

**Juan Lorente González**  
**Antonio de la Torre González**  
**Enrique Chacón Parejo**  
**Concepción Ramírez Pérez**  
**Blas Pelegrín Sánchez**  
**Javier Cerdón Scharfhausen**

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

**Correspondencia:**  
Dr. J. Lorente González.  
Servicio de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Reina Sofía.  
Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.  
Correo electrónico: jllorente@segovia.es

Fecha de recepción: 30/3/06.  
Aceptado para su publicación: 23/1/07.

---

**209**

### Manejo del embarazo prolongado no complicado: ¿inducción o espera?

*Management of uncomplicated prolonged pregnancy: induce or wait?*

#### RESUMEN

**Objetivo:** Valorar nuestro protocolo de actuación en los embarazos prolongados, determinando si la inducción del parto a las 42 semanas de gestación conlleva más beneficios maternofetales que la finalización posterior a éste.

**Métodos:** Un total de 64 mujeres con gestaciones prolongadas no complicadas, que decidieron terminar su embarazo a las 42 semanas, se compararon con 173 mujeres que decidieron continuar su embarazo después de dicho período de gestación.

**Resultados:** Hubo una mayor tasa de cesáreas y de malos resultados perinatales en el grupo de mujeres que decidió no inducir el parto en la semana 42 de gestación. La mayor parte de estas mujeres acaba induciéndose el parto algo más adelante.

**Conclusiones:** En las gestaciones prolongadas no complicadas, la inducción del parto a las 42 semanas conlleva mejores resultados maternofetales y resulta más eficiente que continuar con los controles durante más tiempo.

#### PALABRAS CLAVE

Gestación prolongada. Inducción de parto. Controles maternofetales.

#### ABSTRACT

**Objective:** To assess our protocol of performance at the post-term pregnancies, determining if the induction of labour at 42 weeks' gestation entails more mother-foetal benefits than the later ending of it.

**Methods:** 64 uncomplicated post-term pregnancies that decided to finish her pregnancy at 42 weeks were compared with 173 women who decided to continue her pregnancy beyond the above mentioned date of gestation.

**Results:** There was a greater rate of caesarean section and poor perinatal results in the group of women that decided not to induce the labour at 42 weeks' gestation. Most of these women finish her gestation inducing it slightly later on.

**Conclusions:** In uncomplicated post-term pregnancies, the induction of the labour at

- 210** 42 weeks' gestation entails better mother-foetal results and is more efficient than to continue with mother-foetal controls during more time.

## KEY WORDS

Post-term pregnancy. Gestation inducing. Mother-foetal controls.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo cronológicamente prolongado se define como el que llega o sobrepasa las 42 semanas de gestación (294 días)<sup>1-3</sup>. Tradicionalmente, se ha relacionado con una mayor incidencia de partos dis-tóxicos, de hemorragia materna y de morbitmortalidad perinatal<sup>4-6</sup>. En general, se acepta que si el estado del cuello uterino de la mujer es favorable, la actitud más razonable es la inducción del parto<sup>1</sup>, pero hay autores que sostienen que tanto la inducción como la actitud expectante dan lugar a similares resultados maternofetales<sup>7</sup>. Sin embargo, el tratamiento del embarazo prolongado con cuello uterino des-favorable es mucho más controvertido, ya que puede variar desde una actitud expectante a la de inducción sistemática del parto, independientemente del estado del cuello uterino. Hannah et al<sup>8</sup>, en un estudio aleatorizado de 3.407 gestantes, concluyeron que con ambas actitudes se obtenían los mismos re-sultados perinatales y una menor tasa de cesáreas en el grupo de inducción; sin embargo, Almstrom et al<sup>9</sup>, en un estudio similar, llegaron a conclusiones parecidas en cuanto al resultado perinatal, pero con me-nores tasas de cesáreas en el grupo en que se adop-tó una actitud expectante. Un estudio controlado de 440 casos, realizado por el Instituto Nacional de la Salud Infantil y la Red de Desarrollo Humano de las Unidades de Medicina Maternofetal de Estados Unidos<sup>10</sup>, concluyó que no había ventajas fetales o ma-ternas para la inducción del parto a las 41 semanas, en comparación con la vigilancia fetal seriada, e in-dicó que ambas formas de tratamiento eran acep-tables. Sin embargo, un amplio estudio observacional, realizado en Canadá, demostró que los resultados perinatales eran mejores con la estrategia de induc-ción a las 41 semanas, sin que hubiera cambios en la tasa de cesáreas<sup>11</sup>. A esa misma conclusión llegó

la última revisión sistemática Cochrane sobre el te-ma, en la que se revisaron 19 ensayos clínicos<sup>12</sup>. Por otro lado, 2 metaanálisis de 11 y 16 estudios pro-spectivos y aleatorizados demostraron que los resul-tados perinatales eran similares con ambas estra-tegias de tratamiento, pero que la tasa de cesáreas era ligeramente inferior en los casos de inducción del parto a las 41 semanas<sup>13,14</sup>. Además, un estudio eco-nómico de ambas estrategias concluyó que la induc-ción a las 41 semanas presentaba una mejor rela-ción coste-beneficio y, por tanto, era más eficiente que la actitud expectante<sup>15</sup>.

Hasta el día de hoy, en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, las gestantes sin complica-ciones que alcanzan las 41 semanas y un día de ges-tación (288 días) son evaluadas cada 2-3 días, y se les realiza un perfil biofísico modificado y una ex-ploración hasta alcanzar las 42 semanas de ges-tación. Puesto que hasta hace poco parecía que tanto la inducción sistemática como la espera con controles maternofetales frecuentes hasta el parto obtenían similares resultados, en consonancia con nuestra ac-titud de hacer partícipe a la paciente en la toma de decisiones, procurábamos que fuese ella misma la que escogiera entre una de estas 2 estrategias: *a)* in-ducción del parto con dinoprostona en dispositivo intravaginal al llegar a los 294-295 días de ges-tación, o *b)* continuar con controles maternofetales cada 2-3 días hasta que se produjera algún cambio en el perfil biofísico fetal o la paciente decidiera terminar libremente su embarazo.

Aun cuando la mejor forma de comparar los re-sultados de los 2 tipos de estrategia sería un estudio pro-spectivo aleatorizado, hemos querido hacer una valoración de la efectividad de nuestro protocolo de actuación en las gestantes postérmino mediante una primera revisión de nuestros resultados históricos. Nos hemos propuesto comparar los resultados ma-ternofetales de las mujeres que deciden concluir su ges-tación a las 42 semanas con las que deciden, en primera instancia, continuar con los controles se-riados al llegar a esa edad gestacional.

## MÉTODOS

Hemos realizado un estudio de cohortes histó-ri-cas, revisando 12.456 historias de partos atendidos en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2003 has-

ta el 31 de diciembre de 2005. Para evitar el error en el cálculo de fechas de gestación, se excluyeron del estudio los partos en que no constara la realización de ecografía en el segundo trimestre. Además, dado que el estudio pretendía valorar los posibles efectos de la prolongación de la edad gestacional sobre los resultados maternofetales, se excluyeron de éste las gestaciones complicadas por otros motivos que pudieran tener una influencia decisiva en el curso del embarazo o parto: cesáreas programadas o susceptibles de ser programadas, gestaciones gemelares o múltiples, presentaciones fetales anómalas, gestaciones con algún tipo de enfermedad fetal o materna que pudiera influir decisivamente en el curso del embarazo o parto, como sospecha de malformación o alteraciones del cariotipo fetal, crecimiento fetal intraútero restringido, hemorragias del tercer trimestre, test de Coombs positivo durante la gestación y algunas enfermedades maternas (diabetes gestacional o pregestacional, estados hipertensivos del embarazo, síndrome antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, hipotiroidismo e hipertiroidismo, portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], malformaciones uterinas o cualquier otra enfermedad que pudiera influir en el curso del embarazo o del recién nacido).

Una vez aplicados todos los criterios de exclusión, se obtuvo una muestra de 338 casos. De ellos, se excluyeron 101 mujeres que se habían puesto de parto a las 42 semanas (espontáneamente o inducido por algún motivo médico). Finalmente, quedaron para estudio 237 casos, que se distribuyeron en 2 grupos:

— Grupo 1: 64 mujeres con gestaciones prolongadas no complicadas que decidieron terminar su gestación a las 42 semanas (294 o 295 días).

— Grupo 2: 173 mujeres con gestaciones prolongadas no complicadas que al llegar a las 42 semanas decidieron continuar su embarazo.

Se valoraron los siguientes parámetros obstétricos previos al parto: edad materna, porcentaje de primigestas, cesáreas previas, partos inducidos y partos inducidos con cérvix desfavorables y edad gestacional (en días) en el momento del parto. Para valorar los resultados maternos se estudiaron la duración del parto y 3 marcadores de calidad asistencial de la SEGO: tipo de parto, porcentaje de desgarros per-

neales de III-IV grado y porcentaje de complicaciones hemorrágicas (las mujeres que requirieron algún tipo de actuación urgente durante el parto o en las primeras 2 h posparto). El resultado perinatal se valoró mediante los siguientes parámetros: peso fetal, porcentaje de distocia de hombros, presencia de meconio, puntuación de Apgar al minuto y a los 5 min, pH de arteria umbilical al nacer y tasa de ingresos en una unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal.

Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante los estadísticos  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher para comparar los porcentajes, y la t de Student para comparar las medias aritméticas. Los objetivos principales del estudio fueron la tasa de cesáreas y la tasa de ingresos en UCI neonatal, para lo que se asumió un intervalo de confianza (IC) del 95%, y resultó una potencia del 85 y el 61%, respectivamente, para el tamaño muestral con el que contábamos. Al realizar las comparaciones entre grupos se realizaron ajustes por las diferentes condiciones obstétricas previas al parto, que resultaron claramente diferentes entre ambos grupos (tasa de primiparidad y de inducciones con cérvix desfavorables), aunque los resultados expresados en las tablas no están corregidos, pues en ningún caso se hallaron diferencias destacables entre los resultados corregidos y sin corregir. Los cálculos se realizaron con los programas informáticos para análisis epidemiológicos y estadísticos EpiInfo 6, Epidat 3.1 y Sigma.

## RESULTADOS

Entre los 12.454 partos que se asistieron en nuestro hospital en el período indicado, se contabilizaron 338 de embarazos únicos, no complicados, de 42 semanas de gestación o más (comprobadas con ecografía del segundo trimestre), lo que supone una tasa del 2,7%, similar a las publicadas en otros centros. De los embarazos prolongados que no se habían puesto de parto espontáneamente o de forma inducida por motivos médicos a las 42 semanas, 64 mujeres decidieron la inducción del parto por deseo de finalizar en ese momento su gestación, y 173 decidieron continuar, en principio, con una actitud expectante. Las condiciones obstétricas previas al parto y los resultados maternofetales de ambos grupos están expresados en la tabla 1. Como puede com-

**Tabla 1.** Resultados maternofetales de partos de mujeres con embarazos prolongados no complicados, inducidos por deseo de la mujer (grupo 1) frente a las que decidieron una actitud expectante en la semana 42 de gestación (grupo 2)

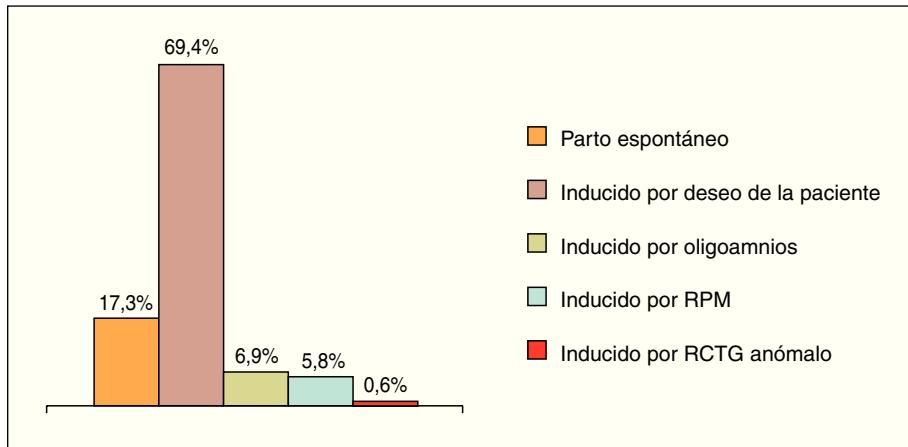
|   | Grupo 1<br>(n = 64) | Grupo 2<br>(n = 173) | p       |
|---|---------------------|----------------------|---------|
| <b>Condiciones obstétricas previas</b>                |                     |                      |         |
| Edad materna  | 29,1 ± 4,3          | 29,0 ± 4,8           | 0,8837  |
| Primeriparidad  | 38 (59,4%)          | 125 (72,3%)          | 0,0575  |
| Cesárea previa  | 7 (10,9%)           | 12 (6,9%)            | 0,3139  |
| Edad gestacional en el momento del parto (días)       | 294,5 ± 0,5         | 297,6 ± 2,4          | –       |
| Inicio del parto                                      |                     |                      |         |
| Espontáneo  | 0 (0%)              | 30 (17,3%)           | 0,0004  |
| Inducido con cérvix favorable*                        | 32 (50%)            | 29 (16,8%)           | < 0,001 |
| Inducido con cérvix desfavorable                      | 32 (50%)            | 114 (65,9%)          | 0,0255  |
| <b>Parto</b>  |                     |                      |         |
| Tipo de parto   |                     |                      |         |
| Eutócico  | 37 (57,8%)          | 66 (38,2%)           | 0,0067  |
| Vaginal instrumentado                                 | 13 (20,3%)          | 35 (20,2%)           | 0,9889  |
| Cesárea urgente                                       | 14 (21,9%)          | 72 (41,6%)           | 0,0050  |
| Duración del parto (h)                                | 5,9 ± 3,3           | 6,7 ± 4,6            | 0,1391  |
| Desgarro perineal de grados III-IV                    | 2 (3,1%)            | 0 (0%)               | 0,1508  |
| Complicaciones hemorrágicas                           | 0 (0%)              | 2 (1,2%)             | 0,1549  |
| <b>Resultados perinatales</b>                         |                     |                      |         |
| Peso del recién nacido (g)                            | 3.494 ± 349         | 3.591 ± 427          | 0,0745  |
| Líquido amniótico teñido                              | 12 (18,7%)          | 54 (31,2%)           | 0,0383  |
| Distocia de hombros                                   | 0 (0%)              | 1 (0,6%)             | 0,3159  |
| Apgar al minuto ≤ 5                                   | 0 (0%)              | 5 (2,9%)             | 0,0233  |
| Apgar a los 5 min ≤ 7                                 | 0 (0%)              | 2 (1,2%)             | 0,1549  |
| pH umbilical al nacer                                 |                     |                      |         |
| ≤ 7,20  | 7 (10,9%)           | 25 (14,5%)           | 0,4575  |
| > 7,20  | 55 (85,9%)          | 133 (76,9%)          | 0,1263  |
| No determinado  | 2 (3,1%)            | 15 (8,7%)            | 0,0691  |
| Ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatal | 0 (0%)              | 9 (5,2%)             | 0,0021  |

\*Test de Bishop ≥ 6.

probarse, hay un mayor porcentaje de primigestas en el segundo grupo y, lógicamente, también hubo diferencias en los porcentajes de partos inducidos y de puntuación Bishop previa a la inducción. La prolongación de la gestación más allá de las 42 semanas de gestación conllevó una mayor tasa de cesáreas urgentes que la inducción a las 42 semanas (riesgo relativo = 1,90; IC del 95%, 1,16-3,12). Por otro lado, se obtuvieron peores resultados perinatales en los embarazos prolongados más allá de las 42 semanas de gestación, como son una mayor proporción de líquidos teñidos, de bajas puntuaciones Apgar al minuto y, sobre todo, de ingresos neonata-

les en UCI, aunque hay que tener en cuenta que la potencia del estudio para estos resultados es baja. Todos los resultados fueron similares incluso después de corregir los resultados por tasa de primiparidad y de inducciones con cérvix desfavorables.

Nos resultaba de interés saber cómo terminaban, finalmente, su embarazo las pacientes que en una primera instancia habían decidido continuar con su gestación al llegar a las 42 semanas. Dichos datos se exponen en la figura 1. Como puede comprobarse, la mayoría acaban igualmente con un parto inducido por simple deseo de finalizar la gestación o por algún motivo médico. La media de edad gestacional



**Figura 1.** *Causas por las que finalizaron los embarazos prolongados las mujeres que habían optado por una actitud expectante en la semana 42 de gestación (n = 173). RPM: rotura prematura de membranas; RCTG: registro cardiotocográfico.*

a la que estas mujeres dieron a luz fue de  $297,6 \pm 2,4$  días, con un rango que osciló entre 296 y 314 días de gestación.

Finalmente, era interesante saber qué ocurría en las pacientes que habían decidido una actitud expectante hasta el final del embarazo y habían dado a luz de manera espontánea, pues queríamos saber si éstas presentaban o no mejores resultados maternofetales que las que se habían inducido a las 42 semanas (tabla 2). Como se puede observar, no hubo diferencias entre estos 2 grupos con respecto a la tasa de cesáreas y de resultados perinatales adversos, aun después de corregir por la tasa de cesáreas previas, circunstancia en la que ambos grupos difirieron. La edad media a la que dieron a luz estas mujeres fue de  $297,3 \pm 1,6$  días, con un rango que osciló entre 296 y 303 días.

## DISCUSIÓN

No hay un consenso unánime respecto al manejo del embarazo cronológicamente prolongado no complicado, sobre todo en los casos en que el cueillo uterino de la mujer es desfavorable. Nuestros resultados indican que una actitud activa de inducción al llegar a las 42 semanas de gestación conlleva más beneficios maternofetales que una estrategia basada en la finalización posterior del parto, ya que se constata una menor tasa de cesáreas y de complicaciones perinatales con la primera actitud. No se ha incluido en este estudio la valoración del síndrome de aspiración meconial en los recién nacidos, pero

es de suponer que éste es menos probable en los embarazos inducidos a las 42 semanas, ya que presentan una menor tasa de líquidos teñidos que los que finalizan más tarde.

Hemos de señalar que hay una mayor tasa de primigestas entre las mujeres que prefieren no inducirse el parto a las 42 semanas, e ignoramos los motivos exactos de esto, pero pueden concurrir distintos factores, como una mayor ansiedad ante el parto y, sobre todo, unas peores condiciones del cérvix en estas mujeres, que pueden hacerlas más proclives a esperar. Asimismo, hay una mayor proporción de partos inducidos con cérvix desfavorables en este grupo, quizás por la misma razón basada en una mayor tasa de primiparidad. No obstante, como ya se ha comentado, la comparación de resultados maternofetales se mantuvo similar después de corregir por estos 2 factores.

Así pues, la estrategia de dejar escoger a la mujer el momento de la finalización del parto a partir de las 42 semanas de gestación, en la creencia de que así se favorece el parto espontáneo y fisiológico —y, por tanto, mejores resultados perinatales y una menor tasa de cesáreas—, no se corrobora con los resultados obtenidos en el presente estudio. Algunos autores ya han apuntado recientemente que la presencia de un cérvix desfavorable a las 41 semanas de gestación conlleva pocas posibilidades de modificarse más adelante<sup>16</sup> y, como puede observarse en la figura 1, sólo el 17% de las mujeres que optaron en la semana 42 por una actitud conservadora acabó teniendo un parto espontáneo. La mayoría de las mujeres que optan, en principio, por una actitud

**Tabla 2. Resultados maternofetales de partos de mujeres con embarazos prolongados no complicados que decidieron una actitud expectante a las 42 semanas de gestación y, finalmente, dieron a luz de manera espontánea, comparados con los inducidas en la semana 42**

|   | <i>Actitud expectante hasta el parto espontáneo<br/>(n = 30)</i> | <i>Inducción en la semana 42<br/>(grupo 1)<br/>(n = 64)</i> | <i>p</i> |
|---|--|---|----------|
| <b>Condiciones obstétricas previas</b>          |  |   |          |
| Edad materna (años)                             | 28,5 ± 5,2   | 29,1 ± 4,3  | 0,5572   |
| Primiparidad                                    | 20 (66,7%)   | 38 (59,4%)  | 0,4904   |
| Cesárea previa                                  | 0 (0%)   | 7 (10,9%)   | 0,0050   |
| Edad gestacional en el momento del parto (días) | 297,3 ± 1,6  | 294,5 ± 0,5   | —        |
| Inicio del parto                                |  |   |          |
| Espontáneo                                      | 30 (100%)  | 0   | —        |
| Inducido con cérvix favorable*                  | 0  | 32 (50%)  | —        |
| Inducido con cérvix desfavorable                | 0  | 32 (50%)  | —        |
| <b>Parto</b>                                    |  |   |          |
| Tipo de parto                                   |  |   |          |
| Eutócico  | 19 (63,3%)   | 37 (57,8%)  | 0,6075   |
| Vaginal instrumentado                           | 5 (16,7%)  | 13 (20,3%)  | 0,6665   |
| Cesárea urgente                                 | 6 (20%)  | 14 (21,9%)  | 0,8339   |
| Duración del parto (h)                          | 4,9 ± 2,8  | 5,9 ± 3,3   | 0,1548   |
| Desgarro perineal de grados III-IV              | 0 (0%)   | 2 (3,1%)  | 0,1507   |
| Complicaciones hemorrágicas                     | 1 (3,3%)   | 0 (0,0%)  | 0,3091   |
| <b>Resultados perinatales</b>                   |  |   |          |
| Peso de los recién nacidos (g)                  | 3.558 ± 412  | 3.494 ± 349   | 0,4364   |
| Líquido amniótico teñido                        | 8 (26,7%)  | 12 (18,7%)  | 0,4013   |
| Distocia de hombros                             | 1 (3,3%)   | 0 (0%)  | 0,3091   |
| Apgar al minuto ≤ 5                             | 1 (3,3%)   | 0 (0%)  | 0,3091   |
| Apgar a los 5 minutos ≤ 7                       | 0 (0%)   | 0 (0%)  | —        |
| pH umbilical al nacer                           |  |   |          |
| ≤ 7,20  | 5 (16,7%)  | 7 (10,9%)   | 0,4651   |
| > 7,20  | 23 (76,7%)   | 55 (85,9%)  | 0,2954   |
| No determinado                                  | 2 (6,7%)   | 2 (3,1%)  | 0,4828   |
| Ingresa en UCI neonatal                         | 0 (0%)   | 0 (0%)  | —        |

\*Test de Bishop ≥ 6.

conservadora acaba induciéndose el parto algo más tarde (gran parte con cérvix desfavorable), por el simple deseo de acabar su gestación (69%) o por algún motivo médico (13%). En el primero de los casos, ignoramos las razones exactas por las que finalmente las mujeres acaban cambiando de parecer y solicitan la inducción del parto, pero suelen converger diversas causas, como una mala información recibida, el miedo a que le suceda algo al bebé, la incomodidad de los frecuentes controles hospitalarios (a veces largos desplazamientos y pérdida de muchas mañanas en el hospital), la presión familiar,

etc. Sea como fuere, parece que la actitud conservadora, en general, dura poco tiempo, pues la media de edad gestacional a la que dan a luz estas mujeres (297,6 ± 2,4 días; rango, 296-314) es de sólo 3 días más que la de las mujeres que deciden inducir el parto en la semana 42 (294,5 ± 0,5 días; rango, 294-295).

No podemos saber qué ocurriría si la actitud conservadora se llevase a cabo con todas las mujeres hasta sus últimas consecuencias, induciendo el parto sólo en los casos en que se detectase alguna afeción maternofetal y dejando a su evolución espon-

tánea al resto, pero si tenemos en cuenta los resultados de las pocas mujeres que así lo hicieron en nuestro estudio, podemos observar que no hay diferencias significativas en ninguno de los resultados maternofetales estudiados con respecto a las mujeres que decidieron inducirse el parto a las 42 semanas (tabla 2). Por tanto, no parece, en principio, que esperar a que se produzca un parto espontáneo en estas mujeres conlleve ningún beneficio.

A la vista de estos resultados y de la literatura médica disponible, creemos que se necesitan más estudios clínicos aleatorizados para determinar con precisión cuál es la mejor estrategia en las pacientes con gestaciones prolongadas no complicadas. Dichos estudios deberían estar dirigidos específicamente a determinar claramente si la actitud activa conlleva mayores beneficios maternofetales que la actitud expectante y, de ser así, cuándo es el mejor

momento de actuar y cuáles son las mejores estrategias de seguimiento maternofetal hasta entonces.

## CONCLUSIONES

El protocolo de seguimiento de embarazos cronológicamente prolongados no complicados seguido en la actualidad en nuestro hospital no conlleva beneficios maternofetales y resulta menos eficiente que la inducción sistemática del parto a las 42 semanas de gestación. Es necesaria una revisión y una actualización de dicho protocolo, a la vista de los resultados obtenidos en este estudio y de la última revisión bibliográfica efectuada. Dicha actualización se realizará a partir de junio de 2006, en que comenzaremos a inducir sistemáticamente a las pacientes con embarazos no complicados a los 295 días de gestación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of post term pregnancy. Practice Patterns N.º 6. Octubre de 1997.
2. World Health Organization. Recommended definition terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and rise of a new certification for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended, October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1977;56:247-53.
3. Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Report of the FIGO subcommittee on Perinatal Epidemiology and Health Statistics following a workshop in Cairo, November 11-18, 1984. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics; 1986. p. 54.
4. Campbell MK, Ostbye T, Irgens LM. Post-term births: risk factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births. *Obstet Gynecol.* 1997;89:543-8.
5. Clausson B, Cnattingius S, Axelsson S. Outcomes of post-term births: the role of fetal growth restriction and malfunctions. *Obstet Gynecol.* 1999;94:758-62.
6. Tunon K, Eik-Nes SH, Grottum P. Fetal outcome in pregnancies defined as post-term according to the last menstrual period estimate, but not according to the ultrasound estimate. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1999;14:12-6.
7. Chanrachakul B, Herabutya Y. Postterm with favorable cervix: is induction necessary? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;106:154-7.
8. Hannah ME, Hannah WJ, Hellman J, Hewson S, Milner R, Williamson A. Induction of labour as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancies. A randomized contro-
- lled trial. *The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group.* *N Engl J Med.* 1992;327:1587-92.
9. Almstrom H, Granstrom L, Ekman G. Serial antenatal monitoring compared with labor induction in post-term pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995;74:599-603.
10. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal Fetal Medicine Units. A clinical trial of induction labor versus expectant management in post term pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:716-23.
11. Sue-A-Quan AK, Hannah ME, Cohen MM, Foster GA, Liston RM. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies. *CMAJ.* 1999;160:1145-9.
12. Crowley P. Intervenciones para prevenir o mejorar el resultado del parto a término o postérmino (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
13. Grant JM. Induction of labour confers benefits in prolonged pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994;101:99-102.
14. Sánchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2003;101:1312-8.
15. Goeree R, Hannah H, Hewson S. Cost-effectiveness of induction labour versus serial antenatal monitoring in the Canadian Multicentre postterm pregnancy Trial. *CMAJ.* 1995;152:1445-50.
16. Sahraoui W, Hajji S, Bibi M, Nouira M, Essaidi H, Khairi H. Management of pregnancies beyond forty-one week's gestation with an unfavorable cervix. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005;34:454-62.