

Embarazo cronológicamente prolongado

Protocolo actualizado en junio de 2010

CONCEPTO

Por acuerdo, se define el embarazo a término como aquella gestación comprendida entre las 37 (259 días) y las 42 semanas (294 días) y embarazo prolongado aquél que dura más de 42 semanas (>294 días) ó 14 días después de la fecha probable de parto (FPP). Esta definición está avalada por el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG), la OMS y la FIGO^{1,2}.

Como sinónimo de embarazo prolongado se emplean otras denominaciones como postérmino, posmaduro o posdatismo. El término internacionalmente más aceptado es el de embarazo prolongado o postérmino, como más indicativo de aquella gestación que dura más tiempo de lo regular.

FACTORES ETIOLÓGICOS

La incorrecta datación de la edad gestacional es la causa más frecuente que nos lleva a diagnosticar o considerar un embarazo postérmino. Salvo error de la fecha de última regla, los factores etiológicos son poco conocidos y, como en muchas otras situaciones obstétricas, se puede considerar un marco multifactorial^{3,4,5,6}. Factores de riesgo reconocidos son la obesidad⁷ y el antecedente de embarazo prolongado en gestaciones previas⁸.

CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL Y PREVENCIÓN

Para considerar la fiabilidad de la FUR en el diagnóstico del tiempo de gestación, es necesario que los ciclos sean regulares, que la mujer no haya tenido exposición a medicaciones que puedan alterar el ciclo, ni sangrado en el primer trimestre del embarazo.

El uso de la ecografía de rutina al inicio del embarazo permite una mejor evaluación de la edad gestacional y el ajuste de la fecha del parto, con lo que se reduce la incidencia de embarazos prolongados (OR: 0,68; IC 95%: 0,57-0,82)⁹ ($NE=Ib-A$).

La ecografía en el primer trimestre es un método preciso para datar la edad gestacional y con ello se reduce la frecuencia de embarazos prolongados. **(A)**

Con el uso sistemático de la ecografía, la edad gestacional real puede ajustarse en función de las siguientes recomendaciones:

Si hay una diferencia mayor de dos desviaciones estándar (5-7 días) entre la edad gestacional datada por la FUR y la ecografía del primer trimestre, la FPP debe ser ajustada en base a la ecografía del primer trimestre. **(A)**

Entre las 13-20 semanas, es recomendable cambiar la FPP cuando la diferencia entre la FPP calculada por la FUR y la biometría fetal sea mayor de 10 días. **(A)**

En etapas tardías del embarazo no debe realizarse la corrección de la FPP en base a las medidas ecográficas, si la edad gestacional ya ha sido establecida en etapas tempranas de la gestación. **(A)**

En la literatura mundial la frecuencia de embarazos postérmino varía del 4-14%. Estas variaciones están íntimamente relacionadas con el método para calcular la FPP. Con el uso de ecografía de forma sistemática se reduce la frecuencia de embarazos prolongados a tasas inferiores al 3%¹⁰. Un número importante de diagnósticos de embarazos prolongados se hacen de forma errónea al estimarse de forma inexacta la edad gestacional determinada por la FUR. El error de cálculo de la edad gestacional puede ocurrir hasta en un 40%⁹. Por ello, la prevención del diagnóstico de embarazo prolongado supone disminuir los riesgos maternos y perinatales.

Maniobra de Hamilton

El despegamiento de las membranas realizado a partir de la 38ª semana, disminuye la incidencia de embarazos prolongados (RR: 0,28; IC 95%: 0,15-0,50) y de gestaciones que continúan después de la 41ª semana (RR: 0,62; IC 95%: 0,49-0,79). Por tanto, el despegamiento de las membranas a término reduce la posibilidad de prolongación del embarazo más allá de la semana 41¹¹. El despegamiento de las membranas es un procedimiento que reduce la necesidad de inducción del parto y constituye parte integrante e importante de la prevención del embarazo prolongado. Se debería proponer a la mujer en la visita prenatal (*NE=Ib-A*).

El despegamiento de las membranas realizado a término, disminuye la incidencia de embarazos prolongados y debe ofrecerse a la mujer en la visita prenatal. **(A)**

RIESGOS Y COMPLICACIONES FETALES Y NEONATALES

La mortalidad fetal, aumenta globalmente de forma significativa desde la semana 41ª en adelante¹³. Tomando como referencia la semana 40ª, se estima una OR de 1.5, 1.8 y 2.9 en las semanas 41ª, 42ª y 43ª respectivamente. De hecho, el riesgo de muerte fetal se incrementa 6 veces de la 37ª a la 42ª semana^{14,15,16} (*NE=Ia-A*).

El incremento de la mortalidad fetal es aún mayor cuando se asocia una restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), en especial cuando el peso neonatal está por debajo de dos desviaciones estándar¹⁷. Se ha descrito un incremento significativo de la incidencia de asfixia intraparto y muerte neonatal en aquellos fetos postérmino cuyo peso al nacimiento era inferior al décimo percentil. Complicaciones frecuentes en fetos postérmino de bajo peso son también el distrés respiratorio, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia y trombopenia¹⁸. Otras complicaciones tardías, en la primera infancia, se relacionan con desviaciones del desarrollo¹⁹. Es importante pues distinguir entre el feto de bajo peso por RCIU y el feto "pequeño sano", ya que en el primer caso, el riesgo de muerte fetal es de 6,1 en contraste con el 1,2 establecido para los segundos²⁰. Si la gestación se prolonga en exceso, incluso el feto "pequeño sano" va a mostrar claros signos de posmadurez, según se avance en las etapas clínicas de Clifford^{21,22,23}.

En el 20-30% de las ocasiones, la placenta mantiene su nivel funcional, incluso por encima

de la semana 42^a y el neonato postérmino puede llegar a pesar >4500 g. La macrosomía fetal se asocia con riesgos relacionados con el parto: dilatación prolongada, traumatismo materno y/o fetal como consecuencia de las maniobras de extracción, en especial, en casos de distocia de hombros, responsable de cuadros de asfixia, parálisis braquial, traumatismos e incluso muerte neonatal²³.

Respecto a los recién nacidos postérminos, el clásico cuadro descrito para definir la posmadurez: cuerpo largo y delgado con pérdida del tejido celular subcutáneo y masa muscular, descamación de la piel, cuerpo al nacer impregnado de meconio amarillento, es más propio de cualquier estado de hipoxia crónica que realmente de una gestación prolongada y se puede advertir fundamentalmente en aquellos casos de insuficiencia placentaria crónica que no ha sido previamente diagnosticada y conduce a recién nacidos con signos de retraso del crecimiento intrauterino e hipoxia. En general con seguimientos a dos años comparando recién nacidos postérminos con nacidos a término, no se encontraron diferencias en cuanto a coeficientes de inteligencia, estado físico o tasa de enfermedades intercurrentes²⁴.

MORBILIDAD MATERNA

La morbilidad materna en el embarazo prolongado no suele ocurrir por el embarazo prolongado en sí mismo, sino como consecuencia del aumento de las tasas de inducción del parto y por la macrosomía fetal.

La morbilidad materna por la inducción del parto depende fundamentalmente de las políticas de inducción en función de la edad gestacional a la que se indica (41 ó 42 semanas cumplidas), del método utilizado para la inducción y del estado de maduración del cérvix cuando se lleva a cabo. Un metaanálisis analizando los efectos de la inducción del parto sobre los resultados obstétricos y perinatales en el embarazo más allá de la semana 41, demostró que no sólo no existe un aumento en la tasa de cesáreas debido a la inducción sistemática en el embarazo prolongado sino que ocurre una disminución de la misma ($NE=Ib-A$)²⁵. Algunos aspectos discutibles de este metaanálisis son la heterogeneidad de los estudios en cuanto a la madurez del cérvix, el método de inducción o el método de monitorización del parto durante la inducción²⁶.

La macrosomía fetal conduce a una tasa aumentada de cesáreas y de distocia de hombros y ambas circunstancias se relacionan con un aumento de la morbilidad materna.

CONDUCTA ANTE LA PROLONGACIÓN DEL EMBARAZO

Con el fin de disminuir los riesgos fetales y maternos en edades gestacionales avanzadas, se han estudiado varias estrategias, aunque no existe consenso acerca de cuál es el método de control más adecuado, ni de qué fecha debe considerarse la más idónea para finalizar el embarazo. En la actualidad las dos opciones en el manejo del embarazo en vías de prolongación son:

- Conducta expectante con vigilancia materno-fetal y finalización de la gestación en la semana 42^a.
- Finalización de la gestación en la semana 41^a, independientemente del estado del cuello uterino.

CONDUCTA EXPECTANTE CON VIGILANCIA MATERNO-FETAL Y FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN EN LA SEMANA 42^a

El principal objetivo de los controles fetales anteparto es evitar los casos de muerte intraútero y contribuir, por tanto, a mejorar los resultados perinatales. No obstante, hay

que tener en cuenta que el valor predictivo negativo de las pruebas de control fetal disminuye a medida que avanza la edad gestacional, más allá de la semana 41ª.

El inicio del control fetal a partir de la 41ª semana de gestación conduce a una disminución de la morbi-mortalidad perinatal y de la incidencia de riesgo de pérdida del bienestar fetal. **(B)**

Recuento materno de los movimientos fetales. No hay datos que justifiquen la utilización sistemática y aislada del recuento materno de movimientos fetales, ya que se trata de un método que no ha demostrado su utilidad en la gestación prolongada para prevenir los efectos adversos asociados a la misma²⁷($NE=Ib-A$).

El recuento materno de movimientos fetales, no ha demostrado ser útil para el control fetal en la gestación prolongada. **(A)**

Amnioscopia. La utilidad de la observación del color del líquido amniótico a través de las membranas ovulares está actualmente cuestionada, ya que no está clara la repercusión del hallazgo accidental de meconio en el líquido amniótico y además es una prueba no exenta de complicaciones²⁸.

Evaluación de la cantidad de líquido amniótico. La evaluación de la cantidad de líquido amniótico se realiza mediante ecografía, de forma subjetiva o mejor con valoraciones semicuantitativas como son la medición de la laguna de mayor tamaño o a través de la valoración del índice de líquido amniótico. Parece que la técnica de la máxima laguna es más recomendada en la gestación prolongada, más que la medición de los cuatro cuadrantes que incrementa el intervencionismo obstétrico sin beneficio alguno para el feto-recién nacido²⁹ ($NE=Ib-A$).

Para la valoración del líquido amniótico en la gestación prolongada, la técnica de la máxima laguna es más válida que la medición del índice de líquido amniótico. **(A)**

Test no estresante (TNS). Pretende la evaluación, en condiciones basales, del estado de salud del feto mediante el registro de la frecuencia cardiaca fetal. En la gestación prolongada tiene un buen valor predictivo negativo, pero con un valor predictivo positivo bajo^{22,30}. En los últimos años ha sido el procedimiento más extendido para la vigilancia fetal en la gestación prolongada.

Test de oxitocina. En el embarazo prolongado, cuando el test no estresante presenta alteraciones, la realización de un test de oxitocina puede ser útil, ya que posee un buen valor predictivo negativo³¹.

Perfil biofísico modificado (TNS y medida del líquido amniótico utilizando la técnica del máximo bolsillo). Se recomienda utilizar una medición sencilla de la máxima laguna de líquido amniótico junto al registro cardiotocográfico como variante simplificada del perfil biofísico y no perfiles más complejos que aumentan la iatrogenia sin beneficios para el feto o el recién nacido³² ($NE=Ib-A$).

Las estrategias que combinan el registro cardiotocográfico externo con la medición ecográfica del líquido amniótico parecen tener una sensibilidad mayor a la hora de detectar signos de compromiso fetal, aunque las diferencias existentes en las características de la muestra en los diferentes estudios impide establecer de forma categórica cuál es el mejor protocolo para la vigilancia del feto en la gestación prolongada.

El perfil biofísico modificado es suficiente para el estudio del bienestar fetal en las gestaciones en vías de prolongación. **(A)**

Fluxometría Doppler. El estudio de la fluxometría doppler de la arteria umbilical no ha demostrado su eficacia para la monitorización del feto postérmino y por ello, en la actualidad no se recomienda su realización de forma sistemática.³³

Si se opta por una conducta expectante, el control fetal debe incluir test basal y estimación del volumen del líquido amniótico (perfil biofísico modificado) una o dos veces por semana a partir de la 41ª semana. **(A)**

INDUCCIÓN DEL PARTO A LA 41ª SEMANA

Esta opción es válida si se demuestra que genera un beneficio para el feto (disminuyendo su morbimortalidad) y que este beneficio se obtiene sin aumentar la tasa de cesáreas. En la actualidad hay que señalar que la inducción electiva de la gestación en la semana 41ª está validada tanto por ensayos clínicos como por revisiones sistemáticas y meta-análisis.

Ensayos clínicos

El Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group²⁵ es con 3.407 gestantes, el ensayo clínico más amplio realizado para comparar la inducción del parto a la 41ª semanas frente a la conducta expectante. La conclusión de este meta-análisis es que la inducción del parto a partir de la 41ª semana disminuye la tasa de cesáreas, sin que haya diferencias ni en la mortalidad perinatal ni en la morbilidad neonatal ($NE=Ib-A$).

Revisión sistemática de Sánchez-Ramos (2003)²⁵

Incluye 16 ensayos clínicos con 6.588 embarazos simples sin complicaciones¹⁶. Los autores concluyen que la inducción del parto a la 41ª semana, cuando no hay otras complicaciones, disminuye la tasa de cesáreas sin comprometer otros indicadores perinatales ($NE=Ia-A$).

Revisión sistemática de Gülmezoglu (2006)³⁴

Esta revisión publicada por la colaboración Cochrane³⁴ incluye 19 ensayos clínicos (7.984 gestantes). Los revisores agruparon los estudios según la edad de la gestación en que se realizó la inducción: 1) entre la 37-40 semanas, 2) 41 semanas completas y 3) 42 semanas completas y compararon los resultados con esperar hasta una fecha posterior para la inducción.

Los revisores concluyen que la inducción del parto ≥ 41 semanas completas se asocia con menos muertes perinatales en comparación con esperar el comienzo espontáneo del parto, ya sea indefinidamente o al menos por una semana, aunque el riesgo absoluto es muy pequeño, sin que aumente la tasa de cesáreas ($NE=Ia-A$).

Revisión sistemática de Caughey (2009)³⁵

En esta revisión sistemática se incluyen 11 ensayos randomizados y 25 estudios observacionales³⁵. Como conclusión sugieren que la inducción electiva a las 41 semanas de gestación se asocia con un descenso de la tasa de cesáreas y de líquido amniótico teñido de meconio. Sin embargo, acaban señalando también que son precisos estudios que analicen el

impacto de estos hallazgos en centros donde los cuidados obstétricos sean más estrictos ($NE=Ib-A$).

Análisis de la evidencia

El ensayo clínico más amplio realizado hasta la fecha²⁵ y las tres revisiones sistemáticas publicadas^{25,34,35} para comparar la política de una inducción sistemática del parto a la 41ª semana de gestación con la conducta expectante, concluyen afirmando que la inducción del parto a la 41ª semana se asocia con una menor mortalidad perinatal sin que aumente la tasa de cesáreas, por lo que parece razonable ofrecer a la mujer la inducción del parto en este intervalo de edad.

Sin embargo estos estudios y sus conclusiones no están exentos de críticas:

- En el Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group²³ a un tercio de las mujeres asignadas a una conducta expectante se les indujo el parto y en un tercio de las mujeres asignadas a inducción comenzó el parto espontáneamente. Estos hechos pueden amortiguar las diferencias entre los grupos. Además, si el parto fue inducido en las mujeres asignadas a una conducta expectante, la tasa de cesárea fue mucho más alta (33,5%) que si el parto comenzó de forma espontánea (18,5%) o inducido como parte de una política de inducción (22,4%). Además, en el 25% de las mujeres nulíparas sanas con el feto en presentación cefálica con comienzo espontáneo del parto se realizó una cesárea y en un 40% en las mujeres inducidas³⁶. Estas tasas de cesárea son excesivas, sin que se aporte explicación.
- La calidad de los ensayos clínicos incluidos en las revisiones sistemáticas es pobre y la heterogeneidad es la norma.
- La conducta expectante no lo es realmente en algunos de los ensayos, ya que las mujeres asignadas a esa rama fueron inducidas cuando existía un "cuello borrado" o cuando se alcanzaban la 42ª semana.
- Las pruebas de control fetal que se utilizan en la conducta expectante tienen una tasa de positivos falsos muy alta. Esto es, la prueba indica que hay un problema cuando el feto está bien, pero en esta situación el obstetra no puede ignorar el resultado y ante la preocupación por el estado fetal se ve obligado a inducir el parto o a realizar una cesárea.
- Los ensayos no tienen un poder estadístico suficiente como para detectar diferencias en acontecimientos poco frecuentes. Se calcula que es necesario enrolar a 16.000 mujeres para detectar una reducción del 50% en una tasa de mortalidad perinatal del 3 por mil con la inducción del parto en comparación con la conducta expectante.

La inducción del parto a la 41ª semana se asocia con una disminución ligera pero significativa de la mortalidad perinatal sin que aumente la tasa de cesáreas, por lo que se puede ofrecer a la mujer la inducción del parto en este intervalo de edad gestacional. **(A)**

ASISTENCIA AL PARTO

Respecto al modo de finalización del embarazo, se debe intentar la vía vaginal siempre que sea posible. Durante el parto hay que considerar determinados hechos clínicos que pueden tener repercusión asistencial: mayor incidencia de alteraciones de la dinámica, de

macrosomía fetal, de oligoamnios, de líquido amniótico teñido de meconio y, como consecuencia de todo ello, un aumento de la tocurgia.^{3,37,38}

En base a estos aspectos se debe valorar el uso de monitorización cardiotocográfica continua, estudio bioquímico fetal con microtoma si se dispone del mismo, realización de amniotomía y necesidad de predicción, prevención y resolución de las complicaciones derivadas de la posible existencia de una macrosomía fetal. Se debe disponer y tener coordinada la asistencia neonatal teniendo en cuenta los factores de riesgo y la posibilidad de aparición de las complicaciones neonatales anteriormente descritas³⁹.

RECOMENDACIONES	
La ecografía en el primer trimestre es un método preciso para datar la edad gestacional y con ello se reduce la frecuencia de embarazos prolongados.	A
Si hay una diferencia mayor de dos desviaciones estándar (5-7 días) entre la edad gestacional datada por la FUR y la ecografía del primer trimestre, la FPP debe ser ajustada en base a la ecografía del primer trimestre.	A
Entre las 13-20 semanas, es recomendable cambiar la FPP cuando la diferencia entre la FPP calculada por la FUR y la biometría fetal sea mayor de 10 días.	A
En etapas tardías del embarazo no debe realizarse la corrección de la FPP en base a las medidas ecográficas, si la edad gestacional ya ha sido establecida en etapas tempranas de la gestación.	A
El despegamiento de las membranas realizado a término, disminuye la incidencia de embarazos prolongados y debe ofrecerse a la mujer en la visita prenatal.	A
La inducción del parto a la 41ª semana se asocia con una ligera pero significativa menor mortalidad perinatal sin que aumente la tasa de cesáreas, por lo que se puede ofrecer a la mujer la inducción del parto en este intervalo de edad gestacional (A).	A
La mujer debe ser informada sobre estos hechos. Si opta por una conducta expectante, el control fetal debe incluir test basal y estimación del volumen del líquido amniótico una o dos veces por semana entre la 41ª y la 42ª semana.	A
El inicio del control fetal a partir de la 41ª semana de gestación conduce a una disminución de la morbi-mortalidad perinatal y de la incidencia de riesgo de pérdida del bienestar fetal.	B
El recuento materno de movimientos fetales, no ha demostrado su utilidad para el control fetal en la gestación prolongada.	A
Para la valoración del líquido amniótico en la gestación prolongada, la técnica de la máxima laguna es más válida que la medición del índice de líquido amniótico.	A
El perfil biofísico modificado es suficiente para el estudio del bienestar fetal en las gestaciones en vías de prolongación.	A

RESUMEN DE LA CONDUCTA RECOMENDADA

PRIMERA VISITA. GESTACION EN VIAS DE PROLONGACION

- Edad gestacional 41⁺⁰ (287 días).
- Valoración de la historia clínica.
- Exploración obstétrica. Valoración del test de Bishop. Maniobra de Hamilton si se considera adecuada.
- Test cardiotocográfico basal.
- Evaluación del volumen de líquido amniótico.
- Información basada en que la inducción del parto a la semana 41^a consigue una ligera disminución de la morbi-mortalidad perinatal.
- Para la actitud a tomar, se tendrá en cuenta: estado de bienestar fetal, condiciones de madurez cervical, circunstancias obstétricas (cesárea previa, etc.), conveniencia materna, disponibilidad asistencial del Hospital.
- Se optará por:
 - Vigilancia fetal hasta la semana 42^a (294 días) con periodicidad 1-2 veces por semana.
 - Inducción del parto.

SI SE OPTA POR CONTINUAR LA GESTACION, EN LAS VISITAS SUCESIVAS SE REALIZARA:

- Revisión de la historia clínica.
- Exploración obstétrica, test de Bishop y valorar nueva maniobra de Hamilton.
- Test cardiotocográfico basal.
- Evaluación del volumen del líquido amniótico.

EN TODOS LOS CASOS SE RECOMENDARA LA FINALIZACION DE LA GESTACION AL ALCANZAR LA SEMANA 42^a DE GESTACION (294 días).

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. No 55, septiembre 2004. Management of Postterm Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004; 104: 639-46.
2. Villar J, Bergsjö P. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for implementation of the New Model. Genova: WHO/RHR/01.30; 2002.
3. Stamilio DM. Embarazo postérmino. *Obstetricia y Ginecología de Postgrado.* Universitat de Valencia. Vol II, nº 16, 2005.
4. Mogren I, Stenlund H, Högberg U. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int J Epidemiol.* 1999; 28: 253-7.
5. Bakketeig LS, Bergsjö P. Post-term pregnancy: magnitude of the problem. In Chalmers I, Enkin M, Keirse M (eds). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* Oxford University Press, 1991: pp 765.
6. Iglesias E, de la Fuente P. Embarazo prolongado. En Usandizaga JA, de la Fuente P. *Tratado de Obstetricia y Ginecología (2ª Ed)* 2003; McGraw-Hill. Interamericana, Madrid. pp 385-90.
7. Stotland NE, Washington AE, Caughey AB. Prepregnancy body mass index and the length of gestation at term. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Oct; 197(4): 378. e1-5.
8. Olesen AW, Basso O, Olsen J. Risk of recurrence of prolonged pregnancy. *BMJ.* 2003; 326: 476.
9. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (withdrawn). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18; (4): CD000170. Update of *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000170.
10. Bennet KA, Crane JM. First trimester ultrasound screening is effective in reducing postterm labor induction rates: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190: 1077-81.
11. Resnick R. Postterm gestation. A symposium. *J Reprod Med.* 1988; 33: 249-51.
12. Boulvain M, Stan C, Irion O Despegamiento de membranas para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
13. Divan MY, Haglund B, Nisell H, Otterblad PO, Westgren M. Fetal and neonatal mortality in the postterm pregnancy: the impact of gestational age and fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 178: 726-31.
14. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998; 105: 169-73.
15. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; issue 2. Update in *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD000170.

16. Sánchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Labor induction versus expectant management for post-term pregnancies: A systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2003; 101: 1312-8.
17. Campbell MK, Obstye T, Irgens LM. Post-term birth: risk factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births. *Obstet Gynecol.* 1997; 89: 543-8.
18. Minior VK, Divo MY. Fetal growth restriction at term: myth or reality? *Obstet Gynecol.* 1998; 92: 57-60.
19. Lindstrom K, Fernell E, Westgren M. Developmental data in preschool children born after prolonged pregnancy. *Acta Paediatr.* 2005; 94: 1192-7.
20. Clausson B, Gardosi J, Francis A, Cnattingius S. Perinatal outcome in SGA births defined by customised versus population-based birthweight standards. *Br J Obstet Gynaecol.* 2001; 108: 830-4.
21. Clifford SH. Postmaturity, with placental dysfunction; clinical syndrome and findings. *J Pediatr.* 1954; 44: 1-13.
22. Rayburn WF, Motley ME, Stempel LE, Gendreau RM. Antepartum prediction of the postmature infant. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 148-53.
23. King JC. Prolonged pregnancy: current management. *Obstet Gynecol.* 1993; 13: 1-10.
24. Zwerdling MA. Factors pertaining to prolonged pregnancy and its outcome. *Pediatrics* 1967; 40: 202-12.
25. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. *N Engl J Med.* 1992; 326: 1587-92.
26. Grant JM. Prolonged pregnancy. In James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B (eds). *High Risk Pregnancy. Management options.* Elsevier Saunders Philadelphia EEUU. 2005. pp: 1376-82.
27. Grant A, Elboure D, Valentin L, Alexander S. Routine formal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed singletons. *Lancet.* 1989; 2 (8659): 345-9.
28. SEGO. Protocolos Asistenciales. Control del bienestar fetal anteparto. 2009. Accesible en www.prosego.es.
29. Alfirevic Z, Luckas M, Walkinshaw SA, McFarlane M, Curran R. A randomised comparison between amniotic fluid index and maximum pool depth in the monitoring of post-term pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104: 207-11.
30. Sherer DM, Onyeije CI, Binder D, Bernstein PS, Divon MY. Uncomplicated baseline fetal tachycardia or bradycardia in post-term pregnancies and perinatal outcome. *Am J Perinatol.* 1998; 15: 335-8.
31. Devoe LD, Sholl JS. Postdates pregnancy. Assessment of fetal risk and obstetric management. *J Reprod Med.* 1983; 28: 576-80.

32. Alfiveric Z, Walkinshaw SA. A randomised controlled trial of simple compared with complex antenatal fetal monitoring after 42 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995; 102: 638-43.
33. Norwitz ER, Lockwood CJ. Postterm pregnancy. *UptoDate* 2010. Accesible en www.uptodate.com. Last literature review version 18.1: enero 2010.
34. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o después del término (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
35. Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, et al. Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 252-63.
36. Hannah ME, Huh C, Hewson SA, et al. Post-term pregnancy: putting the merits of a policy of induction of labor into perspective. *Birth* 1996; 23: 13-9.
37. Durán Sánchez P, Torrijo AC, Lou AC, González R, Fabre E. Epidemiología del embarazo prolongado. En Fabre E (ed). *Manual de Asistencia a la Patología Obstétrica.* 1997. Zaragoza. pp 607-23.
38. Peñalosa L, Cabezas M, Lanchares JL. Asistencia al embarazo prolongado. En Fabre E (ed). *Manual de Asistencia a la Patología Obstétrica.* 1997. Zaragoza. pp 665-72.
39. Stotland NE, Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. *Obstet Gynecol.* 2006; 108 (3 Pt 1): 635-43.

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia (NE) disponible	
Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

Grados de recomendación	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. (Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib)
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación (Recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III)
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso. (Recoge el nivel de evidencia IV)

Los Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.