INDUCCIÓN DEL PARTO
Indicaciones y controversias



Sara Iglesias García
FEA Ginecología y Obstetricia. H. U. Lucus Augusti (Lugo)

DEFINICIÓN

La inducción del parto engloba el conjunto de métodos para **estimular el comienzo del trabajo de parto antes del inicio espontáneo del mismo**, con el **propósito de lograr un parto vaginal**.

MADURACIÓN CERVICAL

↓

Es el procedimiento dirigido a facilitar el proceso de ablandamiento, borrado y dilatación del cuello uterino.

INDUCCIÓN DEL PARTO

↓

Es el procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas para conseguir un parto por vía vaginal.

TASAS DE INDUCCIÓN

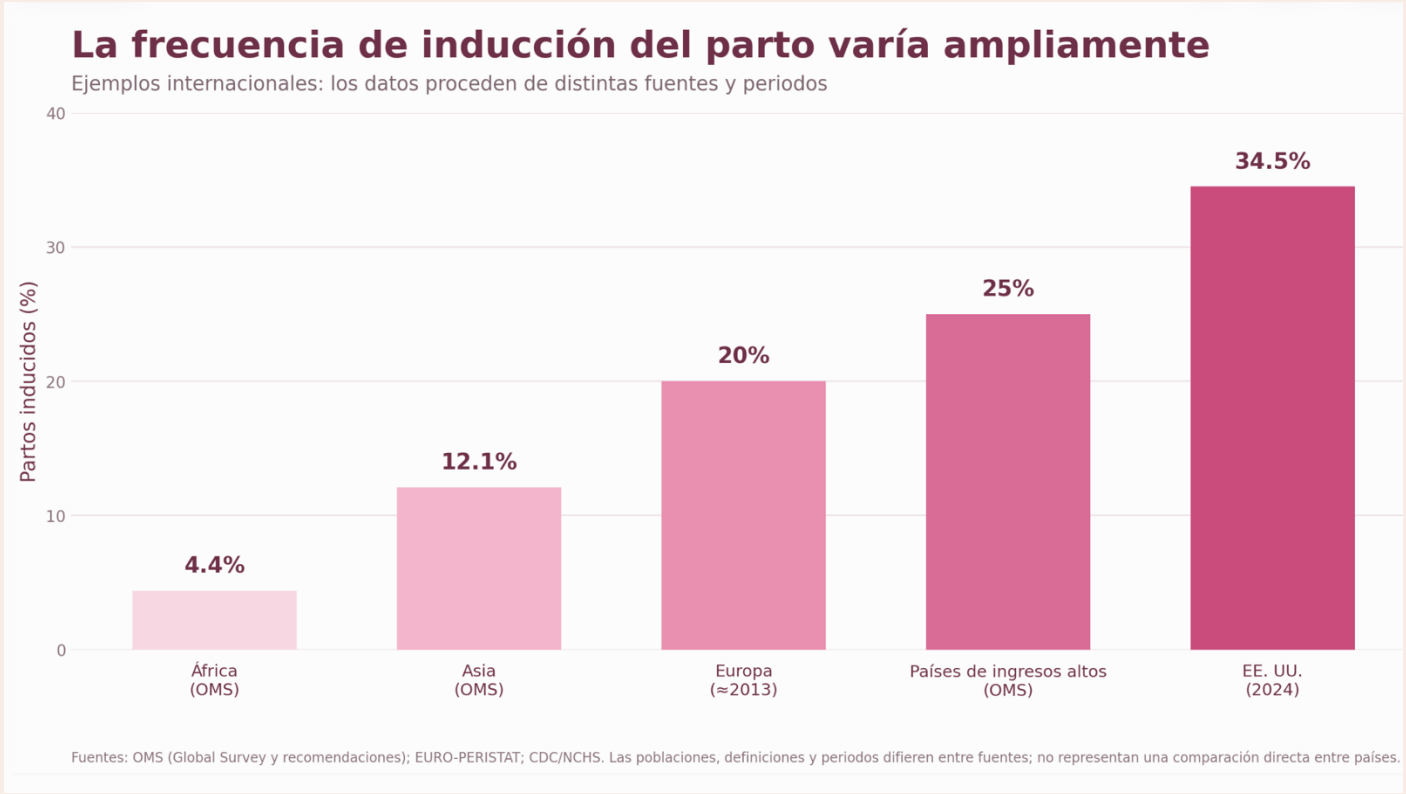
-Las tasas de inducción se han **duplicado desde 1990**.

-Existe una **variación considerable** en las tasas de inducción **a nivel mundial**:

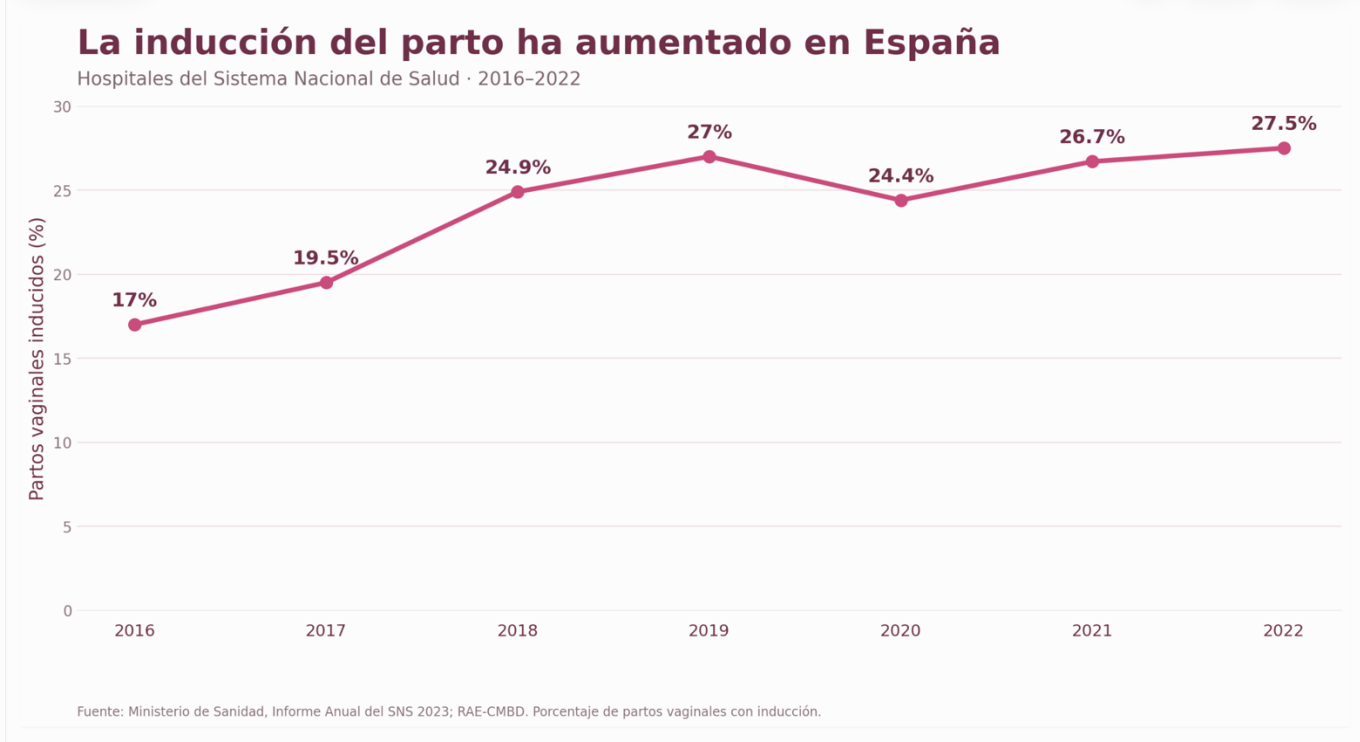
En los países con ingresos más altos se estima que el 25% de los recién nacidos nacen tras una inducción del parto.
En los países con ingresos medios y bajos, las tasas suelen ser más bajas.



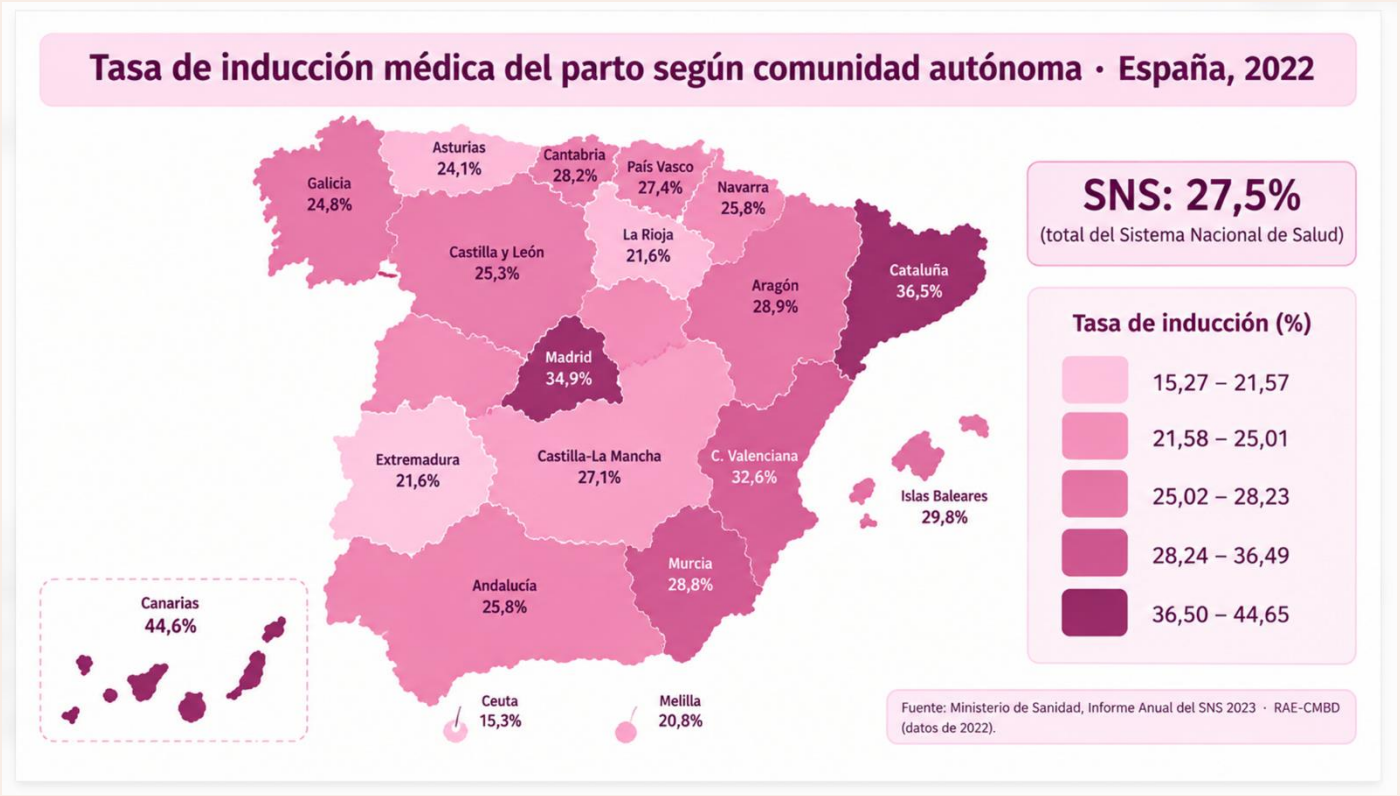
TASAS DE INDUCCIÓN



TASAS DE INDUCCIÓN



TASAS DE INDUCCIÓN



¿POR QUÉ ESTA DIFERENCIA?

1. **Las características de las mujeres y de los embarazos son diferentes**: si la población presenta más factores de riesgo o se detectan más situaciones que justifican finalizar el embarazo, habrá más inducciones.
2. **En los sistemas con más recursos se detectan más problemas, pudiendo actuar sobre ellos**: cuanta más capacidad diagnóstica, más situaciones identificadas con lo cual más indicaciones potenciales de inducción.
3. **El proceso de inducción necesita una infraestructura determinada**: en un entorno donde una cesárea urgente no está fácilmente disponible, puede ser mucho más difícil ofrecer una inducción de forma segura y generalizada.
4. **Cambios en la forma de practicar la obstetricia**: también depende del profesional y del sistema sanitario.
5. **Medicalización del embarazo**: en algunos sistemas sanitarios existe mayor tendencia a intervenir antes sobre embarazos que todavía podrían evolucionar espontáneamente.

RIESGOS

Mayor frecuencia de **hiperdinamia e hipertono** (con o sin alteraciones de la FCF), **aspiración de meconio**, **rotura uterina**, **intoxicación hídrica** y **prolapso de cordón post-amniorrexis**.



The New England
Journal of Medicine

Copyright © 2001 by the Massachusetts Medical Society

VOLUME 345 JULY 5, 2001 NUMBER 1

RISK OF UTERINE RUPTURE DURING LABOR AMONG WOMEN WITH A PRIOR CESAREAN DELIVERY

MONA LYDON-ROCHELLE, PH.D., VICTORIA L. HOLT, PH.D., THOMAS R. EASTERLING, M.D., AND DIANE P. MARTIN, PH.D.

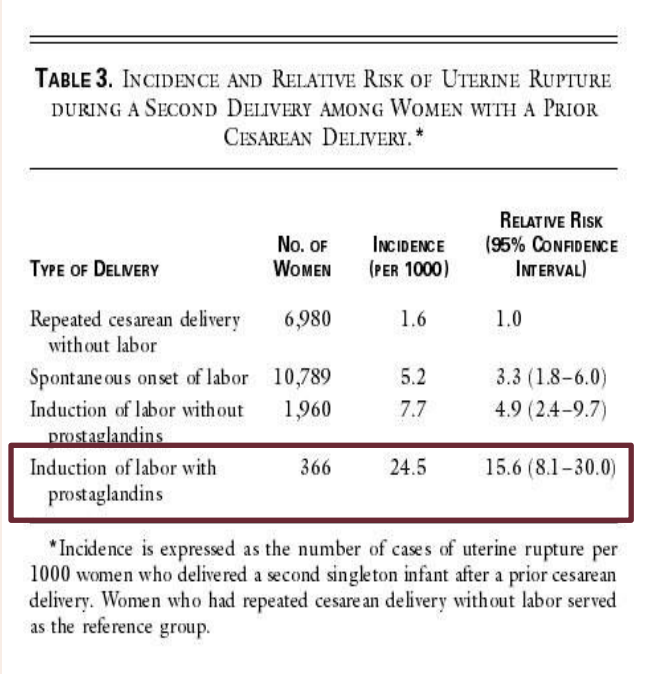


TABLE 3. INCIDENCE AND RELATIVE RISK OF UTERINE RUPTURE DURING A SECOND DELIVERY AMONG WOMEN WITH A PRIOR CESAREAN DELIVERY.*

TYPE OF DELIVERY	NO. OF WOMEN	INCIDENCE (PER 1000)	RELATIVE RISK (95% CONFIDENCE INTERVAL)
Repeated cesarean delivery without labor	6,980	1.6	1.0
Spontaneous onset of labor	10,789	5.2	3.3 (1.8–6.0)
Induction of labor without prostaglandins	1,960	7.7	4.9 (2.4–9.7)
Induction of labor with prostaglandins	366	24.5	15.6 (8.1–30.0)

*Incidence is expressed as the number of cases of uterine rupture per 1000 women who delivered a second singleton infant after a prior cesarean delivery. Women who had repeated cesarean delivery without labor served as the reference group.



mática realizada en 2010 (28) el riesgo de rotura para intento de parto vaginal es del 0,47%, frente al 0,026% para la cesárea electiva. Es fundamental documentar el tipo de incisión realizada en la cesárea previa. Si no disponemos de esta información, se debe intentar averiguar la probabilidad de que la histerotomía haya sido segmentaria transversa. Si esta probabilidad es alta, se debe ofrecer una prueba de parto por vía vaginal (29). La mayoría de incisiones desconocidas son transversas bajas (92%) y por lo tanto de bajo riesgo de rotura (29).

Riesgo de rotura uterina tras cesárea previa

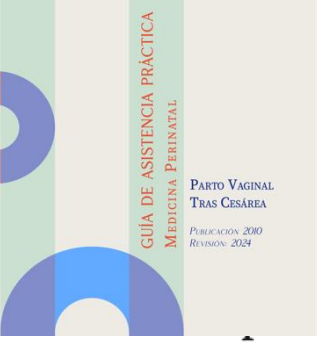
Guise et al. · AHRQ · 2010

Situación o método	Riesgo observado	Evidencia
Intento de parto vaginal	0,47 %	8 estudios · 63.499 mujeres
Cesárea electiva repetida	0,026 %	8 estudios · 63.499 mujeres
Cualquier método de inducción	1,2 %	7 estudios · 5.296 mujeres
Prostaglandina E2 (dinoprostona)	2 %	12 estudios
Misoprostol	13 %*	1 estudio · 226 mujeres
Oxitocina	1,1 %	9 estudios · 5.713 mujeres

*El 13 % procede de un único estudio y constituye una estimación muy imprecisa; no representa necesariamente el riesgo actual. Las cifras proceden de grupos y análisis diferentes, por lo que no deben compararse directamente.

La mayoría de las pacientes con una cesárea segmentaria transversa previa son candidatas y se les debe aconsejar y ofertar un intento de parto vaginal (calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte); siendo esta vía segura tanto para la madre como para el feto.

Entre un 60-80% de las mujeres que intentan un parto vaginal lo consiguen (5).



mática realizada en 2010 (28) el riesgo de rotura para intento de parto vaginal es del 0,47%, frente al 0,026% para la cesárea electiva. Es fundamental documentar el tipo de incisión realizada en la cesárea previa. Si no disponemos de esta información, se debe intentar averiguar la probabilidad de que la histerotomía haya sido segmentaria transversa. Si esta probabilidad es alta, se debe ofrecer una prueba de parto por vía vaginal (29). La mayoría de incisiones desconocidas son transversas bajas (92%) y por lo tanto de bajo riesgo de rotura (29).

Se debe comunicar a la paciente que hay un mayor riesgo de rotura uterina durante el parto si este tiene lugar antes de 18 meses de la cesárea anterior **(calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte)**.

Prostaglandina E2 (dinoprostona)	2 %	12 estudios
Misoprostol	13 %*	1 estudio · 226 mujeres
Oxitocina	1,1 %	9 estudios · 5.713 mujeres

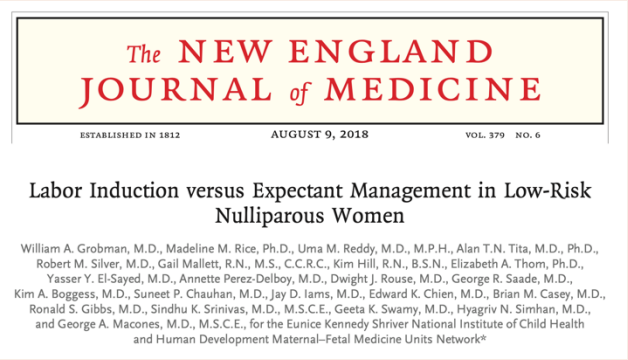
*El 13 % procede de un único estudio y constituye una estimación muy imprecisa; no representa necesariamente el riesgo actual. Las cifras proceden de grupos y análisis diferentes, por lo que no deben compararse directamente.

La mayoría de las pacientes con una cesárea segmentaria transversa previa son candidatas y se les debe aconsejar y ofertar un intento de parto vaginal (calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte); siendo esta vía segura tanto para la madre como para el feto.

Entre un 60-80% de las mujeres que intentan un parto vaginal lo consiguen (5).

RIESGOS

A pesar de que resulta controvertido, **existe actualmente el consenso de que NO hay evidencia de que la inducción aumente la tasa de cesáreas**.

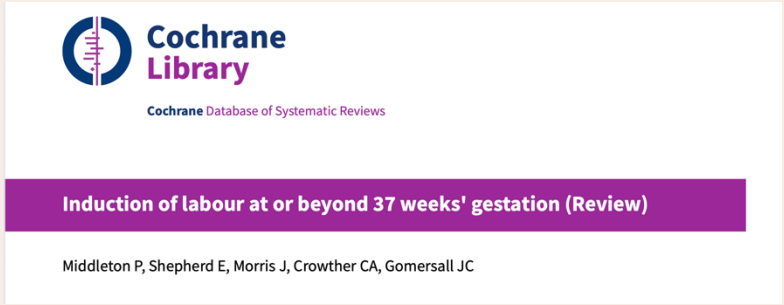


The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

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*



Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation (Review)

Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC

41 hospitales de EEUU. 6.106 pacientes (G1, BR)
Dos grupos aleatorios: inducción electiva (39-39+4s) vs actitud expectante.
Tasa de cesáreas:
- **-Inducción electiva: 18,6%**
- **-Actitud expectante: 22,2%**

La inducción se asoció con una reducción estadísticamente significativa de las cesáreas.

34 ensayos aleatorizados. 21.563 mujeres.
Dos grupos aleatorios: inducción electiva a partir de las 37 semanas vs actitud expectante.
Tasa de cesáreas:
- **-Inducción electiva: 16,4%**
- **-Actitud expectante: 18,7%**

La inducción se asoció con una reducción estadísticamente significativa de las cesáreas.

CONTRAINDICACIONES

TODAS aquellas situaciones que contraindiquen un parto vaginal.

2 o más cesáreas anteriores, cesárea anterior no segmentaria, cesárea anterior con incisión en T invertida, miomectomía previa con entrada en cavidad, antecedente de rotura uterina, situación transversa de feto único, placenta previa oclusiva, vasa previa, insuficiencia placentaria severa (CIR II o superior) o herpes genital activo.

INDICACIONES

1. Causas maternas o fetales.
2. Gestación cronológicamente prolongada.
3. Razón social o geográfica
4. Indicación electiva.

INDICACIONES

1. Embarazo postérmino
2. Sospecha de macrosomía fetal
3. Edad materna
4. Obesidad



INDICACIONES

EMBARAZO POSTÉRMINO



Women and Birth
Volume 33, Issue 3, May 2020, Pages 219-230

Review article

Induction of labour indications and timing: A systematic analysis of clinical guidelines

Dominiek Coates [a c g], Caroline Homer [a b 1], Alyssa Wilson [c], Louise Deady [d 2], Elizabeth Mason [d 2], Maralyn Foureur [e f 3], Amanda Henry [g h i 4]

Año 2020: Revisión sistemática de 49 guías clínicas de distintos países.
En general, existe consenso entre las mismas para inducir entre la semana 41 y la 42 (específicamente antes de las 41+5s).
Reducción del 18% de los ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Cochrane Library

La inducción a las 41s conlleva menor tasa de mortalidad anteparto, menor tasa de cesáreas pero más partos instrumentales (vs inducción ≥ 42)

INDICACIONES

EMBARAZO POSTÉRMINO

NICE
National Institute for Health and Care Excellence

Inducción 41s vs Inducción 42s

La inducción a las 41 semanas conlleva menor mortalidad perinatal (anteparto y neonatal estratificada), sin diferencias en la tasa de cesáreas ni instrumental, menor tasa de ingresos en UCIN
Sin diferencias en la tasa de aspiración meconial ni encefalopatía hipóxico-isquémica.

World Health Organization

Se recomienda la inducción del parto en mujeres que, con certeza, han alcanzado las 41 semanas de gestación (evidencia moderada).
Continuar el embarazo más allá de la semana 41 se asocia a un aumento progresivo del riesgo de muerte fetal y neonatal.

The American College of Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS
ACOG PRACTICE BULLETIN
Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

Los estudios recientes sugieren disminución en la tasa de cesáreas y trastornos hipertensivos del embarazo si inducción del parto en mujeres nulíparas y bajo riesgo a partir de las 39s.
Se sugiere considerar la inducción electiva del parto en pacientes con bajo riesgo a partir de las 39 semanas y se recomienda en todas aquellas al llegar a las 42 semanas.

FIGO
International Federation of Gynecology and Obstetrics

Se considera apropiado ofrecer la inducción del parto a todas las mujeres de bajo riesgo entre las 41 y las 42 semanas.



INDICACIONES

EMBARAZO POSTÉRMINO

Sin embargo, sigue sin estar claro cuál ha de ser el momento más adecuado para la inducción. Probablemente todo dependerá del objetivo que se quiera conseguir y de si existen comorbilidades asociadas (15). Por ello, la finalización de la gestación entre las semanas 41 y 42 es una opción válida en gestaciones sin factores de riesgo asociados, siempre y cuando se garantice un estrecho seguimiento de la gestación que asegure la detección precoz de factores que justifiquen la inducción del parto.

Se recomienda finalizar la gestación entre la semana 41 y 42 en gestaciones sin factores de riesgo asociados (**calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte**).

INDICACIONES

SOSPECHA DE MACROSOMÍA FETAL

Grande para edad gestacional (GEG) ≠ Macrosomía

GEG: se define como un PFE>p90 para la edad gestacional. Sin embargo, se sugiere que la definición se limite a **fetos** con **PFE ≥p97 (2 desviaciones estándar por encima de la media), ya que es en esta categoría donde encontramos mayor riesgo de complicaciones maternas y fetales**.

Macrosoma: **neonato** con peso al nacer superior a los 4000gr, sea cual sea la edad gestacional.

INDICACIONES

SOSPECHA DE MACROSOMÍA FETAL



Una política de inducción de los fetos macrosómicos de mujeres no diabéticas reduce significativamente el peso al nacimiento, la distocia de hombros y las fracturas al nacimiento. Sin diferencias en la reducción de lesión del plexo braquial, no aumenta significativamente la tasa de cesáreas ni los partos instrumentales.

Incrementa de forma no significativa los desgarros de III y IV grado y de forma significativa la hiperbilirrubinemia.

INDICACIONES

SOSPECHA DE MACROSOMÍA FETAL



ULTRASOUND
in Obstetrics & Gynecology

isuog

Systematic Review | Free Access

Timing of induction of labor in suspected macrosomia: retrospective cohort study, systematic review and meta-analysis

D. A. Badr, A. Carlin, C. Kadji, X. Kang, M. M. Cannie, J. C. Jani

First published: 13 March 2024 | https://doi.org/10.1002/uog.27643 | VIEW METRICS

Este metaanálisis concluye que la inducción del parto NO afecta a la tasa de distocia de hombros, pero sí aumenta la tasa de cesáreas cuando se considera de forma independiente a la edad gestacional.
Sin embargo, disminuye el riesgo de distocia de hombros en un 36% sin aumentar el riesgo de otros resultados adversos maternos, cuando se realiza antes de las 40s.

INDICACIONES

SOSPECHA DE MACROSOMÍA FETAL

«La inducción del parto no afecta a la tasa de distocia de hombros, pero sí aumenta la tasa de cesáreas cuando se considera de forma independiente a la edad gestacional».

Esto se refiere al análisis global, en el que se agrupan los resultados de diferentes estudios sin limitar la comparación a las inducciones realizadas antes de la semana 40.

«La inducción disminuye el riesgo de distocia de hombros en un 36% sin aumentar el riesgo de otros resultados adversos maternos cuando se realiza antes de las 40s”

Esto se refiere al análisis realizado en función del momento de la inducción. Estos resultados se encuentran solo en las inducciones realizadas antes de las 40s.

INDICACIONES

SOSPECHA DE MACROSOMÍA FETAL

The American College of Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

ACOG PRACTICE BULLETIN

Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

NUMBER 216 *(Replaces Practice Bulletin Number 173, November 2016)*

Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. This Practice Bulletin was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics in collaboration with William H. Barth Jr, MD and Rebecca Jackson, MD.

126). At this time, and until additional studies are reported, suspected macrosomia or LGA fetus is not an indication for induction of labor before 39 0/7 weeks of gestation because there is insufficient evidence that benefits of reducing shoulder dystocia risk would outweigh the harms of early delivery.

La sospecha de macrosomía no constituye una indicación para la inducción antes de las 39s, ya que no existen pruebas suficientes de que los beneficios de reducir el riesgo de distocia superen a los perjuicios de un parto prematuro.

NICE
National Institute for Health and Care Excellence

Inducing labour

NICE guideline | NG207 | Published: 04 November 2021

- there is uncertainty about the benefits and risks of induction of labour compared to expectant management, but:
  - with induction of labour the risk of shoulder dystocia reduced compared with expectant management
  - with induction of labour the risk of third- or fourth-degree perineal tears is increased compared with expectant management
  - there is evidence that the risk of perinatal death, brachial plexus injuries in the baby, or the need for emergency caesarean birth is the same between the 2 options

FIGO
International Federation of Gynecology and Obstetrics

Podría considerar la inducción a las 39s en casos de sospecha de macrosomía porque se relaciona con un menor peso al nacer y menor incidencia de distocia

Resultados de inducción del parto vs actitud expectante para:
-Distocia de hombros: 4,1% vs 6,8%
-Desgarros III y IV grado: 2,6% vs 0,69%



INDICACIONES

SOSPECHA DE MACROSOMÍA FETAL

Dada la controversia existente, un punto para el que se requieren más estudios es el momento óptimo de inducción en estas pacientes, porque si lo hacemos a lo largo de la semana 38, probablemente no consigamos el efecto deseado de reducción del peso fetal, pero hacerlo a la semana 37, puede conllevar incremento de riesgos para el feto por tratarse de un término precoz: más

Por otro lado, los esfuerzos también han de ir encaminados hacia mejorar la precisión en el diagnóstico de la macrosomía fetal.

Dado que por el momento no existe una evidencia fuerte a favor de la inducción antes de la semana 40 en caso de sospecha de macrosomía fetal de cara a reducir la incidencia de distocia de hombros, queda a criterio del obstetra la valoración de la inducción en función de otras condiciones obstétricas como los antecedentes personales, la paridad, las condiciones cervicales, etc. **(calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil)**. La recomendación de no prolongar la gestación más allá de la semana 41 en gestantes con sospecha de macrosomía fetal (peso fetal estimado [PFE] > 4.000 g) parece una opción razonable, tras consensuarlo con la paciente **(calidad de la evidencia moderada-alta, nivel de recomendación fuerte)**.


SJD Sant Joan de Déu Barcelona · Hospital
BCNATAL
Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.
Clínic Barcelona

PROTOCOLO: MACROSOMÍA

MACROSOMÍA

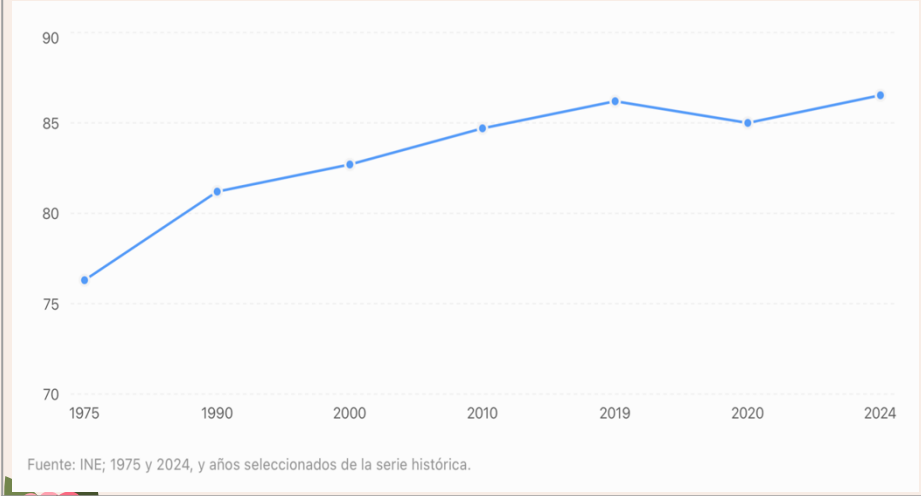
Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

En caso de **PFE >4000g (corresponde al p97 a las 39 sg)** se propondrá la **finalización de la gestación a partir de las 39 semanas** con el objetivo de disminuir la incidencia de complicaciones maternas y fetales durante el parto. Se programará como inducción de alto riesgo de hiperestimulación uterina (*ver protocolo inducción*).

INDICACIONES

EDAD MATERNA

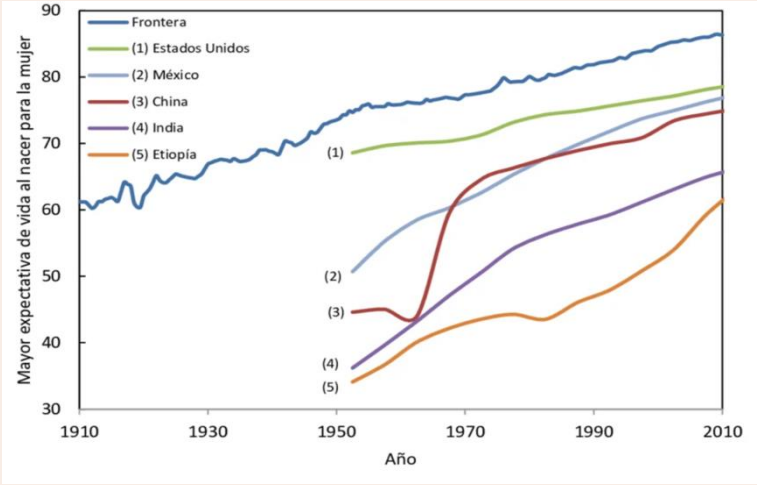
ESPERANZA DE VIDA FEMENINA EN ESPAÑA (1975-2024)



Fuente: INE; 1975 y 2024, y años seleccionados de la serie histórica.

En España, la esperanza de vida femenina aumentó de 76,3 años en 1975 a 86,52 años en 2024.

ESPERANZA DE VIDA FEMENINA EN EL MUNDO (1975-2024)

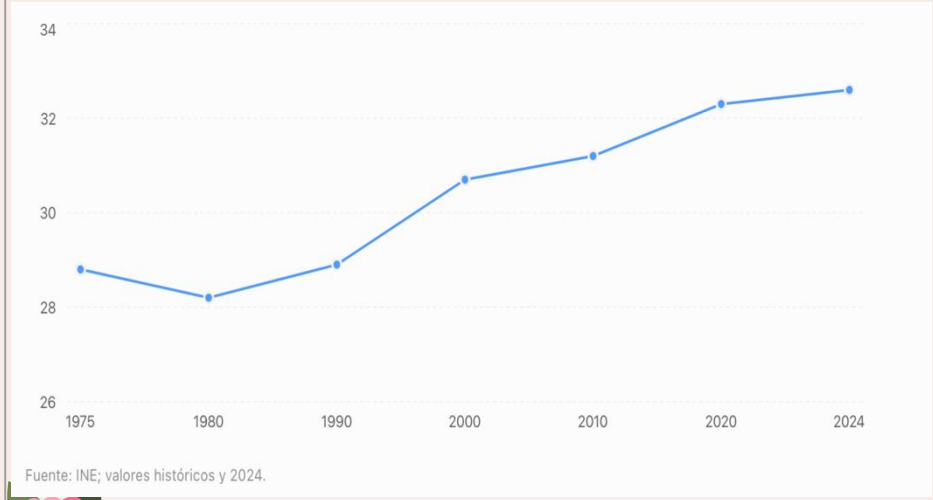


En el mundo, la expectativa ha crecido de manera sostenida con un promedio global que alcanza los 73,3 años

INDICACIONES

EDAD MATERNA

EDAD MEDIA MATERNIDAD EN ESPAÑA (1975-2024)



Fuente: INE; valores históricos y 2024.

En España, la edad media de la maternidad pasó de 28,8 años en 1975 a 32,6 años en 2024.

EDAD MEDIA MATERNIDAD EN EL MUNDO (1975-2024)



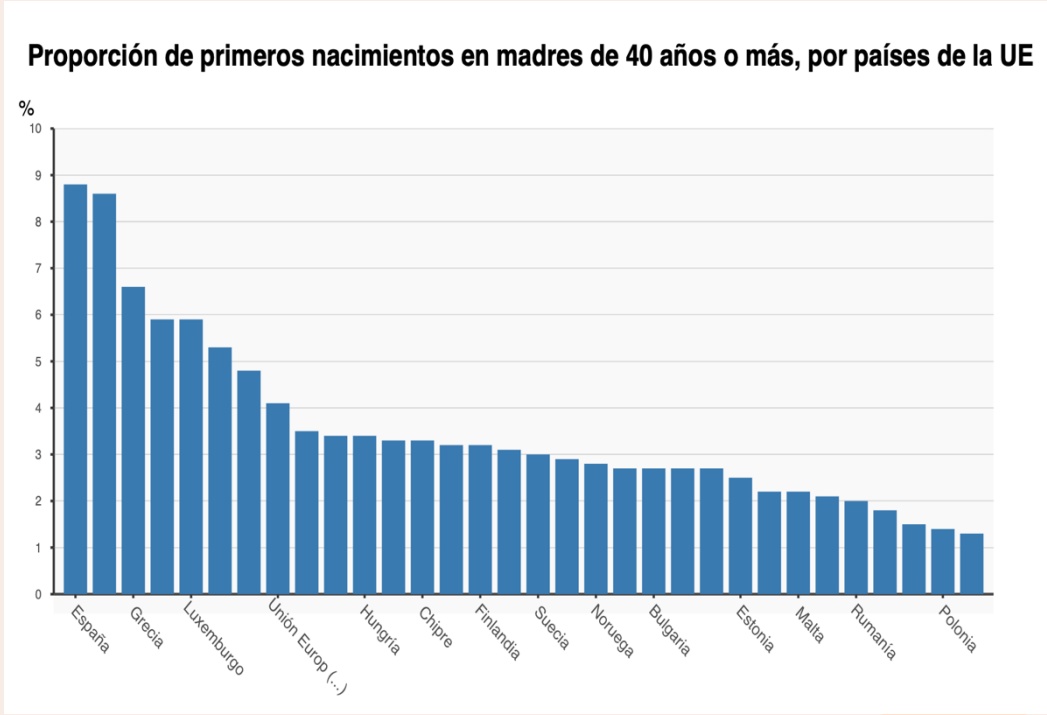
Fuentes: Naciones Unidas (2015) y World Population Prospects 2024. Valores aproximados.

En el mundo, la edad media descendió desde 1950 hasta 1990. La estimación en 2024 fue de 28,2 años. **Diferencias importantes entre regiones.**

INDICACIONES

EDAD MATERNA

DISTRIBUCIÓN DE LOS NACIMIENTOS POR EDAD MATERNA EN ESPAÑA		
	2014	**2024**
Menos de 25 años	9,3%	9,6%
Entre 25 y 39 años	83,5%	80%
40 años o más	7,2%	10,4%



INDICACIONES

EDAD MATERNA

Induction of labour versus expectant management for nulliparous women over 35 years of age: a multi-centre prospective, randomised controlled trial

Walker *et al.*

BioMed Central

Walker *et al. BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, **12**:145
http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/145

Inducción en gestantes nulíparas ≥35 años a las 39 semanas vs manejo espontáneo.

No encuentra diferencias en la tasa de cesáreas y no tiene potencia estadística suficiente para evaluar la mortalidad perinatal.

Perinatal mortality associated with induction of labour versus expectant management in nulliparous women aged 35 years or over: An English national cohort study

Hannah E. Knight, David A. Cromwell, Ipek Gurol-Urganci, Katie Harron, Jan H. van der Meulen, Gordon C. S. Smith

Published: November 14, 2017 • https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002425

Mortalidad perinatal en mayores de 35 años en inducción entre las 39-41s vs el manejo expectante

La inducción a las 40s disminuye la mortalidad perinatal y el síndrome de aspiración meconial pero incrementa el parto instrumental y la tasa de cesáreas.



Timing and mode of delivery with advancing maternal age

Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology
Volume 70, January 2021, Pages 101-111

El riesgo de mortalidad anteparto de mujeres mayores de 40 años superadas las 40s es equiparable al riesgo de mortalidad anteparto de mujeres entre 25 y 29 años a las 41 semanas.
Parece razonable ofrecer la inducción a las 39 semanas a las mujeres de edad materna avanzada.

INDICACIONES

EDAD MATERNA

NICE National Institute for Health and Care Excellence	World Health Organization	The American College of Obstetricians and Gynecologists WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS — ACOG PRACTICE BULLETIN — Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists
La edad materna no determina la necesidad de una inducción antes de las 41 semanas.	No establece un umbral específico de edad materna para indicar el parto antes de las 41 semanas.	”Recomendamos proceder al parto en embarazos con edad gestacional bien establecida, entre las 39-39+6s en personas cuya FPP coincida con los 40 años de edad o más, debido al aumento de las tasas de morbilidad neonatal y muerte fetal a partir de esa edad gestacional” (GRADO 1B: Recomendación débil, evidencia de calidad moderada”

FIGO © International Federation of Gynecology and Obstetrics

Sin recomendación específica de inducción del parto por edad materna avanzada.



INDICACIONES

EDAD MATERNA

La evidencia disponible en la actualidad es muy limitada para recomendar de forma sistemática la inducción antes de la semana 41 en mujeres mayores de 35 años **(calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil)**. Del mismo modo, si la mujer es mayor de 40 años podríamos ofrecerle inducción a partir de las 40 semanas **(calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación débil)**.

INDICACIONES

OBESIDAD

Obesidad materna: repercusiones en cada etapa

ETAPA PRECONCEPCIONAL

- Disminución de la fertilidad (alteraciones ovulatorias, ↑ frecuente en SOP).
- Mayor tiempo hasta conseguir el embarazo y menor éxito en TRA.
- Mayor riesgo de aborto espontáneo y de algunas anomalías congénitas.
- Mayor probabilidad de comorbilidades previas (DM2, HTA).

DURANTE EL EMBARAZO

Complicaciones maternas

- Diabetes gestacional.
- Hipertensión gestacional y preeclampsia.
- Tromboembolismo venoso.
- Dificultad en algunas exploraciones ecográficas y valoración fetal.

Complicaciones fetales

- Anomalías congénitas (defectos tubo neural, cardiopatías).
- Crecimiento fetal excesivo.
- Muerte fetal intrauterina.
- Parto prematuro.

PARTO Y RESULTADOS NEONATALES

Durante el parto

- Mayor probabilidad de inducción y cesárea.
- Mayor riesgo de parto prolongado y distocia de hombros (si macrosomía).
- Mayor dificultad en la monitorización y en la analgesia/anestesia.
- Más riesgo de infección y complicaciones si cesárea.

En el recién nacido

- Mayor riesgo de macrosomía (o grande para la edad gestacional).
- Traumatismo obstétrico.
- Hipoglucemia neonatal (si DM materna).
- Mayor riesgo de muerte fetal y de complicaciones perinatales.

POSPARTO

- Mayor riesgo de infección y complicaciones de la herida quirúrgica (sobre todo tras cesárea).
- Mayor riesgo de tromboembolismo venoso.
- Mayor probabilidad de retención de peso.
- Mayor riesgo de alteraciones metabólicas (DM2, especialmente tras diabetes gestacional).
- La retención de peso puede aumentar los riesgos en embarazos posteriores.

INDICACIONES

OBESIDAD

Induction of labour in pregnant individuals with obesity

Rizwana Ashraf MBBS [a], Cynthia Maxwell MD FRCSC [b], Rohan D'Souza MD PhD FRCOG [a b c] Show more

Las mujeres con obesidad pueden requerir una inducción del parto, debido a mayor incidencia de comorbilidades preexistentes y complicaciones del embarazo.
La inducción entre las 39 y 40s se asocia con un menor número de cesáreas y una menor morbilidad materno-fetal.

Full-term induction of labor vs expectant management and cesarean delivery in women with obesity: systematic review and meta-analysis

Lise Qvirin Krogh, MD; Julie Glavind, MD; Tine Brink Henriksen, MD; Jim Thornton, MD; Jens Fuglsang, MD; Sidsel Boie, MD, PhD

Existe una relación lineal entre obesidad y complicaciones obstétricas, siendo mayor si IMC≥40kg/m2 (mayor prevalencia de DG, trastornos hipertensivos del embarazo y macrosomía fetal).

La inducción en mujeres con IMC≥30 a las 39-40s se relaciona con menor tasa de cesáreas, de desgarros perineales y de infección materna, menos mortalidad perinatal, síndrome de aspiración meconial y menos macrosomía. Aumenta el riesgo de parto instrumental.

INDICACIONES

OBESIDAD

The German guideline "Obesity in pregnancy": comparison with the international approach

Review | Published: 05 January 2024
Volume 309, pages 1699–1705 (2024) Cite this article

-Comparativa entre diferentes guías clínicas realizada por la Sociedad Alemana de Ginecología y Obstetricia.
-Se compararon las guías de ACOG, RCOG, SOGC y DGGG.
-La inducción del parto a término se limita a IMC≥40
-Todas las guías coinciden en que se trata de embarazos de alto riesgo y subrayan la necesidad de asesoramiento preconcepcional, manejo especial durante el parto y el posparto.
-Podría recomendarse la inducción en este subgrupo a las 39-40 semanas de gestación.

INDICACIONES

OBESIDAD

NICE
National Institute for Health and Care Excellence

No recomienda la inducción sistemática del parto antes de las 41 semanas basándose exclusivamente en el IMC materno, ni estable un umbral de IMC para dicha intervención.

The NICE guideline on intrapartum care recommends that women with a BMI under 35 kg/m^2 can give birth in a midwifery unit or at home. The committee agreed, based on their experience, that identifying the fetal position by palpation can be difficult in women who are obese, particularly when the BMI is over 35 kg/m^2. The degree of confidence in palpation often decreases with increasing body weight.

World Health Organization

No existe un umbral específico para la inducción por obesidad aislada. Si existen otras complicaciones, la decisión puede cambiar según la situación clínica.

The American College of Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

ACOG PRACTICE BULLETIN
Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

Reconoce la obesidad materna como un factor de riesgo asociado a complicaciones maternofetales. Contempla vigilancia antenatal en función del IMC previo al embarazo. No existen recomendaciones específicas sobre la inducción del parto basada en la obesidad materna.

FIGO
International Federation of Gynecology and Obstetrics

B.4.10. Induction of labor is recommended at 41^{+0} weeks of gestation for pregnant women with a BMI ≥35 because of increased risk of intrauterine death.

Strong ⊕⊕⊕○



INDICACIONES

OBESIDAD

La evidencia disponible en la actualidad es muy limitada para recomendar de forma sistemática la inducción antes de la semana 41 en mujeres con obesidad **(calidad de la evidencia baja-muy baja, nivel de recomendación débil)**.

BIBLIOGRAFIA

1. Induction of Labor Suzanne M. Jenkins; James W. Van Hook. Authors Suzanne M. Jenkins; James W. Van Hook[1]. Affiliations [1] University of Toledo College of Medicine Last Update: February 20, 2023.
2. Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA, Chan K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2002;99:41-4.
3. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. Obstet Gynecol 2001;97(2):175-7.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Obesity in Pregnancy. Practice Bulletin No. 230.
5. Guidelines for the management of pregnant women with obesity: A systematic review. Consultar revisión sistemática.
6. J. Chatfield. ACOG issues guidelines on fetal macrosomia. Am Fam Physician., 64 (2001), pp. 169-170
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies [Internet]. London: NICE; 2019 Mar 6 [actualizado 2019 Apr 25]. NICE guideline NG121.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Inducing labour [Internet]. London: NICE; 2021 Nov 4. NICE guideline NG207. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng207
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Indications for Outpatient Antenatal Fetal Surveillance: ACOG Committee Opinion, Number 828. Obstet Gynecol. 2021;137(6):e177-e197. doi:10.1097/AOG.0000000000004407.
10. McAuliffe FM, Killeen SL, Jacob CM, et al. Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: a FIGO guideline. Int J Gynaecol Obstet. 2020;151(Suppl 1):16-36. doi:10.1002/ijgo.13334.
11. Induction of Labor. Suzanne M. Jenkins; James W. Van Hook. Suzanne M. Jenkins; James W. Van Hook[1]. Affiliations. University of Toledo College of Medicine. Last Update: February 20, 2023
12. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. Obstet Gynecol 2001;97(2):175-7.
13. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Inducción del parto. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Madrid: SEGO; 2023
14. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Prog Obstet Ginecol. 2010;53(12):534-44. doi:10.1016/j.pog.2010.10.012
15. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Maduración cervical e inducción del parto [Internet]. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona
16. Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA, Chan K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2002;99:41-
17. Pregnancy at Age 35 Years or Older ACOG Obstetric Care Consensus No. 11 *Obstetrics & Gynecology. DOI:* 10.1097/AOG.0000000000004873