS A TÉRMINO.

SYSTEMATIC REVIEW

AOGS
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials

Gabriele Saccone[1] | Luigi Della Corte[1] | Giuseppe M. Maruotti[1] | Johanna Quist-Nelson[2] | Antonio Raffone[1] | Valentino De Vivo[1] | Gennaro Esposito[1] | Fulvio Zullo[1] | Vincenzo Berghella[2]

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN
- ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS DE MUJERES ASINTOMÁTICAS CON GESTACIONES UNICAS Y SIN COMPLICACIONES A TÉRMINO COMPLETO (ES DECIR, ENTRE 39 + 0 Y 40 + 6 SEMANAS) QUE FUERON ALEATORIZADAS PARA LA INDUCCIÓN PLANIFICADA DEL PARTO O EL CONTROL (ES DECIR, EL MANEJO EXPECTANTE).
- SOLO SE INCLUYERON LOS ENSAYOS SOBRE GESTACIONES ÚNICAS ASINTOMÁTICAS SIN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O CUALQUIER OTRA INDICACIÓN DE INDUCCIÓN

SYSTEMATIC REVIEW

AOGS
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials

Gabriele Saccone[1] | Luigi Della Corte[1] | Giuseppe M. Maruotti[1] | Johanna Quist-Nelson[2] | Antonio Raffone[1] | Valentino De Vivo[1] | Gennaro Esposito[1] | Fulvio Zullo[1] | Vincenzo Berghella[2]

- **RESULTADO PRIMARIO A EVALUAR FUE LA INCIDENCIA DE CESÁREA**
- RESULTADOS SECUNDARIOS :
- MATERNOS:TASA DE PARTO VAGINAL, PARTO VAGINAL QUIRÚRGICO (FÓRCEPS O VACUM), CORIOAMNIONITIS, PÉRDIDA MEDIA DE SANGRE POSPARTO Y
- NEONATALES: EL LÍQUIDO AMNIÓTICO TEÑIDO CON MECONIO (MSAF), PUNTAJE DE APGAR <7 A LOS 5 MIN, PESO AL NACER, INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y MUERTE PERINATAL.

SYSTEMATIC REVIEW

AOGS
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials

Gabriele Saccone[1] | Luigi Della Corte[1] | Giuseppe M. Maruotti[1] | Johanna Quist-Nelson[2] | Antonio Raffone[1] | Valentino De Vivo[1] | Gennaro Esposito[1] | Fulvio Zullo[1] | Vincenzo Berghella[2]

- RESULTADO PRIMARIO A EVALUAR FUE LA INCIDENCIA DE CESÁREA

SYSTEMATIC REVIEW

AOGS
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials

Gabriele Saccone[1] | Luigi Della Corte[1] | Giuseppe M. Maruotti[1] | Johanna Quist-Nelson[2] | Antonio Raffone[1] | Valentino De Vivo[1] | Gennaro Esposito[1] | Fulvio Zullo[1] | Vincenzo Berghella[2]

SE ANALIZARON SIETE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIOS, INCLUIDOS 7598 PARTICIPANTES.

TRES ESTUDIOS INCLUYERON SOLO MUJERES CON CUELLO UTERINO FAVORABLE, DEFINIDO COMO UN PUNTAJE BISHOP DE ≥5 EN MUJERES NULÍPARAS O ≥4 EN MUJERES MULTÍPARAS.

UN ENSAYO INCLUYÓ SOLO MUJERES DE 35 AÑOS O MÁS. LOS MÉTODOS DE INDUCCIÓN GENERALMENTE INCLUÍAN MADURACIÓN CERVICAL, CON MISOPROSTOL O CATÉTER DE FOLEY, EN COMBINACIÓN CON O SEGUIDO DE OXITOCINA PARA MUJERES CON CUELLO UTERINO DESFAVORABLE, Y OXITOCINA Y ROTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS PARA AQUELLAS CON CUELLO UTERINO FAVORABLE.

CINCO ENSAYOS TAMBIÉN UTILIZARON LA RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS COMO MÉTODO DE INDUCCIÓN.

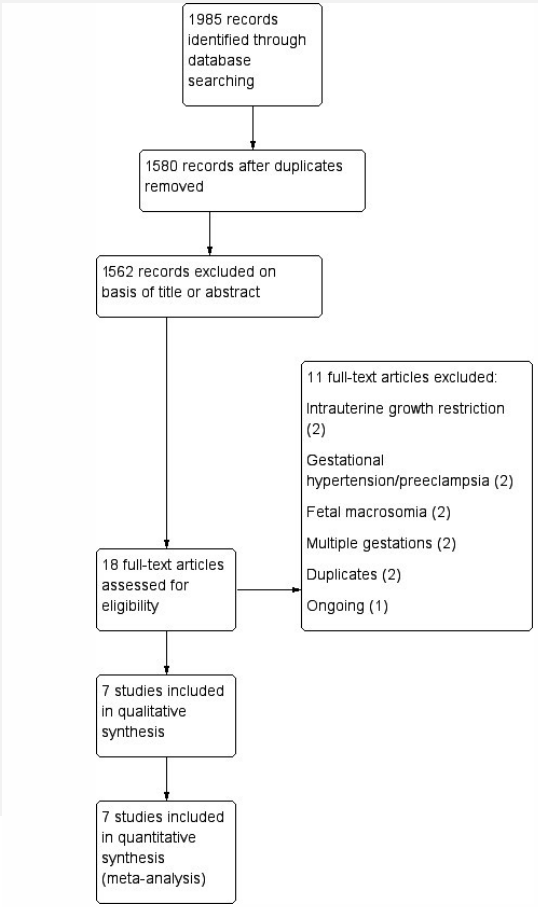


FIGURE 1 Flow diagram of studies identified in the systematic review

SYSTEMATIC REVIEW

AOGS Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials

Gabriele Saccone[1] | Luigi Della Corte[1] | Giuseppe M. Maruotti[1] | Johanna Quist-Nelson[2] | Antonio Raffone[1] | Valentino De Vivo[1] | Gennaro Esposito[1] | Fulvio Zullo[1] | Vincenzo Berghella[2]

TABLE 1 Characteristics of the included studies

	Cole 1975[4]	Martin 1978[5]	Tyllerskar 1979[6]	Nielsen 2005[7]	Miller 2015[8]	Walker 2016[26]	Grobman 2018[27]
Location	United Kingdom	United Kingdom	Sweden	USA	USA	United Kingdom	USA
Sample size, n (induction/control)	228 (111/117)	184 (92/92)	84 (43/41)	226 (116/110)	162 (82/80)	618(304/314)	6096 (3059/3037)
Inclusion criteria	Singleton, uncomplicated	Singleton, uncomplicated	Singleton, uncomplicated, favorable cervix	Singleton, uncomplicated, favorable cervix	Singleton, uncomplicated, nulliparous, unfavorable cervix	Singleton, uncomplicated, nulliparous, favorable cervix	Singleton, uncomplicated, nulliparous, unfavorable and favorable cervix
Range gestational age at randomization (weeks^{days})	39^{+0}-40^{+6}	38^{+0}-38^{+6}	40^{+0}-40^{+6}	38^{+0}-38^{+6}	38^{+0}-38^{+6}	36^{+0}-39^{+6}	38^{+0}-38^{+6}
Range gestational age at induction in the intervention group (weeks^{days})	39^{+0}-40^{+6}	38^{+0}-38^{+6}	40^{+0}-40^{+6}	39^{+0}-39^{+6}	39^{+0}-39^{+6}	39^{+0}-39^{+6}	39^{+0}-39^{+4}
Induction method	AROM, oxytocin	AROM, oxytocin	AROM, oxytocin	AROM, oxytocin	Misoprostol followed by Foley and oxytocin, or Foley and oxytocin	AROM, oxytocin, prostaglandin	Misoprostol, Foley, oxytocin
Control group	Expectant management and possible induction at 41 wk	Expectant management and possible induction at 42 wk	Expectant management	Expectant management and possible induction at 42 wk	Expectant management	Expectant management and possible induction between 41 and 42 wk	Expectant management and possible induction between 41 and 42 wk
Study primary outcomes	Meconium staining	Serum bilirubin levels, meconium staining	Not reported	Cesarean delivery	Cesarean delivery	Cesarean delivery	Adverse perinatal events

AROM, artificial rupture of membranes.

SYSTEMATIC REVIEW

AOGS
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica

Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials

Gabriele Saccone[1] | Luigi Della Corte[1] | Giuseppe M. Maruotti[1] | Johanna Quist-Nelson[2] | Antonio Raffone[1] | Valentino De Vivo[1] | Gennaro Esposito[1] | Fulvio Zullo[1] | Vincenzo Berghella[2]

- **INCIDENCIA SIMILAR DE PARTO POR CESÁREA EN COMPARACIÓN CON LOS CONTROLES (18.6% VS 21.4%;RIESGO RELATIVO 0,96; IC DEL 95%: 0,78 A 1,19).**
- CON RESPECTO A LOS RESULTADOS NEONATALES, LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO COMPLETO SE ASOCIÓ CON UNA TASA SIGNIFICATIVAMENTE MENOR DE:
  - LÍQUIDO AMNIÓTICO TEÑIDO CON MECONIO (4.0% VS 13.5%; RIESGO RELATIVO 0.32, IC 95% 0.18-0.57)
  - MEDIA DE PESO AL NACER (DIFERENCIA MEDIA −98.96 G, IC 95% −126.29 A −71.63) EN COMPARACIÓN CON EL GRUPO CONTROL.
  - NO HUBO DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS EN OTROS RESULTADOS NEONATALES ADVERSOS.

SYSTEMATIC REVIEW

Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials

Gabriele Saccone[1] | Luigi Della Corte[1] | Giuseppe M. Maruotti[1] | Johanna Quist-Nelson[2] | Antonio Raffone[1] | Valentino De Vivo[1] | Gennaro Esposito[1] | Fulvio Zullo[1] | Vincenzo Berghella[2]

- **LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO A LAS 39 SEMANAS NO SE ASOCIA CON UN MAYOR RIESGO DE PARTO POR CESÁREA.**

Study or subgroup	Induction Events	Induction Total	Control Events	Control Total	Weight	Risk ratio M-H, Random, 95% CI	Year
Cole 1975	5	111	9	117	3.8%	0.59 [0.20, 1.69]	1975
Martin 1978	4	92	1	92	0.9%	4.00 [0.46, 35.11]	1978
Tylleskar 1979	1	43	1	41	0.6%	0.95 [0.06, 14.75]	1979
Nielsen 2005	8	116	8	110	4.7%	0.95 [0.37, 2.44]	2005
Miller 2015	25	82	14	80	10.8%	1.74 [0.98, 3.10]	2014
Walker 2016	98	304	103	314	32.7%	0.98 [0.78, 1.23]	2016
Grobman 2018	569	3059	674	3037	46.6%	0.84 [0.76, 0.93]	2018
Total (95% CI)		**3807**		**3791**	**100.0%**	**0.96 [0.78, 1.19]**	
Total events	710		810				

Heterogeneity: $\tau^2 = 0.02$; $\chi^2 = 9.65$, df = 6 ($P = .14$); $I^2 = 38\%$
Test for overall effect: $Z = 0.34$ ($P = .73$)

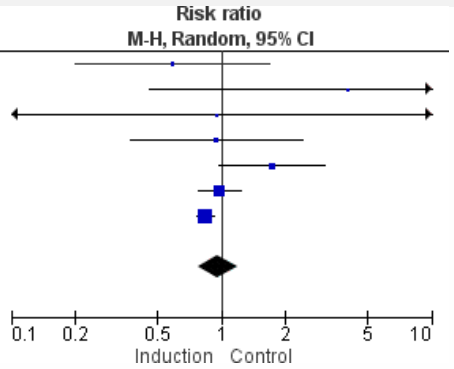


FIGURE 3 Forest plot for the risk of cesarean delivery [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

Study or subgroup	Induction MSAF	Induction Total	Control MSAF	Control Total	Weight	Risk ratio M-H, Random, 95% CI	Year
Cole 1975	1	111	13	117	7.9%	0.08 [0.01, 0.61]	1975
Martin 1978	3	92	13	92	20.9%	0.23 [0.07, 0.78]	1978
Nielsen 2005	6	116	11	110	32.7%	0.52 [0.20, 1.35]	2005
Miller 2015	6	82	17	80	38.5%	0.34 [0.14, 0.83]	2014
Total (95% CI)		**401**		**399**	**100.0%**	**0.32 [0.18, 0.57]**	
Total events	16		54				

Heterogeneity: $\tau^2 = 0.02$; $\chi^2 = 3.19$, df = 3 ($P = .36$); $I^2 = 6\%$
Test for overall effect: $Z = 3.86$ ($P = .0001$)

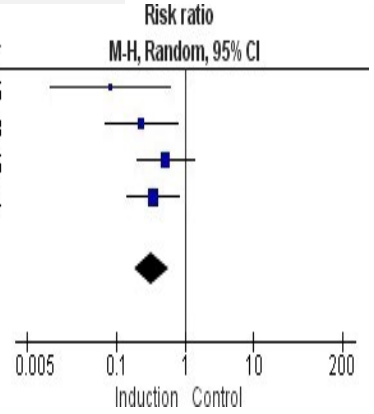


FIGURE 4 Forest plot for the risk of meconium-stained amniotic fluid [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

CONCLUSIONES

- **LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO A LAS 39 SEMANAS NO SE ASOCIA CON UN MAYOR RIESGO DE PARTO POR CESÁREA, CON EVIDENCIA CONTUNDENTE AL RESPECTO**
- **AL MISMO TIEMPO , LA INTERPRETACION DE ESTE HALLAZGO DEBE HACERSE EN FORMA CAUTELOSA RESPECTO A LOS COSTOS ASOCIADOS EN SALUD A NIVEL POBLACIONAL , TOMANDO LA REALIDAD LOCAL COMO UN IMPERANTE , SIN SIMPLIFICARLO A LA CONCLUSIÓN DE : LOS EMBARAZOS DEBEN SER INDUCIDOS A LAS 39 SEMANAS**

CONCLUSIONES

- POR OTRO LADO , LOS RESULTADOS PERINATALAS ENTRE LAS 39 Y 41 SEMANAS MUESTRAN UNA TENDENCIA A SER MEJORES QUE FUERA DE ESTA EDAD GESTACIONAL
- LA INDUCCION ELECTIVA ES UNA CONDUCTA QUE PUDIESE EVALUARSE CASO A CASO
- NO EXISTE CORRELACION EN ESTOS ESTUDIOS ENTRE LA TASA DE CESAREA Y LA EVALUACION CLINICA PREVIA DEL INDICE DE BISCHOP ..ES PLANTEABLE LA VALIDACION ACTUAL DE ESTE METODO Y BUSQUEDA DE PREDICTORES MAS EXACTOS

CONCLUSIONES

- EN NUESTRO PAIS , ESPECIFICAMENTE , LA TASA DE CESÁREAS SE HA MANTENIDO COMO UN PROBLEMA EN RELACION A SALUD MATERNA , SERIA INTERESANTE ESTUDIAR DE MANERA OBJETIVA LOS COSTOS ASOCIADOS EN SALUD QUE TENDRIA LA IMPLEMENTACION DE UNA POLITICA DE INDUCCION SEGURA DE PARTO EN ESTAS CONDICIONES .
- POR OTRO LADO , EN GENERAL EXISTE UNA ALTA TASA DE PARTO OPERATORIO EN MUCHOS DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS , OTRO TEMA INTERESANTE A EVALUAR , SOBRE TODO RESPECTO AL ENTRENAMIENTO ACTUAL DE LOS OBSTETRAS EN FORMACION

BIBLIOGRAFIA

- *Gabriele Saccone Luigi Della Corte Induction Of Labor At Full-term In Pregnant Women With Uncomplicated Singleton Pregnancy: A Systematic Review And Meta-analysis Of Randomized Trials -Acta Obstet Gynecol Scand. 2019;98:958–966*.
- *Neonatal And Maternal Outcomes Associated With Elective Term Delivery Steven L. Clark, Md; Darla D. Miller, February 2009 American Journal Of Obstetrics & Gynecology*
- *Rethinking The Definition Of "Term Pregnancy" Alan R. Fleischman, Md, Motoko Oinuma, American Journal Obstetrics And Gynecologyvol. 116, No. 1, July 2010*