



Germans Trias i Pujol
Hospital
Institut Català de la Salut

SERVEI OBSTETRÍCIA

TÍTOL DOCUMENT:	GESTACIÓ CRONOLOGICAMENT PROLONGADA
TIPUS DOCUMENT:	PROTOCOL MÈDIC
CODI DOCUMENT: OBS-PM-019	Pàgina núm. 1 de 10

OBS-PM-019. Rev.03

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: 5 anys

Responsable revisió: Natalia Garcia Riaño

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	AUTORS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	1/6/2018	Protocol de pou	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
03	AGOST 2025	Control cada 48-72h	Dr De Diego	Cap Clínic	Setembre 2025

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
Servei Obstetrícia i Servei de Ginecologia
Servei de Pediatria
DCT Obstetrícia i Ginecologia

OBS-PM-019. Rev.03

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



GESTACIÓ CRONOLOGICAMENT PROLONGADA

OBS-PM-019. Rev.03

1. DEFINICIÓ

L'OMS/FIGO/ACOG consideren gestació cronològicament prolongada (GCP) aquella que dura >42 setmanes ¹⁻³ (294 dies).

Les gestacions pre i post-terme s'han associat a major mortalitat i morbiditat fetal i materna.

Anteriorment es considerava gestació a terme aquella que comprenia entre les 37 i 41.6 setmanes. Actualment a causa que la mortalitat i morbiditat neonatal no és uniforme durant aquestes 5 setmanes, les diferents societats científiques recomanen subdividir-lo en diferents categories ⁶:

- *Early term*: 37-38.6 setmanes
- *Full term*: 39-40.6 setmanes
- *Late term*: 41-41.6 setmanes (en alguns articles "*prolonged pregnancy*")

2. PREVALENÇA, CAUSES I FACTORS DE RISC

La prevalença de gestacions post-terme oscil·la en general entre un 5%-10%, aquesta depèn bàsicament de les característiques de la població i de la pràctica clínica de cada país.



La causa que una pacient no iniciï el treball de part espontani més enllà de les 42 setmanes és majoritàriament desconeguda.

El factor de risc més important és l' antecedent d' haver tingut una GCP a l' anterior embaràs ja que aquest fet augmenta x2 o x3 la probabilitat d'una nova GCP.

Altres factors de risc ⁸, tot i que amb un RR <2 són: la nul·liparitat, l'obesitat o increment excessiu de pes durant la gestació, l'edat materna, fetus masculí i la raça caucàsica.

OBS-PM-019. Rev.03

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

 Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut	 Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord	CODI DOCUMENT: OBS-PM-019	Rev: 03 Nº de pàgina 3 de 10 Data última revisió: Setembre 2025
GESTACIÓ CRONOLOGICAMENT PROLONGADA			

OBS-PM-019. Rev.03

3. CÀLCUL DE L' EDAT GESTACIONAL I PREVENCIÓ

La causa més freqüent de GCP és la incorrecta datació de la gestació, per tant, millorant aquest punt podríem reduir la incidència de GCP.



L'edat gestacional es pot calcular mitjançant data d'última regla (DUR) o mitjançant ecografia:

- La datació segons DUR és susceptible de diversos errors:
 1. La pacient no recorda el dia exacte.
 2. Cicles irregulars o sagnat al primer trimestre.
 3. Encara que la pacient tingui cicles regulars moltes ovulacions es produeixen de forma tardana (oligoovulació)

- Datació mitjançant ecografia: En els estudis clínics randomitzat ^{9,10} que comparen els diferents mètodes per datar la gestació (ecogràfic o DUR) s'observa que datant la gestació mitjançant ecografia en el primer trimestre aconseguim una reducció en la taxa d'embarassos que arriben al post-terme. D'aquesta manera, la prevalença de GCP passa d'un 10-15% si datem per DUR respecte a un 3-4% si datem mitjançant ecografia. La datació ecogràfica es realitzarà mitjançant la mesura de la LCC (crown-rump length o CRL). Utilitzarem la LCC per estimar l'edat gestacional en TOTS els casos excepte en embarassos concebuts per FIV (es calcularà a partir de la data de la transferència). Veure protocol **OBS-PM-011**, apartat "*Datació de la gestació*".

OBS-PM-019. Rev.03

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>CODI DOCUMENT: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 03 Nº de pàgina 4 de 10 Data última revisió: Setembre 2025</p>
<p>GESTACIÓ CRONOLOGICAMENT PROLONGADA</p>			

OBS-PM-019. Rev.03

4. MORTALITAT I MORBIDITAT FETAL I NEONATAL

Les gestacions post-terme estan associades amb un augment de la mortalitat fetal i neonatal. Sembla que el risc comença a augmentar a partir de les 40 setmanes.

Si la comparem respecte a les 38-40 setmanes, augmenta per 1/3, per 2 o per 4, a les 41,42 i 43 setmanes respectivament

La morbiditat neonatal depèn bàsicament de la funcionalitat de la placenta:

- Si la placenta continua funcionant correctament, les complicacions estaran relacionades amb la **macrosomia** (2-10%): part prolongat, desproporció pelvià fetal, distòcia d'espatlles que es relaciona amb lesions del plexe braquial o fractures.
- Si la placenta no funciona correctament (20%) el que tindrem és un fetus amb una **síndrome post-madurativa**, clínicament molt semblant als fetus amb restricció del creixement intrauterina (RCIU) a causa d'una insuficiència placentària. A l'exploració d'aquests nounats podem veure: cos llarg i prim amb pèrdua del teixit cel·lular subcutani i massa muscular, descamació de la pell i cos impregnat de meconi groguenc.
A més, en aquests casos podem tenir altres complicacions degudes a la insuficiència placentària com: fetus petits per a edat gestacional (PEG) o RCIU no diagnosticats, oligoamnis, augment de la taxa de cesàries per sospita de pèrdua de benestar fetal (SPBF) i augment de la síndrome d'aspiració meconial.

La gestació post-terme és també un factor de risc independent per a pH més baixos (acidèmia neonatal), test d'Apgar més baix als 5min i encefalopatia neonatal.

5. MORBILITAT MATERNA



Les complicacions maternes són bàsicament degudes a l'augment de taxa de nounats amb macrosomia. A les GCP hi ha un 2.5-10% de macrosomes vs el 0.8-1% en les gestacions a terme. Això augmentarà el risc de: cesària, part instrumentat, lesió d'esfínters (OASIS), hemorràgia postpart i infecció postpart.

6. MANEIG A PARTIR DE LES 41 SETMANES

A partir de la setmana 41 històricament es realitzava control fetal cada 48h fins a programar la inducció a les 42 setmanes. Cada vegada hi ha més evidència que una opció vàlida també seria programar la inducció a les 41 setmanes.

OBS-PM-019. Rev.03

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>CODI DOCUMENT: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 03 Nº de pàgina 5 de 10 Data última revisió: Setembre 2025</p>
<p>GESTACIÓ CRONOLOGICAMENT PROLONGADA</p>			

OBS-PM-019. Rev.03

6.1 MANEIG EXPECTANT

L'objectiu de la vigilància fetal és evitar els casos de mort intrauterina. Realitzarem la vigilància a partir de les 41 setmanes. La majoria de les guies recomanen una freqüència d'1-2 vegades per setmana. Cal dir que cap mètode de vigilància ha demostrat ser superior a un altre.

El maneig pot ser divers i pot incloure:

REGISTRE CARDIOTOCOGRÀFIC (RCTG): De les 40-42 setmanes.

- Encara que no hagi demostrat millora en la mortalitat perinatal, està justificat i acceptat.
- Tot i que les dades són no concloents, sembla que millora els resultats perinatals en gestacions d'alt risc.
- Bon VPN (1.9/1000), tot i baix VPP.

PES FETAL

- RCIU o PEG és el factor de risc més important de mal pronòstic perinatal en gestacions post-terme
- Té un valor limitat en sospita ecogràfica de macrosoma.

MESURAMENT LÍQUID AMNIÒTIC.

- L'oligoamnion s'ha associat a síndrome d' aspiració meconial, alteracions RCTG, RCIU i cesària ¹⁵.
- Es recomana mesurar la quantitat de líquid amniòtic (LA) mitjançant la columna màxima (CM) vs l'índex de líquid amniòtic (ILA) en les gestacions post-terme, ja que l'ILA s'associa a una major taxa d'intervencionisme sense millorar els resultats obstètrics.

ESTUDI DOPPLER

L'estudi de l'artèria umbilical, no ha demostrat la seva eficàcia per al monitoratge del fetus post-terme i per això en l'actualitat no es recomana la seva realització de forma sistemàtica.

Es recomana utilitzar un mesurament senzill de la màxima columna de líquid amniòtic al costat del NST com a variant simplificada del perfil biofísic i no perfils més complexos que augmenten la iatrogenia sense beneficis per al fetus o el nounat.

OBS-PM-019. Rev.03

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



GESTACIÓ CRONOLOGICAMENT PROLONGADA

OBS-PM-019. Rev.03

6.2 INDUCCIÓ A PARTIR DE LES 41 SETMANES

Si realitzem una revisió de la literatura de les metaanàlisi i els assajos clínics publicats fins ara, sembla que induir la gestació a la setmana 41 genera un benefici per al fetus en termes de morbidimortalitat i disminució de la síndrome d'aspiració meconial sense augmentar la taxa de cesàries.



Si revisem les diferents metaanàlisi (4), un resum dels resultats seria:

	Mortalitat perinatal	Síndrome aspiració meconial	Taxa de cesàries
Sanchez Ramos, 2003 ¹⁷	=	=	↓
Wennherholm, 2009 ¹⁸	=	↓	↓
Hussain 2011 ¹⁹	↓	↓	no avaluat
Gulmezoglu AM, 2012 ²⁰	↓	↓	↓

L'opció d'induir a les 41 setmanes està validada per estudis clínics i metaanàlisi. Per aquest motiu, al nostre centre oferirem inducció a partir de les 41 setmanes.

OBS-PM-019. Rev.03

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>CODI DOCUMENT: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 03 Nº de pàgina 7 de 10 Data última revisió: Setembre 2025</p>
<p>GESTACIÓ CRONOLOGICAMENT PROLONGADA</p>			

OBS-PM-019. Rev.03

PROTOCOL ACTUACIÓ EN MANEIG GCP al nostre centre

1. A les 40 setmanes se citaran amb llevadora si són gestacions de baix risc + RCTG.
 - Es realitzarà resum de la gestació i nova valoració dels factors de risc.
 - Revisar especialment ressò 1r trimestre per valorar datació correcta.
 - Si són pacients d'alt risc ja controlades al nostre centre, visita amb el seu ginecòleg/a
 - Tacte vaginal (TV). Oferir Hamilton segons condicions (disminueix la incidència de GCP).

2. A les 41w si no part abans citar a **Benestar Fetal (Ecografia 3T a BF) + RCTG**
 - Valoració RCTG
 - Tindrà una durada de 20 minuts amb la pacient en lleuger decúbit lateral esquerre i es valoraran tant criteris de normalitat com de reactivitat. Criteris de reactivitat: ≥ 2 acceleracions transitòries de > 15 bpm per sobre de la basal de > 15 segons en 20 minuts.

 - Valoració ecogràfica
 - Es realitzaran biometries fetals (únicament si no ecografia en les últimes 4 s), l'objectiu és detectar els fetus amb baix pes o RCIU tardà, ja es coneix que per a l'estimació de macrosomia aquesta ecografia tardana ofereix baix rendiment.

 - Mesurament de LA mitjançant tècnica de CM (normal > 2 cm). Únicament es realitzarà Doppler si PEG o RCIU

 - TV per valorar condicions cervicals i oferir a la pacient maniobra de Hamilton.

A) Si alteració en:

- Avaluació ecogràfica:
 - Alteracions creixement fetal (macrosoma, PEG o RCIU)
 - Oligoamni
- RCTG
- Disminució de moviments fetals





INDUCCIÓ

- B) Si totes les proves són correctes, es proposarà/recomanarà a la pacient inducció en 1-3 dies ja que l'evidència diu que no augmenta la taxa de cesàries per la inducció i sembla que hi ha una lleugera disminució en la morbimortalitat fetal. L'opinió de la pacient és molt important ja que el risc absolut de mortalitat perinatal continua sent baix i l'NNT és molt elevada.
- ✓ Si la pacient accepta inducció, s' explicaran mètodes (entrega full informatiu) i signatura CI.
 - ✓ Si la pacient prefereix conducta expectant → ACTITUD EXPECTANT FINS A 41,6 - 42w. Aquesta inclou: PERFIL BIOFÍSIC MODIFICAT (RCTG + Mesurament LA amb CM) cada 48-72h.

OBS-PM-019. Rev.03

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>CODI DOCUMENT: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 03 Nº de pàgina 8 de 10 Data última revisió: Setembre 2025</p>
<p>GESTACIÓ CRONOLOGICAMENT PROLONGADA</p>			



OBS-PM-019. Rev.03

7. BIBLIOGRAFIA

1. Butlletí de pràctiques de l'ACOG. Guies de maneig clínic per a obstetres-ginecòlegs. No 55, setembre 2004. Gestió de l'embaràs posttermini. *Obstet Gynecol.* 2004; 104: 639-46.
2. Organització Mundial de la Salut (OMS). Es recomana la definició, la terminologia i el format de les taules estadístiques relacionades amb el període perinatal i l'aparició d'una nova certificació de causa de mort perinatal. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977; 56: 247-253.
3. Federació de Ginecologia i Obstetrícia (FIGO). *Informe del subcomitè d'Epidemiologia Perinatal i Estadístiques de Salut de la FIGO. 11-18 de novembre de 1984.* Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia: 1986; 54.
4. SEGO. Protocols asistencials. Embaràs cronologicament prolongat. Juny 2010.
5. SEGO Protocols asistencials. Control de benestar fetal antepart 2009.
6. Spong, Catherine Y. MD. Definició de l'embaràs a terme: recomanacions del grup de treball de definició de l'embaràs a terme. *JAMA* Volum 309(23), 19 de juny de 2013, p. 2445-2446
7. Zeitlin J. Variació en les taxes de naixement posterm a Europa: realitat o artefacte? *BJOG* 2007; 114:1097-1103
8. Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ. Qui està en risc d'embaràs prolongat i posttermini. *Am J Obstet Gynecol* 2009 juny; 200(6):683.e1-5
9. Caughey, AB, JM Nicholson i A. E. Washington. 2008. "Ecografia del primer versus segon trimestre: l'efecte sobre les cites de l'embaràs i els resultats perinatals". *Am J Obstet Gynecol* 198(6): 1-1
10. Savitz, David A. et al. 2002. "Comparació de les cites de l'embaràs per l'últim període menstrual, ecografia i la seva combinació". *Revista Americana d'Obstetrícia i Ginecologia* 187(6): 1660-66.
11. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Embaràs prolongat: avaluació dels riscos específics de la gestació de mortalitat fetal i infantil. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998; 105: 169-73.
12. Smith, Gordon CS 2001. "Anàlisi de la taula de vida del risc de mort perinatal a terme i després del terme en embarassos únics". *Revista Americana d'Obstetrícia i Ginecologia* 184(3): 489-96.
13. Mannino, F. 1988. "Complicacions neonatals de la gestació posttermini". *La revista de medicina reproductiva* 33(3): 271-76
14. Guzmán Cabañas, J.Ma; Carrasco Rico, J; Gómez Guzmán, E; 2008. "Embaràs Prolongat. RN Postmaduro." *Protocols Diagnòstic Terapeútics de l' AEP: Neonatologia* 82(10): 91-100.
15. Ràbia, N, E. Mgann et al. Oligohidramnios en pregnacis complicats i no complicats: una revisió sistemàtica i metaanàlisi. *Utrasound Obst Gynecol* 2017: 442-449
16. Marquette, Gerry. 2012. "Protocol d'embaràs posttermini". 4(3): 175-87. *FVV en ObGyn*, 2012, 4 (3): 175-187
17. Sánchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Inducció del part versus maneig expectant per als embarassos postterme: una revisió sistemàtica amb metaanàlisi. *Obstet Gynecol.* 2003; 101: 1312-8.

OBS-PM-019. Rev.03

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>CODI DOCUMENT: OBS-PM-019</p>	<p>Rev: 03 Nº de pàgina 9 de 10 Data última revisió: Setembre 2025</p>
<p>GESTACIÓ CRONOLOGICAMENT PROLONGADA</p>			

OBS-PM-019. Rev.03

18. Wennerholm U, Inducció del part versus maneig expectant per a l'embaràs posterior a la data: hi ha proves suficients per a un canvi en la pràctica clínica? [Acta Obstet Gynecol Scand.](#) 2009; 88(1):6-17,
19. Hussain et al. Inducció electiva per a embarassos a partir de les 41 setmanes de gestació i el seu impacte en els mortinatos: una revisió sistemàtica amb metaanàlisi. BMC Salut Pública 2011, 11(Supl 3):S5
20. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Inducció del part per millorar els resultats del part per a dones a terme o més enllà. Base de dades Cochrane Syst Rev. 13 de juny de 2012; (6):CD004945.
21. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Inducció del part en comparació amb el seguiment prenatal en sèrie en l'embaràs postterme. Un assaig controlat aleatoritzat. El grup canadenc multicèntric d'assajos d'embaràs postterme. N Engl J Med. 1992; 326: 1587-92.
22. Alfiveric Z, Walkinshaw SA. Un assaig controlat aleatoritzat de monitoratge fetal prenatal simple en comparació amb complex després de 42 setmanes de gestació. Br J Obstet Gynaecol. 1995; 102: 638-43.
23. Delaney, Martina i Anne Roggensack. 2017. "No. 214-Directrius per al maneig de l'embaràs a les setmanes 41+0 a 42+0". Revista d'Obstetrícia i Ginecologia Canadà 39(8): e164–74
24. Alfiveric Z, Stampalija T, Dowswell T. Ecografia Doppler fetal i umbilical en embarassos d'alt risc. Base de dades Cochrane de revisions sistemàtiques 2017, número 6. Art. Núm.: CD007529.

8. GLOSSARI

GCP: Gestació cronològicament prolongada

FUR: Data última regla.

RCIU: Restricció de creixement intrauterí

PEG: Petit per a edat gestacional

RCTG: Registre cardiotocogràfic

SPBF: sospita de pèrdua de benestar fetal

LA: Líquid amniòtic

CM: Columna màxima (de líquid amniòtic)

TV: Tacte vaginal

9. DOCUMENTS RELACIONATS

PROTOCOLS/ ALTRES PROCEDIMENTS AMB QUÈ ES RELACIONA

TÍTOL DOCUMENT	CODI DOCUMENT
Protocol inducció	OBS-PM-005
Protocol de screening ecogràfic prenatal	OBS-PM-011

OBS-PM-019. Rev.03

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

10. ANNEXOS

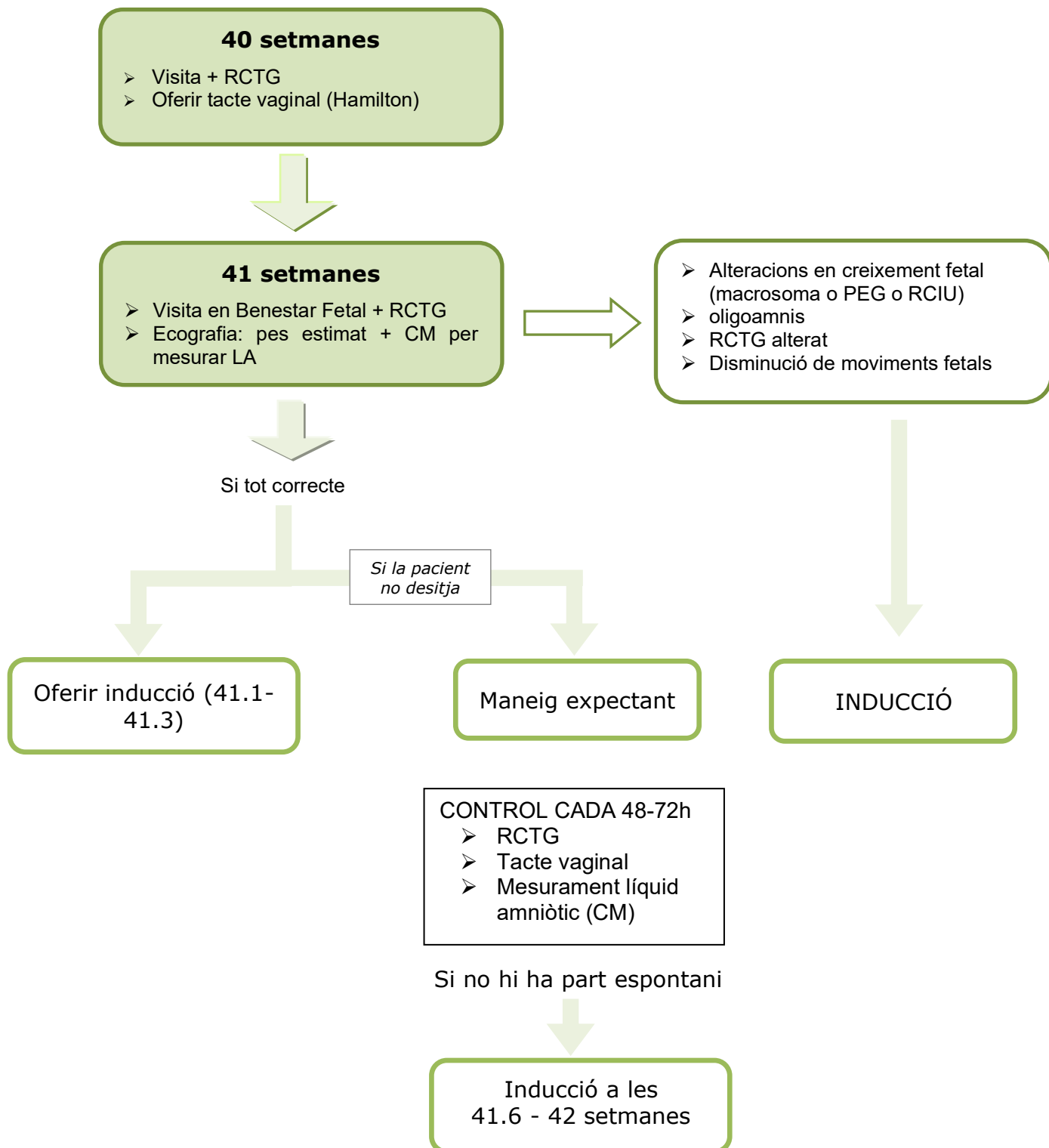


Fig.1: Algorisme de maneig de les pacients amb GCP