

INDUCCION ELECTIVA AL PARTO A LAS 41 O MÁS SEMANAS DE GESTACIÓN

CROWLEY, P. ELECTIVE INDUCTION OF LABOUR AT 41 + WEEKS GESTATION.
EN: *THE COCHRANE PREGNANCY AND CHILDBIRTH DATABASE,*
THE COCHRANE COLLABORATION; ISSUE 1, OXFORD: UPDATE SOFTWARE 1995.

Dr. Juan Van der Velde (Traductor)

División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Resumen

Objetivo

Evaluar los efectos sobre la morbilidad perinatal y en los índices operatorios con una política de inducción a los 290 días o más de gestación.

Criterios para considerar trabajos para esta revisión: todas las comparaciones aceptablemente controladas entre la inducción al parto y la espera a un trabajo de parto espontáneo para los embarazos prolongados. La edad gestacional promedio al parto en todos los trabajos es mayor de 290 días.

Resultados

La inducción al trabajo de parto con el embarazo cronológicamente prolongado se asocia con una reducción en el riesgo de muerte perinatal. Esta es una consecuencia adversa rara en embarazos que exceden las 41 semanas, ocurriendo solo a razón de 2,4 por mil en bebés normales en el grupo control (en la práctica diaria esta incidencia puede ser mayor). El beneficio parece alcanzarse sin sustanciales costos por aumento de intervenciones: en cambio puede resultar en una leve reducción del nacimiento por cesárea. No es posible decir si esto es aplicable universalmente o sólo en lugares donde el índice de cesárea es alto. No hay evidencia que apoye la creencia que la inducción aumente el número de cesáreas; aun cuando los trabajos analicen separadamente las pacientes con cuello desfavorable, parece no haber efecto sobre el índice de cesárea. No hay evidencia que la inducción rutinaria a 41 semanas o más afecte el índice de partos vaginales, la incidencia de alteraciones de la FCF o el score de Apgar; reduce la aparición de meconio y parece incrementar la aparición de ictericia neonatal.

Conciencia de resultados

En general, los resultados individuales son compatibles con los otros y por ende, con los resultados generales. Sin embargo el trabajo de Dyson es inconsistente con los demás cuando demuestra reducción en alteraciones de FCF de magnitud tal que induzcan al obstetra a realizar parto operatorio; Hannah notó un efecto similar pero de menor magnitud. Este aparente efecto debe ser interpretado con cautela, debido a la naturaleza subjetiva de este distress y a la dificultad para su objetivación. Un potencial sesgo adicional es que se le puede haber adjudicado con mayor facilidad este diagnóstico a las mujeres del grupo control que fueron inducidas por alteraciones del trazado que a las mujeres que comenzaron la inducción luego de un control normal.

Implicancias para la práctica

La inducción luego de los 290 días no se asocia con ninguna alteración mayor, reduce el riesgo mínimo de muerte perinatal en mujeres con embarazo postérmino y puede resultar en una leve reducción del índice de instituciones con alto índice de cesárea. A la luz de la evidencia disponible, la mejor política parece ser la inducción con el mejor método disponible. Los obstetras deben ser avisados de la pobre evidencia que apoye a los métodos de control comúnmente ofrecidos a las mujeres con embarazo postérmino.

Implicancias para investigación

Deben dirigirse futuras investigaciones a intentar disminuir la incidencia de cesárea en embarazo postérmino, ahora que es evidente que el manejo expectante no es la solución del problema.

Conclusiones

La inducción rutinaria luego de las 41 semanas no se asocia con ninguna desventaja mayor, reduce el riesgo de muerte perinatal y puede, con métodos apropiados para inducción, reducir levemente la alta tendencia a operación cesárea.

Introducción

La frecuencia informada de embarazos postérmino (embarazo que se prolonga más allá de las 42 semanas), varía entre el 4 y el 14%, dependiendo de la naturaleza de la población estudiada, el criterio utilizado para la asignación de la edad gestacional y la proporción de mujeres a las que se le realizó inducción electiva al parto.

Además de todo esto, los hallazgos y conclusiones contradictorios sobre los riesgos del postérmino condujeron a puntos de vista opuestos sobre su mejor control.

La dificultad para determinar la incidencia y la significación del embarazo postérmino se debe a variaciones en su definición (el rango para considerar postérmino oscila entre 41 y 43 semanas): también existen diferencias semánticas como contribuyentes a la confusión: los términos prolongado, postérmino y posmaduro son todos utilizados como sinónimos, pero todos tienen distinta significación. Posmaduro es aquel cuadro clínico en el niño en el que se jerarquizan distintos hechos, desde la pérdida de la grasa subcutánea y piel seca, hasta tinción con meconio y asfixia perinatal, distress respiratorio, convulsiones y muerte fetal. La confusión surge cuando un término netamente patológico es descrito con una palabra que también refiere a un hecho simple como es la duración cronológica del embarazo.

Resultados

1. Riesgos del embarazo postérmino

La mortalidad perinatal está incrementada en el embarazo postérmino. Parte de este incremento se debe a malformaciones congénitas, las que son más frecuentes entre partos postérmino que en partos de término; la otra causa principal de muerte es la asfixia. La incidencia de convulsiones tempranas (marcador de asfixia perinatal), es entre 2 y 5 veces mayor en niños nacidos de más de 41 semanas. El riesgo de embarazos postérmino se relaciona predominantemente con el período intraparto y neonatal, más que con el período anteparto. El riesgo, por lo tanto, se incrementa con el comienzo del trabajo de parto. La operación de líquido meconial es un hecho común en la muerte postparto por asfixia neonatal.

2. Consecuencias de la inducción al parto

Los obstetras tuvieron, por años, opiniones irreconciliables sobre el rol de la inducción al parto en los embarazos postérmino. Los resultados de grandes estudios con datos observacionales arrojaron poca luz sobre el tema, debido a desvíos en la selección y a la influencia tanto de la duración del embarazo como otros aspectos del control en los resultados. La mejor evidencia para el valor de la inducción rutinaria al término o poste-

Tabla 1: Resumen de los resultados: *Inducción electiva a las 41 ó + semanas de gestación.*

	Log Odds Ratio (95% CI)
Anestesia epidural	• 1,10 (0,74-1,64)
Uso de pethidine	-• 0,96 (0,60-1,54)
Líquido aminótico meconial	• 0,77 (0,68-0,88)
Anormalidades cardiovasculares fetales	• 0,91 (0,68-1,22)
Operación cesárea	• 0,87 (0,76-0,99)
Parto instrumental	• 1,01 (0,88-1,16)
Score Apgar < 6 a los 5 minutos	-• 0,83 (0,51-1,37)
Ictericia neoantal	-• 2,94 (1,25-6,67)
Muerte perinatal	-• 0,23 (0,06-0,90)
Convulsiones neonatales	-• 0,77 (0,23-2,50)
Síndrome de aspiración meconial	-• 0,83 (0,50-1,41)
Cesárea en cuello desfavorable	• 0,94 (0,68-1,32)

1

riormente surge de estudios randomizados. Estos estudios analizaron los efectos de la inducción a las 40 semanas o más, evaluando los riesgos y los beneficios de prevenir el postérmino; otros trabajaron analizando el manejo luego de las 41 semanas. No hubo trabajos que evaluaran los riesgos y beneficios de manejos alternativos luego de las 42 semanas.

3. Efectos sobre la madre

Cerca del término, las pacientes demostraron poca predisposición para una inducción rutinaria, prefiriendo una política expectante. Como lo sugieren diversos estudios, esto puede variar una vez que el embarazo ha superado la fecha probable de parto.

La inducción activa al parto no tuvo ninguna relación con el uso de analgesia peridural, lo que es relativamente sorprendente si se tiene en cuenta que estas pacientes están en sala de partos desde el parto y que la inducción se realiza en horas del día, ambos factores de los que se esperaría tuvieran la influencia contraria.

La inducción activa no se asoció con mayor frecuencia de operación cesárea; de hecho, los estudios demostraron una pequeña (aunque estadísticamente significativa) disminución del índice de cesárea cuando se induce al término. Esto desafía la creencia que asocia inducción al parto con mayor índice de cesárea. Este hallazgo inesperado puede reflejar características de las mujeres que participaron de estos trabajos (por ejemplo, maduración de sus cuellos uterinos) y de los métodos utilizados para la inducción al parto.

Un único trabajo que promovió estimulación mamaria mas no prohibición de relaciones sexuales desde las 39 semanas al término, demostró disminución de la incidencia de parto posdatado. La separación de las membranas (separación digital de las membranas fetales desde el polo inferior uterino) también puede disminuir la aparición de embarazos de más de 42 semanas.

4. Mortalidad perinatal

La inducción al parto, al término o más allá de las 41 semanas, reduce el riesgo de la aparición de líquido meconial. No hay evidencias que las inducciones activas aumenten el riesgo de anomalías de la Fcf durante el trabajo de parto o la incidencia de score de Apgar bajo, ya sea de término o de más de 41 semanas.

Durante los años '70 hubo algunos informes que asociaron el parto inducido con partos pretérmino, seguido de distress respiratorio y otra morbilidad neonatal; en los '80, ésto dejó de ser problema,

debido a mayores precauciones tomadas para el calculo de la edad gestacional. No se presentaron casos de distress iatrogénico en los trabajos randomizados, pero se debe recordar que la madurez respiratoria debe ser una de las condiciones para iniciar la inducción.

No hubo efecto consistente en la incidencia de aparición de ictericia neonatal.

5. Muerte posnatal

La inducción al parto se asoció con una disminución de la mortalidad neonatal no asociada a malformaciones fetales. Si bien ninguno de los trabajos fue lo suficientemente grande para demostrar una diferencia estadísticamente significativa, los resultados combinados de los distintos trabajos sirvieron para presentar un cuadro más claro.

Hubo una sola muerte en las 3.500 mujeres asignadas a inducción electiva, comparada con 9 en los grupos control: esta diferencia es estadísticamente significativa. Esta mejoría parece estar relacionada con la inducción a las 41 semanas; no hubo evidencias de beneficios con inducción a las 39/40 semanas de gestación.

6. Vigilancia

En todos los trabajos de inducción electiva + 41 semanas, se dispuso de algún tipo de vigilancia de la salud fetal para el grupo control; este seguimiento incluía consultas cada 2 o 3 días luego de las 41 semanas, realizando en ellas desde ecografía y cardiotocografía fetal hasta amniocentesis o amnioscopia.

Existe evidencia que estos estudios podrían detectar embarazos en los que hay algo mal, pero hay poca evidencia que su uso mejore resultados o pueda eliminar riesgos adicionales del embarazo postérmino.

7. Conclusiones

El embarazo postérmino probablemente represente, en la mayoría de los casos, una variante de lo normal y está asociado a buenos resultados, independientemente de la forma de control elegida. En una minoría de los casos hay un riesgo incrementado de muerte neonatal y convulsiones tempranas.

La inducción al parto antes de las 41 semanas, no está asociada con ninguna ventaja, salvo una leve reducción de la aparición de líquido amniótico meconial. La reducción de muerte perinatal aparece reservada para los embarazos de más de 41 semanas. Una inducción rutinaria a las 40/41 semanas en embarazos normales no puede ser justificada por evidencias de trabajos randomizados y es

inaceptable para la mayoría de las mujeres.

La inducción al parto luego de las 41 semanas no está asociada con ninguna desventaja mayor y disminuye los riesgos de muerte perinatal en mujeres con embarazos postérmino; también, con la utilización de métodos adecuados de inducción puede resultar en una leve reducción del índice de cesárea. A la luz de la evidencia disponible, la mejor política es ofrecer a la paciente la posibilidad de una inducción al parto con el mejor método disponible una vez que haya llegado a las 41 semanas.

Los obstetras y los familiares deben, además tener en cuenta la pobre calidad de la evidencia disponible para apoyar el uso de cualquiera de los métodos comúnmente utilizados para control en mujeres con embarazos prolongados.

Bibliografía

- Henry GR. A controlled trial of surgical induction of labour and amniocentesis in the management of prolonged pregnancy. *J Obstet Gynaecol Br Cmmwlth.* 1969; 76: 795-798.
- Ketz Z, Yemini M, Lancet M, Mogilner BM, Ben-Hur H, Caspi B. Non-aggressive management of post-date pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1983; 15: 71-79.
- Suikkari AM, Jalkanen M, Heiskala H, Koskela O. Prolonged pregnancy: induction or observation. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl.* 1983; 116: 58.
- Carduzo L, Fysh J, Pearce JM. Prolonged pregnancy: the management debate. *Br. Med J.* 1986; 293: 1959-1063.
- Augensen K, Bergsjø P, Eikeland T, Askvik K, Carlsen J. Randomised comparison of early vs late induction of labour in post-term pregnancy. *Br Med J.* 1987; 294: 1192-1195.
- Dyson DC, Miller PD, Armstrong MA. Management of prolonged pregnancy: induction of labor vs antepartum fetal testing. *Am J Obstet Gynecol.* 1987; 156: 928-934.
- Witter FR, Weitz CM. A randomized trial of induction at 42 weeks gestation vs expectant management for postdates pregnancies. *Am J Perinatol.* 1987; 4: 206-211.
- Bergsjø P, Guidan H, Su-qin Y, Zhi-zeng G, Bakke-teig IS. Comparison of induced vs non-induced labor in post-term pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1989; 68: 683-687.
- Martin JN, Sessums JK, Howard P, Martin RW, Morrison JC. Alternative approaches to the management of gravidas with prolonged post-term-postdate pregnancies. *J Miss State Med Assoc.* 1989; 30: 105-111.
- Medearis AL. Postterm pregnancy: active labor induction (PGE2 gel) not associated with improved outcomes compared to expectant management. A preliminary report. *Proceedings of 10th Annual Meeting of Society of Perinatal Obstetricians, Houston, Texas, U.S.A.* 1990; 17.
- Heden L, Ingermarsson I, Ahlstrom H, Solum T. Induction of labor vs conservative management in prolonged pregnancy: controlled study. *Int J Feto-Maternal Med.* 1991; 4/4: 148-152.