

 Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut		 Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord		SERVICIO OBSTETRÍCIA	
TÍTULO DOCUMENTO:			GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA		
TIPO DOCUMENTO:			PROTOCOLO MÉDICO		
CÓDIGO DOCUMENTO: OBS-PM-019				Página núm. 1 de 10	

QUA-IM-004.Rev.06

GESTIÓN DE LAS MODIFICACIONES

Periodicidad de revisión: 5 años

Responsable revisión: Natalia Garcia Riaño

REVISIÓN	FECHA REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS MODIFICACIONES	AUTORES	VALIDADO POR	FECHA VALIDACIÓN
01	1/6/2018	Nou protocol	Dra. N Garcia/ M Ricart	Dra C Comas	Juliol 2018
02	22/02/2024	Revisió sense canvis	Dra. N Garcia/ M Ricart	Cap de servei	28/02/2024

DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO

DESTINATARIO
Servicio Obstetrícia y Servicio de Ginecologia
Servicio de Pediatria
DCT Obstetrícia y Ginecologia

QUA-IM-004.Rev.06

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CÓDIGO DOCUMENTO: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 02 Página nº 2 de 10 Fecha última revisión: 22/02/2024</p>
<p>PROTOCOLO DE GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA</p>			

QUA-IM-004.Rev.05

1. DEFINICIÓN

La OMS/FIGO/ACOG consideran gestación cronológicamente prolongada (GCP) aquella que dura >42 semanas ¹⁻³ (294 días).

Las gestaciones pre y postérmino se han asociado a mayor mortalidad y morbilidad fetal y materna.

Anteriormente se consideraba gestación a término aquella que comprendía entre las 37 y 41.6 semanas. Actualmente debido a que la mortalidad y morbilidad neonatal no es uniforme durante estas 5 semanas las diferentes sociedades científicas recomiendan subdividirlo en diferentes categorías ⁶:

- *Early term*: 37-38.6 semanas
- *Full term*: 39-40.6 semanas
- *Late term*: 41-41.6 semanas (en algunos artículos “*prolonged pregnancy*”)

2. PREVALENCIA, CAUSAS y FACTORES DE RIESGO

La prevalencia de gestaciones postérmino oscila en general entre un 5%-10%, esta depende básicamente de las características de la población y de la práctica clínica de cada país.

La causa de que una paciente no inicie el trabajo de parto espontáneo más allá de las 42 semanas es mayoritariamente desconocida.

El factor de riesgo más importante es el antecedente de haber tenido una GCP en el anterior embarazo ya que aumenta x2 o x3 la probabilidad de nueva GCP.

Otros factores de riesgo ⁸, aunque con un RR <2 son: la nuliparidad, la obesidad o incremento excesivo de peso durante la gestación, la edad materna, feto varón y la raza caucásica.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CÓDIGO DOCUMENTO: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 02 Página nº 3 de 10 Fecha última revisión: 22/02/2024</p>
<p>PROTOCOLO DE GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA</p>			

QUA-IM-004.Rev.05

3. CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL Y PREVENCIÓN

La causa más frecuente de GCP es la incorrecta datación de la gestación, por lo tanto, mejorando este punto podríamos reducir la incidencia de GCP.

La edad gestacional se puede calcular mediante fecha de última regla (FUR) o mediante ecografía:

- La datación según FUR es susceptible de varios errores:
 1. La paciente no recuerda el día exacto.
 2. Ciclos irregulares o sangrado en primer trimestre.
 3. Aunque la paciente tenga ciclos regulares muchas ovulaciones se producen de forma tardía (oligoovulación)

- Datación mediante ecografía: En los estudios clínicos randomizado ^{9,10} que comparan los diferentes métodos para datar la gestación (ecográfico o FUR) se observa que datando la gestación mediante ecografía en el primer trimestre conseguimos una reducción en la tasa de embarazos que llegan al postérmino. Disminuyendo la prevalencia de GCP un 10-15% si datamos por FUR respecto a un 3-4% si datamos mediante ecografía.

Cambiaremos la FUR cuando haya una diferencia \geq a 7 días de diferencia respecto CRL en 1r trimestre o por biometrías en 2º trimestre

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CÓDIGO DOCUMENTO: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 02 Página nº 4 de 10 Fecha última revisión: 22/02/2024</p>
<p>PROTOCOLO DE GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA</p>			

QUA-IM-004.Rev.05

4. MORTALIDAD Y MORBILIDAD FETAL Y NEONATAL

Las gestaciones postérminos están asociadas con un aumento de la mortalidad fetal y neonatal. Parece que el riesgo empieza a aumentar a partir de las 40 semanas.

Si la comparamos respecto a las 38-40 semanas aumenta por 1/3, por 2 o por 4, a las 41,42 y 43 semanas respectivamente ^{11,12}

La morbilidad neonatal depende básicamente de la funcionalidad de la placenta:

- Si la placenta sigue funcionando correctamente (2-10%), las complicaciones estarán relacionadas con la **macrosomía**: parto prolongado, desproporción pélvico fetal, distocia de hombros que se relaciona con lesiones del plexo braquial o fracturas.
- Si la placenta no funciona correctamente (20%) lo que tendremos es un feto con un **síndrome postmadurativo**, clínicamente muy parecido a los fetos con restricción del crecimiento intrauterina (RCIU) debido a una insuficiencia placentaria. A la exploración de estos recién nacidos podemos ver: cuerpo largo y delgado con pérdida del tejido celular subcutáneo y masa muscular, descamación de la piel y cuerpo impregnado de meconio amarillento. Además, en estos casos podemos tener otras complicaciones debidas a la insuficiencia placentaria como: fetos pequeños para edad gestacional (PEG) o RICU no diagnosticados, oligoamnios, aumento de la tasa de cesáreas por sospecha de pérdida de bienestar fetal (SPBF) y aumento del síndrome de aspiración meconial.

La gestación postérmino es también un factor de riesgo independiente para pH más bajos (acidemia neonatal), test de Apgar más bajo a los 5min y encefalopatía neonatal.

5. MORBILIDAD MATERNA

Las complicaciones maternas son básicamente debidas al aumento de tasa de recién nacidos macrosomas. En las GCP hay un 2.5-10% de macrosomas vs el 0.8-1% en las gestaciones a término. Esto aumentará el riesgo de: cesaría, parto instrumentado, lesión de esfínteres, hemorragia postparto e infección postparto.

6. MANEJO A PARTIR DE LAS 41 SEMANAS

A partir de la semana 41 históricamente se realizaba control fetal cada 48h hasta programar la inducción a las 42 semanas. Cada vez hay más evidencia que una opción válida también sería programar la inducción a las 41 semanas.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CÓDIGO DOCUMENTO: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 02 Página nº 5 de 10 Fecha última revisión: 22/02/2024</p>
<p>PROTOCOLO DE GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA</p>			

QUA-IM-004.Rev.05

6.1 MANEJO EXPECTANTE

El objetivo de la vigilancia fetal es evitar los casos de muerte intrauterina. Realizaremos la vigilancia a partir de las 41 semanas. La mayoría de las guías recomiendan una frecuencia de 1-2 veces por semana. Hay que decir que ningún método de vigilancia ha demostrado ser superior a otro.

El manejo puede ser diverso y puede incluir:

REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO (RCTG): De las 40-42 semanas.

- Aunque no ha haya demostrado mejoría en la mortalidad perinatal. Está justificado y aceptado.
- Aunque los datos son inconcluyentes parece que mejora los resultados perinatales en gestaciones de alto riesgo.
- Buen VPN (1,9/1000), aunque mal VPP.

PESO FETAL

- RCIU o PEG es el factor de riesgo más importante de mal pronóstico perinatal en gestaciones postérmino
- Tiene un valor limitado en sospecha ecográfica de macrosoma.

MEDICIÓN LÍQUIDO AMNIÓTICO.

- El oligoamnios se ha asociado a síndrome de aspiración meconial, alteraciones RCTG, RCIU y cesaría ¹⁵.
- Se recomienda medición de la cantidad de líquido amniótico (LA) mediante la columna máxima (CM) vs el índice de líquido amniótico (ILA) en las gestaciones postérmino, ya que el ILA se asocia a una mayor tasa de intervencionismo sin mejorar los resultados obstétricos.

ESTUDIO DOPPLER

El estudio 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.

Se recomienda utilizar una medición sencilla de la máxima columna de líquido amniótico junto al NST como variante simplificada del perfil biofísico y no perfiles más complejos que aumentan la iatrogenia sin beneficios para el feto o el recién nacido.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol



PROTOCOLO DE GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA

QUA-IM-004.Rev.05

6.2 INDUCCIÓN A PARTIR DE LAS 41 SEMANAS

Si realizamos una revisión de la literatura de los metaanálisis y los ensayos clínicos publicados hasta la fecha, parece que inducir la gestación a la semana 41 genera un beneficio para el feto en términos de morbilidad y disminución del síndrome de aspiración meconial sin aumentar la tasa de cesáreas.

Si revisamos los diferentes metaanálisis (4), un resumen de los resultados sería:

	Mortalidad perinatal	Síndrome aspiración meconial	Tasa de cesáreas
Sanchez Ramos, 2003 ¹⁷	=	=	↓
Wennherholm, 2009 ¹⁸	=	↓	↓
Hussain 2011 ¹⁹	↓	↓	no evaluado
Gulmezoglu AM, 2012 ²⁰	↓	↓	↓

La opción de inducir a las 41 semanas esta validada por estudios clinicos y metaanalsis. Por este motivo, en nuestro centro ofreceremos inducción a las 41 semanas.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CÓDIGO DOCUMENTO: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 02 Página nº 7 de 10 Fecha última revisión: 22/02/2024</p>
<p>PROTOCOLO DE GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA</p>			

QUA-IM-004.Rev.05

PROTOCOLO ACTUACIÓN EN MANEJO GCP en nuestro centro

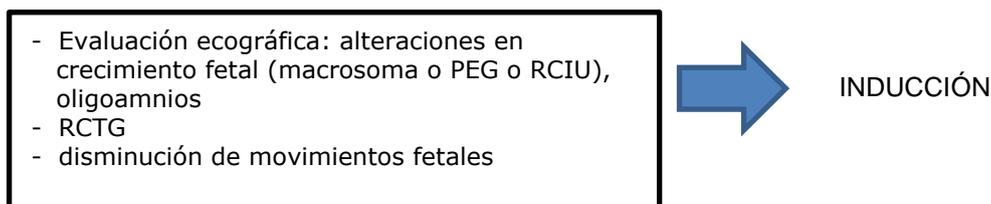
1. A las 40 semanas se citarán con comadrona si son gestaciones de bajo riesgo + RCTG.
 - Se realizará resumen de la gestación y nueva valoración factores de riesgo.
 - Revisar especialmente eco 1r trimestre para valorar datación correcta.
 - Si son pacientes de alto riesgo ya controladas en nuestro centro visita con su ginecólogo/a
 - Tacto vaginal (TV). Ofrecer Hamilton según condiciones (disminuye la incidencia de GCP).

2. A las 41w si no parto antes se citarán en consulta **Bienestar Fetal (Ecografía 3T en BF) + RCTG**
 - Valoración NST
 - Tendrá una duración de 20 minutos con la paciente en ligero decúbito lateral izquierdo y se valorarán tanto criterios de normalidad como de reactividad. Criterios de reactividad: ≥ 2 aceleraciones transitorias de > 15 lpm por encima de la basal de > 15 segundos en 20 minutos.

 - Valoración ecográfica
 - Se realizarán biometrías fetales (únicamente si no ecografía en las ultimas 4 s), el objetivo es detectar los fetos con bajo peso o RCIU tardío, ya se conoce que para la estimación de macrosomía esta ecografía tardía ofrece bajo rendimiento.
 - medición de LA mediante técnica de CM (normal > 2). Únicamente se realizará Doppler si PEG o RCIU

 - TV para valorar condiciones cervicales y ofrecer a la paciente maniobra de Hamilton.

A) Si alteración en:



B) Si todas las pruebas son correctas se propondrá/recomendará a la paciente inducción en 1-3 días. Ya que la evidencia dice que no aumenta la tasa de cesáreas por la inducción y parece que hay una ligera disminución en la morbilidad fetal. La opinión de la paciente es muy importante ya que el riesgo absoluto de mortalidad perinatal sigue siendo bajo y la NNT es muy elevada. Si la paciente acepta inducción, se explicarán métodos y firma CI

- ✓ Si la paciente prefiere conducta expectante → ACTITUD EXPECTANTE HASTA 41,6 -42w. Esta incluye: PERFIL BIOFÍSICO MODIFICADO (RCTG + Medición LA con CM) cada 48h.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CÓDIGO DOCUMENTO: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 02 Página nº 8 de 10 Fecha última revisión: 22/02/2024</p>
<p>PROTOCOLO DE GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA</p>			

QUA-IM-004.Rev.05

7. Bibliografía

1. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. No 55, septembre 2004. Management of Postterm Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004; 104: 639-46.
2. World Health Organization (WHO). Recommended definition terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and rise of a new certification for cause of perinatal deaths. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977; 56: 247-253.
3. Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). *Report of the FIGO subcommittee on Perinatal Epidemiology and Health Statistics. November 11-18, 1984.* International Federation of Gynecology and Obstetrics: 1986; 54.
4. SEGO. Protocolos asistenciales. Embarazo cronologicamente prolongado. Junio 2010.
5. SEGO Protocolos asistenciales. Control de bienestar fetal anteparto 2009.
6. Spong, Catherine Y. MD. Defining "Term" Pregnancy: Recommendations From the Defining "Term" Pregnancy Workgroup. *JAMA* Volume 309(23), 19 June 2013, p 2445-2446
7. Zeitlin J. Variation in rates of postterm birth in Europe: reality or artefact? *BJOG* 2007;114:1097-1103
8. Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ. Who is at risk for prolonged and postterm pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2009 Jun;200(6):683.e1-5
9. Caughey, A B, J M Nicholson, and A E Washington. 2008. "First versus Second Trimester Ultrasound: The Effect on Pregnancy Dating and Perinatal Outcomes." *Am J Obstet Gynecol* 198(6): 1-1
10. Savitz, David A. et al. 2002. "Comparison of Pregnancy Dating by Last Menstrual Period, Ultrasound Scanning, and Their Combination." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 187(6): 1660-66.
11. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestationspecific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998; 105: 169-73.
12. Smith, Gordon C.S. 2001. "Life-Table Analysis of the Risk of Perinatal Death at Term and Post Term in Singleton Pregnancies." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184(3): 489-96.
13. Mannino, F. 1988. "Neonatal Complications of Postterm Gestation." *The Journal of reproductive medicine* 33(3): 271-76
14. Guzmán Cabañas, J.Ma; Carrasco Rico, J;Gómez Guzmán, E; 2008. "Embarazo Prolongado. RN Postmaduro." *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* 82(10): 91-100.
15. Rabie. N , E. Mgann et al. Oligohydramnios in complicated and uncomplicated pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Utrasound Obst Gynecol* 2017: 442-449
16. Marquette, Gerry. 2012. "Post-Term Pregnancy Protocol." 4(3): 175-87. *FVV in ObGyn*, 2012, 4 (3): 175-187
17. 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.
18. Wennerholm U, Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? [Acta Obstet Gynecol Scand.](#) 2009;88(1):6-17,
19. Hussain et al. Elective induction for pregnancies at or beyond 41 weeks of gestation and its impact on stillbirths: a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health* 2011, 11(Suppl 3):S5
20. Gülmözoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jun 13;(6):CD004945.
21. 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.
22. 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.
23. Delaney, Martina, and Anne Roggensack. 2017. "No. 214-Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 39(8): e164-74
24. Alfiveric Z, Stampalija T, Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD007529.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CÓDIGO DOCUMENTO: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 02 Página nº 9 de 10 Fecha última revisión: 22/02/2024</p>
<p>PROTOCOLO DE GESTACIÓN CRONOLOGICAMENTE PROLONGADA</p>			

QUA-IM-004.Rev.05

8. Glosario

GCP: Gestación cronológicamente prolongada
 FUR: Fecha última regla.
 RCIU: Restricción de crecimiento intrauterino
 PEG: Pequeño para edad gestacional
 RCTG: Registro cardiotocográfico
 SPBF: sospecha de pérdida de bienestar fetal
 LA: Líquido amniótico
 CM: Columna máxima (de líquido amniótico)
 TV: Tacto vaginal

9. DOCUMENTOS RELACIONADOS

PROTOCOLS/ ALTRES PROCEDIMENTS AMB QUÈ ES RELACIONA

TÍTOL DOCUMENT	CODI DOCUMENT
Protocolo inducción	
Protocolo de screening ecográfico prenatal	

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

10. ANEXOS

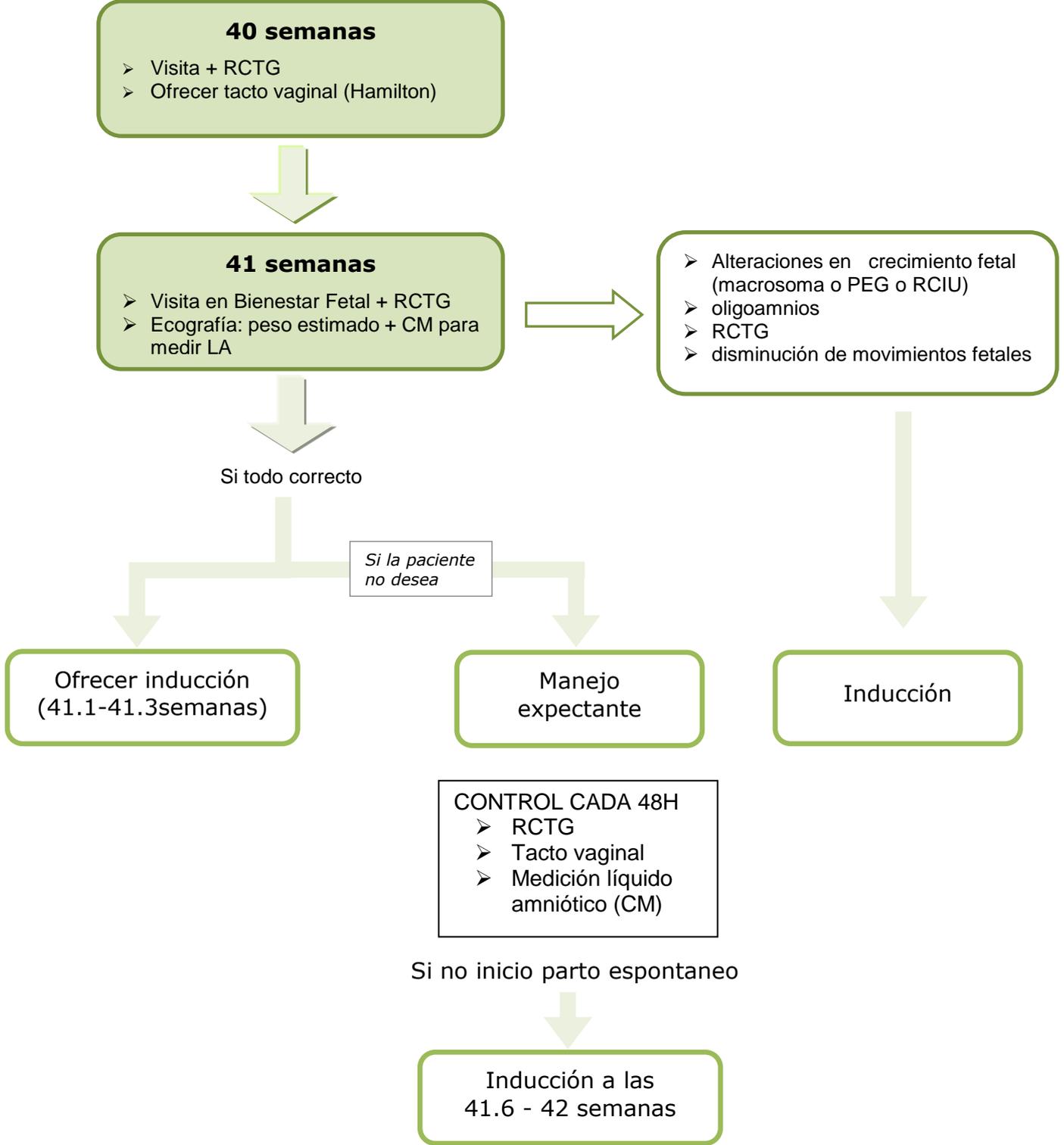


Fig1: Algoritmo de manejo de las pacientes con GCP