



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**RESULTADOS NEONATALES TEMPRANOS EN
EMBARAZOS A TERMINO SEGÚN LA CLASIFICACION DE
EMBARAZO A TERMINO DEL AMERICAN COLLEGE OF
OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS EN EL
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**

**EARLY NEONATAL OUTCOMES IN TERM PREGNANCIES
ACCORDING TO THE AMERICAN COLLEGE OF
OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS
CLASSIFICATION OF TERM PREGNANCY IN CAYETANO
HEREDIA NATIONAL HOSPITAL**

ALUMNO(S):

**CHRYSTIAN OMAR CORIPUNA ANDRADE
ANDRES ALEJANDRO ESPINOZA MOREANO**

ASESOR(ES):

**MARTIN INGA LOZADA
CESAR LOZA MUNARRIZ**

LIMA - PERÚ

2019

JURADOS

DR. JORGE LUIS SALVADOR PICHILINGUE

DR. RONALD ALFREDO CABRERA EPIQUEN

DR. JESUS ABEL DIAZ MATOS

ASESORES DE TRABAJO DE TESIS

DR. MARTÍN INGA LOZADA

DR. CESAR LOZA MUNARRIZ

DEDICATORIA, AGRADECIMIENTOS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

CHRYSYTIAN OMAR CORIPUNA ANDRADE:

DEDICADO A TODA MI FAMILIA, EN ESPECIAL AGRADEZO A MIS PADRES, ITALO CORIPUNA ROMERO Y JUANA ANDRADE PILCO, Y A MIS HERMANOS, ABEL CORIPUNA ANDRADE Y ABY CORIPUNA ANDRADE.

ANDRES ALEJANDRO ESPINOZA MOREANO:

DEDICADO A TODA MI FAMILIA Y AMIGOS. EN ESPECIAL A MI MADRE ROSA ELIDA MOREANO SALAS Y A MI PADRE CARLOS AUGUSTO ESPINOZA VILLAVICENCIO.

DECLARACIÓN DE LOS AUTORES

DECLARAMOS QUE LA SIGUIENTE INVESTIGACIÓN ES ORIGINAL, AUTÉNTICA Y PERSONAL, QUE SE HAN CITADO LAS FUENTES CORRESPONDIENTES Y QUE EN SU EJECUCIÓN SE RESPETARON LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE PROTEGEN LOS DERECHOS DEL AUTOR VIGENTES.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág
1. Resumen	vii
2. Abstract	viii
3. Introducción	1
4. Materiales y métodos	4
4. Resultados	6
5. Discusión	8
6. Conclusiones	11
7. Declaración de conflicto de interés	12
8. Referencias Bibliográficas	13
9. Tablas, gráficos y figuras	16

RESUMEN

Objetivo: Comparar los resultados neonatales tempranos entre las categorías de embarazo a término, en los partos atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia del 01/01/2017 al 31/12/2017.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron gestantes sanas, con embarazo a término. Los partos se clasificaron a término temprano (37 0/7 – 38 6/7 semanas), a término completo (39 0/7 – 40 6/7 semanas) y a término tardío (41 0/7 – 41 6/7 semanas). Se evaluaron los resultados neonatales tempranos. Se realizó la comparación de variables mediante análisis de varianza, Kruskal-Wallis y Chi cuadrado.

Resultados: De 1093 partos, 30% fueron a término temprano, 57% a término completo y 13% a término tardío. La media del peso del recién nacido fue 3238 ± 406 gr en el grupo a término temprano, 3428 ± 385 gr en el grupo a término completo y 3689 ± 414 gr en el grupo a término tardío, $p < 0.05$. La frecuencia de pequeño para la edad gestacional fue mayor en el grupo a término temprano (2.1%), la frecuencia de grande para la edad gestacional fue más frecuente en el grupo a término tardío (10.1%), $p < 0.05$. Los recién nacidos con bajo peso al nacer fue más frecuente en el grupo a término temprano (2.1%) y los recién nacidos macrosómicos fue mayor en el grupo a término tardío (22.3%).

Conclusiones: Se encontraron diferencias en el peso del recién nacido, en la relación peso para la edad gestacional, frecuencia de bajo peso al nacer y frecuencia de macrosomía.

Palabras Clave: Gestación a término, edad gestacional, resultados neonatales

ABSTRACT

Objective: To compare early neonatal outcomes between term pregnancy categories, in deliveries attended at Cayetano Heredia National Hospital from 01/01/2017 to 12/31/2017.

Methods: A descriptive cross-sectional study was made. Healthy pregnant women were included, with full-term pregnancy. Deliveries were classified as early term (37 0/7 - 38 6/7 weeks), full term (39 0/7 - 40 6/7 weeks) and late term (41 0/7 - 41 6/7 weeks) . Early neonatal outcomes were evaluated. Variables were compared by analysis of variance, Kruskal-Wallis and Chi square.

Results: Of 1093 deliveries, 30% were early term, 57% full term and 13% late term. Average newborn weight was 3238 ± 406 gr in early term group, 3428 ± 385 gr in full term group and 3689 ± 414 gr in late term group, $p < 0.05$. Frequency of small for gestational age was higher in early term group (2.1%), frequency of large for gestational age was more frequent in the late term group (10.1%), $p < 0.05$. Newborns with low birth weight were more frequent in early term group (2.1%) and high birth weight newborns were more frequent in late term group (22.3%).

Conclusion: Differences were found in birth weight for gestational age, frequency of low birth weight and frequency of high birth weight

Keywords: Term pregnancy, gestational age, neonatal outcomes

I. INTRODUCCION

MARCO TEORICO

El embarazo único dura aproximadamente 40 semanas (280 días) contados a partir del primer día del último período menstrual para determinar la fecha probable de parto. La Organización Mundial de la Salud – OMS en la Clasificación Internacional de Enfermedades ha definido el nacimiento pre-término aquel con edad gestacional < 37 semanas, y post-término aquel con ≥ 42 semanas de gestación, y el nacimiento a término ha sido convencionalmente definido como el parto que ocurre entre las 37 semanas 0 días y 41 semanas 6 días. Se han establecido como embarazos y recién nacidos de riesgo en relación a la edad gestacional a aquellos con edad gestacional < 37 y ≥ 42 semanas. El concepto de embarazo a término provee de una referencia al personal de salud e influye en la percepción del público en relación al momento óptimo de ocurrencia del parto para obtener resultados neonatales saludables (1). Diferentes estudios han reportado que los neonatos denominados a término no son un grupo homogéneo y que hay diferencias en las tasas de morbilidad y mortalidad entre las diferentes edades gestacionales que constituyen éste rango de 5 semanas comprendido entre 37 semanas 0 días a 41 semanas 6 días (2). La morbilidad neonatal tal como el síndrome de dificultad respiratoria, uso de ventilación asistida y hospitalización en UCI neonatal muestran tasas más bajas entre los 39 semanas 0 días y 40 semanas 6 días y tasas más altas antes de 37 a 38 semanas y después de este periodo (41 a 42 semanas) (3). Los datos de estadísticas vitales demuestran un cambio a lo largo de los años hacia una edad gestacional más temprana en el parto. El riesgo de muerte fetal es mayor en el grupo de 37 semanas 0 días a 38 semanas 6 días comparado con el grupo de 39 semanas 0 días a 41 semanas 6 días, y también es más alto después de 42 semanas 0 días (4-8).

Los resultados neonatales de nacimientos ocurridos en las dos primeras semanas de este grupo presentan principalmente morbilidad respiratoria, diversos estudios han demostrado

mayor frecuencia de complicaciones respiratorias neonatales en los embarazos de 37.0 a 38.6 semanas comparadas con aquellos de 39 a 41 semanas. (5-7).

También hay evidencia que demuestra que el embarazo más allá de las 40 semanas de gestación está asociado con mayor riesgo de resultados adversos maternos y neonatales. El embarazo a término tardío y embarazo prolongado están asociados con incremento en el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal (8-10).

Basados en estos estudios que demuestran el incremento de resultados perinatales adversos en los grupos de 37 a 38 semanas y de 41 a 42 semanas comparados con el grupo de 39 a 40 semanas, The Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) y el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) han redefinido el embarazo a término de la siguiente manera. (11,12). A término temprano (De 37 semanas 0 días a 38 semanas 6 días), a término completo (De 39 semanas 0 días a 40 semanas 6 días), a término tardío (De 41 semanas 0 días a 41 semanas 6 días) y post término (De 42 semanas 0 días a más). Estas entidades promueven y motivan el uso uniforme de las nuevas denominaciones de embarazo a término por parte de los clínicos, los investigadores y los administradores de la salud pública.

A nivel regional, Cifuentes-Borrero y colaboradores en Colombia en un estudio compararon los resultados neonatales entre los partos clasificados como a término temprano, a término completo y a término tardío. Los autores encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de bajo peso al nacer y el peso promedio al nacer en el grupo a término temprano, y mayor frecuencia de asfixia neonatal en el grupo a término tardío. No hubo diferencias en cuanto al síndrome de dificultad respiratoria y tiempo de hospitalización (13). La relativa seguridad en relación a los resultados neonatales en este periodo no tiene mayor importancia cuando el parto se inicia espontáneamente pero se torna muy importante cuando hay que decidir la culminación del parto en forma electiva ya sea por inducción o por

cesárea planificada. Diversos estudios han demostrado que la culminación electiva del embarazo antes de la semana 39, está asociada con morbilidad neonatal significativa (4, 5, 14-16). El objetivo del presente estudio es determinar si existen diferencias en los resultados neonatales tempranos, entre las diferentes categorías de embarazo a término según la clasificación del American College of Obstetricians and Gynecologists, en los partos ocurridos del 01/10/2017 al 31/12/2017 en el Hospital Cayetano Heredia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en el Servicio de Obstetricia, Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Cayetano Heredia después de la aprobación del proyecto por la Unidad Integrada de Gestión en Investigación, Ciencia y tecnología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Para la obtención de los datos se revisó la base de datos del Sistema Informático Perinatal SIP 2000 del hospital Cayetano Heredia. Se seleccionaron los casos de acuerdo a los criterios de selección establecidos. Se incluyeron los casos de gestantes sanas (Sin complicaciones obstétricas durante la gestación, sin patología médica asociada durante la gestación y parto), gestantes con embarazo único, con datos completos de las variables de estudio, edad gestacional fiable (Por fecha de última menstruación o por ecografía del primer trimestre), edad gestacional de 37 semanas 0 días a 41semanas 6 días de todos los partos ocurridos en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo comprendido del 01/01/2017 a 31/12/2017.

Las variables maternas evaluadas fueron: Edad de la gestante, número de gestaciones previas, número de partos previos, estado civil, grado de instrucción, inicio de parto, terminación de parto, característica del líquido amniótico. Las variables neonatales evaluadas fueron: Examen físico del recién nacido, APGAR al minuto, APGAR a los 5 minutos, peso al nacimiento, peso para la edad gestacional, requerimiento de reanimación respiratoria, necesidad de hospitalización del recién nacido y egreso.

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS versión 23. Para el análisis se dividió la muestra en tres grupos de acuerdo a la edad gestacional al momento del parto: A término temprano (De 37 semanas 0 días a 38 semanas 6 días), a término completo (De 39

semanas 0 días a 40 semanas 6 días) y a término Tardío (De 41 semanas 0 días a 41 semanas 6 días). Se realiza un análisis descriptivo de los grupos de estudio, de las características maternas, de las características del parto y de los resultados neonatales tempranos por grupos de estudio. Se presentan los resultados en frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, en medias con su desviación estándar o medianas con rango intercuartílico para las variables cuantitativas. Se evaluó la prueba de bondad de ajuste de datos a la distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La comparación de las diferentes características entre los grupos se realizó mediante el análisis de la varianza (ANOVA) para las variables cuantitativas con distribución normal, Kruskal-Wallis para la comparación de medianas y Chi cuadrado para la comparación de proporciones. Todas las comparaciones se realizaron con intervalo de confianza del 95%, considerando una diferencia estadísticamente significativo a un valor $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

Según la base de datos SIP 2000, en el periodo del 01/01/2017 al 31/12/2017 se registró 5500 partos, 1093 casos cumplieron los criterios de selección, y se excluyeron 4407 casos. De los 1093 partos seleccionados, 330 (30.2%) fueron clasificados como a término temprano, 624 (57.1%) a término completo y 139 (12.7%) a término tardío, tabla 1.

En relación a las características de la madre (tabla 2) se encontraron diferencias ($p < 0.05$) entre los grupos en la edad, número de gestaciones previas y número de partos previos. La mediana de la edad y el rango intercuartílico fue de 26 (23 - 30) para el grupo a término temprano, 26 (22 - 29) para el grupo a término completo y 24 (22 - 28) para el grupo a término tardío. El número de gestaciones previas y el rango intercuartílico fue de 1 (1 - 2) para el grupo a término temprano, 1 (0 - 2) para el grupo a término completo y 1 (0-2) para el grupo a término tardío. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto al estado civil y al grado de instrucción.

En cuanto a las características del parto (Tabla 3) se encontró diferencias entre los grupos en el inicio del parto ($p < 0.05$), se presentó mayor frecuencia de inicio de parto inducido y mayor frecuencia de cesárea en el grupo a término tardío en comparación con los grupos a término temprano y a término completo. No se encontró diferencias entre los grupos en relación a la terminación del parto ya sea vaginal o cesárea; de igual manera no hubo diferencias en cuanto a las características del líquido amniótico entre los tres grupos.

Al evaluar los resultados neonatales (Tabla 4) se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en el peso del recién nacido en los diferentes grupos de estudio, siendo la media y la desviación estándar de 3237.85 ± 406.4 g en el grupo a término temprano,

3428.35 ± 385.2 g en el grupo a término completo y 3688.89 ± 414.3 g en el grupo a término tardío, siendo la media de peso menor en el grupo a término temprano y mayor en el grupo a término tardío. Al hacer la evaluación del peso del recién nacido en relación a la edad gestacional se encontró mayor frecuencia de pequeños para edad gestacional en el grupo a término temprano y mayor frecuencia de macrosómicos en el grupo a término tardío. Al evaluar el peso del recién nacido considerando los extremos catalogados como bajo peso al nacer y macrosómicos, se encuentra mayor frecuencia de bajo peso al nacer en el grupo a término temprano y mayor frecuencia de macrosómicos en el grupo a término tardío. No se encontró diferencias entre los grupos en la valoración APGAR al minuto y a los cinco minutos. No se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a la necesidad de reanimación respiratoria, ni a la necesidad de hospitalización del recién nacido.

DISCUSION

En el presente estudio se comparan los resultados neonatales tempranos entre las distintas categorías del parto a término según la clasificación del American College of Obstetricians and Gynecologists. Encontramos que las frecuencias presentación de las categorías son 30% para el parto a término temprano, 57% para el parto a término completo, y 13% para el parto a término tardío. En la literatura se ha encontrado pocos estudios que evalúen la frecuencia de las tres categorías de parto a término según la clasificación de la ACOG y los resultados neonatales, por lo que no hay un patrón de referencia para comparar las frecuencias de presentación de cada uno de los subtipos de embarazo a término, sin embargo a nivel regional latinoamericano se ha encontrado el trabajo de Cifuentes-Borrero en Colombia (13), quien evalúa la frecuencia de las diferentes categorías de parto a término y sus resultados neonatales. En el estudio de Cifuentes-Borrero reporta mayor proporción de partos a término temprano siendo de 40%. Debido al mayor riesgo de resultados neonatales el foco de atención hoy en día se centra en el grupo a término temprano

La frecuencia de partos a término temprano tiene un rango de variación muy amplio. Marie Delnord (17) en su estudio Variaciones internacionales en la distribución de nacimientos según edad gestacional realizado en 34 países de altos ingresos económicos que comprendían a países de Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Japón, encontró que la frecuencia de nacimientos a término temprano variaba de 15 a 31%. Salemi en su estudio (16) de una cohorte de 634299 encontró una frecuencia de 35.4% de nacimientos a término temprano y Ulubaş-Işık en Turquía (18) reporta una frecuencia de recién nacidos a término temprano de 32% en una población de en una cohorte de 31170 nacimientos. Estudios a nivel

regional en América Latina también reportan variaciones amplias y varían desde 24% según el estudio de Furzan en Venezuela (19) en una población de estudio de 2648 nacimientos hasta 39.8% según el estudio de Rodrigo Cifuentes en Colombia (15). Como se evidencia la frecuencia reportada de nacimientos a término temprano (37 a 38 semanas) es muy variada y va desde 15% a 40%. Diversos estudios han demostrado mayor riesgo de resultados neonatales adversos a corto y a largo plazo en el grupo de nacimientos a término temprano (37 a 38 semanas) comparado con los nacimientos de 39 a 41 semanas (3, 4, 6,7, 20), por lo que se recomienda evitar la culminación electiva del parto a una edad gestacional menor a 39 semanas. (16,21, 22)

En relación al inicio de parto se encontró diferencias significativas ($p < 0.05$) en la forma de inicio de parto entre los tres grupos. En los grupos a término temprano y a término completo es más frecuente el inicio de parto espontáneo con un 91 %, y 91.5 % respectivamente, comparado con el 65.5% en el grupo a término tardío. El parto inducido fue más frecuente en el grupo a término tardío con un valor de 26% en comparación con los grupos a término temprano y a término completo los cuales presentaron valores de 3.9 y 5.0% respectivamente. Las gestantes de 41 a más semanas de edad gestacional es también un grupo con mayor riesgo de resultados materno perinatales adversos, muchos estudios entre estos la reciente revisión sistemática de Cochrane sobre el tema (23) en el que se incluyeron 30 ensayos randomizados y más de 12000 mujeres, encontraron que una política de inducción del parto a las 41 semanas o más comparado con el manejo expectante estuvo asociado con menor muerte perinatal, menor frecuencia de hospitalizaciones en unidades de cuidados neonatales y menor frecuencia de cesáreas. Debido a estos resultados ya conocidos, muchos centros de atención materna han establecido políticas de manejo activo, inducción del parto a partir de las 41 semanas de gestación, en vez de optar por el manejo expectante, lo cual explicaría los resultados encontrados en el presente estudio.

En relación a la culminación de la gestación no se encontró diferencias entre los tres grupos, en cuanto a la frecuencia de cesáreas. Tampoco se encontró diferencia en cuanto a las características del líquido amniótico a diferencia de otros estudios quienes reportan mayor frecuencia de líquido meconial en el grupo a término tardío (7).

En cuanto a los resultados neonatales tempranos se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en el peso del recién nacido, la relación peso para la edad gestacional, la frecuencia de bajo peso al nacer y la frecuencia de macrosomía. La media de peso del recién nacido fue menor en el grupo a término temprano y mayor en el grupo a término tardío. En cuanto a la relación del peso para la edad gestacional se encontró mayor frecuencia de pequeño para la edad gestacional en el grupo a término temprano (2.1%) y mayor frecuencia de grande para la edad gestacional en el grupo a término tardío (10%). De igual manera se encontró mayor frecuencia de recién nacidos con bajo peso al nacer en el grupo a término temprano (2.1%) y mayor frecuencia de recién nacidos macrosómicos (22.3%) en el grupo a término tardío.

A diferencia de otros estudios (5-7) no se observaron diferencias entre los tres grupos en cuanto a la valoración del APGAR al minuto y a los 5 minutos, la necesidad de reanimación respiratoria y a la necesidad de hospitalización del recién nacido.

A diferencia de otros estudios en el presente estudio las diferencias que se encontraron entre los tres grupos de parto a término fue en relación al inicio del parto y el peso del recién nacido.

Como limitaciones del estudio tenemos que durante el proceso de selección de la muestra se excluyeron gran cantidad de casos por falta de información en las variables de estudio, sin embargo los resultados son importantes y nos confirman que los resultados neonatales varían de acuerdo a la edad gestacional dentro del grupo denominado como embarazo a término y que por lo tanto no se esperaría una homogeneidad en los resultados perinatales.

CONCLUSIONES

Se analizaron 1093 casos de partos a término de 37 semanas 0 días a 41 semanas 6 días, el 57% fueron partos a término completo, el 30% fueron partos a término temprano y el 13% fueron partos a término tardío. Se encontraron diferencias entre los grupos en la media del peso del recién nacido, en la relación peso para la edad gestacional, bajo peso al nacer y frecuencia de recién nacido mayor a 4000 g. No se encontraron diferencias en la valoración APGAR, el requerimiento de reanimación respiratoria ni en la necesidad de hospitalización del recién nacido.

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERES

Los autores no tienen conflicto de interés que reportar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Volume 2. 2nd ed. Geneva: WHO; 2004.
2. Cheng YW, Nicholson JM, Nakagawa S, et al. Perinatal outcomes in low-risk term pregnancies: do they differ by week of gestation? *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:370.e1-370.e7.
3. Reddy UM, Bettgowda VR, Dias T, Yamada-Kushnir T, Ko CW, Willinger M. Term pregnancy: a period of heterogeneous risk for infant mortality. *Obstet Gynecol* 2011;117:1279–87.
4. Clark SL, Miller DD, Belfort MA, et al. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:156.e1-156.e4.
5. Tita AT, Landon MB, spong CY, Lai Y, et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *N Engl J Med* 2009;360:111-20.
6. Hoffmire CA, Chess PR, Saad T.B, Glantz C.J. Elective Delivery Before 39 Weeks: The risk of Infant Admission to the Neonatal Intensive Care Unit. *Matern Child Health J.* 2012;16:1053-62.
7. Zhan X, Kramer M.S. Variations in Mortality and Morbidity by Gestational Age among Infants Born at Term. *J Pediatr* 2009;154:358-62.
8. Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, et al. Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:155.e1-155.e6.
9. Linder N, Hirsch L, Fridman E, et al. Post-term pregnancy is an independent risk factor for neonatal morbidity even in low-risk singleton pregnancies. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2017;102:F286–F290.

10. Kortekaas et al. Perinatal death beyond 41 weeks pregnancy: an evaluation of causes and substandard care factors as identified in perinatal audit in the Netherlands *BMC Pregnancy and Childbirth* (2018) 18:380
11. Spong CY. Defining “term” pregnancy: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. *JAMA* 2013;309:2445–6.
12. Definition of term pregnancy. Committee Opinion No. 579. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013: 122;1139–40.
13. Cifuentes-Borrero et. A propósito de una nueva clasificación del embarazo a término. Resultados neonatales en una clínica de tercer nivel de atención en Cali, Colombia. Un estudio de corte transversal, 2013. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* 2016;67(4):271-7
14. Ruth CA, Roos N, Ripstein-Hildes E, Brownell M. The influence of gestational age and socioeconomic status on neonatal outcomes in late preterm and early term gestation: a population based study. *Pregnancy and Childbirth.* 2012;12(62).
15. Salemi JL, Pathak EB, Salihu HM. Infant outcomes after elective early-term delivery compared with expectant management. *Obstet Gynecol.* 2016;127:657-6.
16. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics.* 2004;114:372-6.
17. Delnord M, Mortensen L, Hindori-Mohangoo AD, et al. International variations in the gestational age distribution of births: an ecological study in 34 high-income countries. *Eur J Publ Health* 2018;28:303–9.
18. Ulubaş-Işık D, Erol S, Demirel N, Kale Y, Çelik İH, Tapısız ÖL, et al. Early-term delivery and adverse neonatal outcomes at a tertiary center in Turkey. *Turk J Pediatr.* 2015;57:547-52.
19. Furzán JA, Arteaga N, Luchón C, Expósito M, Henríquez A. Recién Nacido a Término Precoz: Incidencia y morbilidad perinatal. *Arch Venez Pueric Pediatría.* 2012;75:108-12.

20. Sengupta S, Carrion V, Shelton J, Wynn RJ, Ryan RM, Singhal K, et al. Adverse neonatal outcomes associated with early-term birth. *JAMA Pediatr.* 2013;167:1053-9
21. White S.W., Newnham J.P. Is it possible to safely prevent late preterm and early term births?. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 24 (2019) 33–36
22. Avoidance of nonmedically indicated early-term deliveries and associated neonatal morbidities. ACOG Committee Opinion No. 765. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2019;133:e156–63
23. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD004945. 10.1002/14651858.CD004945.pub4. 29741208

TABLAS, GRÁFICOS Y RESULTADOS

Tabla 1. DISTRIBUCION DE PARTOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD GESTACIONAL. HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, 2017

GRUPO SEGÚN EDAD GESTACIONAL	N	%
A término temprano	330	30.2
A término completo	624	57.1
A término tardío	139	12.7
TOTAL	1093	100

TICAS DEL PARTO EN GESTACIONES A TERMINO 37 A 41 SEMANAS. HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

	TEMPRANO	COMPLETO	TARDIO	TEST	IC	p
	300	571	91	65.5		
	13	31	36	25.9	91.225	95% 0.000
	17	22	12	8.6		
(n, %)*						
	186	385	79	56.8		
	144	239	60	43.2	3.008	95% 0.222
b)*						
	307	563	126	90.6		
	23	61	13	9.4	2.146	95% 0.342

