

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

- Se cambia la definición de 42 semanas desde la FUR por 42 semanas de datado y se añade la definición de embarazo en vías de prolongación.
- Se suprime el contenido del apartado “Diagnóstico del ECP. Datación del embarazo” por una referencia al protocolo específico de datado del embarazo.
- Se añade la recomendación de pedir consentimiento verbal explícito para la maniobra de Hamilton, así como de su registro en la historia clínica.
- Se unifican los apartados Control fetal de la gestante a término y control del bienestar fetal de la gestante a término del protocolo anterior, unificando los criterios con los establecidos en el Protocolo Asistencia al Embarazo de Bajo Riesgo
- Se añaden indicadores de evaluación

INDICE

1. Concepto.
2. Factores etiológicos.
3. Problemas relacionados con el Embarazo Cronológicamente Prolongado (ECP)
4. Diagnóstico. Cálculo de la edad gestacional
5. Prevención. Maniobra de Hamilton
6. Control fetal de la gestante a término
7. Manejo
8. Indicadores de evaluación
9. Bibliografía

1. CONCEPTO

Se define Embarazo Cronológicamente Prolongado (ECP) como aquel que dura más de 42 semanas de datación y representa el 1-2 % de los embarazos.

Se define Embarazo en Vías de Prolongación (EVP) como aquel que se extiende entre las 41 +1 día y la 42+0 semanas.

2. FACTORES ETIOLÓGICOS

La causa más destacable es una incorrecta datación de la edad gestacional y/o error en la fecha de la última regla.

Entre los factores de riesgo destacan: la obesidad y el antecedente de embarazo prolongado en embarazos anteriores.

3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EL ECP

A. PROBLEMAS FETALES

Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal son superiores en los fetos posttérmino que en los a término, debido a la presencia de:

- Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) reflejado en alteraciones en la FCF: deceleraciones variables y tardías, descenso de variabilidad y disminución de ascensos transitorios.
- Macrosomía (>4000 g): en el 13% de RN postérmino. Esto aumenta la posibilidad de DCP y distocia de hombros.
- Restricción de crecimiento de aparición tardía por insuficiencia útero-placentaria (Sind.Postmadurez de Clifford) en el 10-20%.
- Síndrome de Aspiración Meconial. -Oligoamnios.

B. PROBLEMAS MATERNOS

Aumento de tasas de inducción de parto, cesáreas y distocia de hombros

4. DIAGNOSTICO. CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL

El datado del embarazo se realiza conforme a lo establecido en el protocolo de datado del embarazo.

5. PREVENCIÓN. MANIOBRA DE HAMILTON

La maniobra de Hamilton o despegamiento de membranas se debe ofrecer a las gestantes a término una vez cumplida la semana 40, explicando que puede reducir la tasa de ECP y de inducción farmacológica del parto. Será necesario el consentimiento verbal explícito de la gestante, dejando constancia de este hecho en la historia clínica.

6. CONTROL FETAL DE LA GESTANTE A TERMINO

A. ECOGRAFÍA

- Biometría fetal en la primera visita, que incluya DBP, DOF, CC, LF y CA con estimación del peso fetal.
- Valoración de la estática fetal
- Cantidad de Líquido Amniótico: se valorará en cada visita. La técnica del “bolsillo máximo” (anormal si < 2 cm) es más recomendada en los ECP que la medición de los cuatro cuadrantes (Índice de Phelan: ILA) ya que el ILA aumenta el intervencionismo obstétrico.

B. MONITORIZACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL (FCF)

- Test no estresante (TNS): se realizará en cada visita.
- Prueba de Pose : cuando el TNS es “no tranquilizador” se derivará a la paciente a urgencias para realización de prueba de Pose. Si fuese patológica, se ingresaría a la gestante para finalización.
- Perfil Biofisico Modificado: Unión de TNS más la medición del liquido amniótico por el bolsillo máximo. Éste se considera suficiente para el estudio de bienestar fetal en las gestaciones en vías de prolongación.

C. OTROS

- El recuento de movimientos fetales, la madurez placentaria basada en los Grados de Grannum, el Doppler sistemático de la arteria umbilical y la amnioscopia no han demostrado su utilidad.

7. MANEJO

En gestaciones de bajo riesgo y normoevolutivas se ofrecerá finalización a partir de la semana 41, aunque podría adelantarse el momento en determinadas circunstancias (remitirse al protocolo de inducción).

8. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Gestaciones con ECP correctamente datadas	% Gestaciones con ECP correctamente datadas según el protocolo de datación	Audit de una muestra de historias	95%
Gestaciones con ECP correctamente vigiladas	% Gestaciones con ECP o EVP con las visitas correctas según el protocolo	Audit de una muestra de historias	95%

9. BIBLIOGRAFIA

- Embarazo cronológicamente prolongado. PROSEGO: Protocolos Asistenciales en Obstetricia. En: www.sego.es. 2010.
- ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians- gynecologists. No 55, September 2004. Management of Postterm Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004;104:639-46.
- Crespo R, et al. Análisis de la finalización de la gestación y morbilidad materna en las gestaciones de 41 semanas. *Clin Invest Gin Obst.* 2011. doi:10.1016/j.gine. 2010.10.004C
- Rowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2002, Issue 3. Oxford: Update Software.
- Abotalib ZM, Soltan MH, Chowdhury N, et al. Obstetrics outcome in uncomplicated prolonged pregnancy. *Int J Obstet Gynecol.* 1996;55:225-30.
- Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson L, et al. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007;109(3):609-17.
- Ahanya SN, Lakshmanan J, Morgan BLG, Ross MG. Meconium passage in utero: mechanism consequences and management. *Obstet Gynecol Surv.* 2004;60:45-55.
- Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births. *Obstet Gynecol.* 2001;97:911-5.
- Williams. *Obstetricia*. 21ª Ed. 2002. 10.- Guidelines for the management of post term pregnancy. Mandruzzato G, Alfircvic Z, et al. *J Perinat Med.* 2010Mar;38(2):111-9.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Embarazo prolongado

Autores	Dr. Manzanares		
Fecha elaboración	27/12/2022	Vigencia	27/12/2025