


 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TITULO	 Dirección Médica
	Fecha: Mayo/ 2010	
	Edición: 02	

**Actitud ante el embarazo prolongado en la gestación normal.**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS**

<b>AUTORES</b> Dra Marina Navarro Dr Jose Adánez Dra Ana Escudero	<b>REVISORES</b> Sección de Obstetricia	<b>AUTORIZADO</b> Dr Villaverde
Fecha: Mayo,2010	Fecha: Mayo,2010	Fecha Mayo,2010

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>TITULO</b>	
	<b>Fecha:</b> Mayo 2010	
	<b>Edición:</b> 01	

### 1) Datación de la gestación.

Con el objetivo de establecer el diagnóstico de gestación prolongada ( $\geq 294$  días) se realizarán esfuerzos para la estimación de la fecha probable de parto –día 280-.

Para ello el método más eficaz es el cálculo exacto desde FUR + 280 días (calculadora).

Esta fecha se debe ajustar ante la existencia de discordancia de hasta 5 días con la ecografía del CRL del primer trimestre (IA) <sup>1, 2, 3</sup>, o de 10 días con la ecografía del segundo trimestre (16 a 22 semana de gestación).

### 2) Control del bienestar fetal

Se inicia en la semana 41 -día 287- <sup>2, 3</sup> con una periodicidad de 2-3 días e incluye la realización de un perfil biofísico modificado: test no estresante y estimación de volumen de líquido amniótico <sup>1,2,3</sup>.

Se ofrecerá el despegamiento de membranas a partir de la semana 38 (IA) <sup>3</sup>

### 3) Finalización de la gestación

a) Como referencia se iniciará en la semana 42 –**día 294**- <sup>1</sup>. No obstante se valoran otras opciones.

b) Inducción previa a la semana 42 (día 294).

1. Si aparecen en las pruebas de control de bienestar fetal signos de **compromiso fetal**:

1.1 Oligoamnios severo (BMLA < 2). Ante la presencia de este signo y con un TNS normal se procederá a la inducción al día siguiente. La paciente se puede beneficiar de una hidratación previa con la ingesta de dos litros de agua.



1.2 Ante la presencia de un TNS con trazado atípico o anormal se procederá a la finalización inmediata de la gestación <sup>1,2,3</sup> (anexo 1)

2. **Inducción electiva.** En ausencia de compromiso fetal hay que sopesar los posibles beneficios de una inducción. La realización de una inducción electiva no está exenta de riesgos –incremento de cesáreas (OR=3), infección e ingresos en UCI neonatal <sup>2,6,7</sup> -. Es deseable que la inducción electiva antes de la semana 42 incluya las siguientes condiciones:

- Datación exacta de la edad gestacional.
- Bishop  $\geq 8$  en nulíparas.
- Bishop  $\geq 6$  en múltiparas.



c) Parto espontáneo en la 42 semana ( $\geq 294$  días)

Si una paciente rechaza la inducción en la semana 42, se mantendrán los controles de bienestar fetal cada 48 horas <sup>3</sup>.

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<b>TITULO</b>	 <p>Dirección Médica</p>
	<b>Fecha:</b> Mayo 2010	
	<b>Edición:</b> 01	



#### 4) Bibliografía.

- 1) Sociedad española de Obstetricia y Ginecología. Embarazo cronológicamente prolongado. Disponible en proseg.com 2004
- 2) The American College of Obstetrics and Gynecology Practice Bulletin. Postterm pregnancy. 2004
- 3) SOGC. Fetal Health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada.
- 4) Expectant management vs elective induction in postterm pregnancy; CHD
- 5) American College of Obstetricians and Gynecologists. Induction of labor. ACOG Practice Bulletin 10. Washington (DC): ACOG; 1999
- 6) Luthy DA, Malmgren JA, Zingheim RW. Cesarean delivery after elective induction in nulliparous women: the physician effect. Am J Obstet Gynecol 2004;191:1511-5.
- 7) Vrouwenraets FP, Roumen FJ, Dehing CJ, van den Akker ES, Aarts MJ, Scheve EJ. Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. Obstet Gynecol 2005;105:690-7.

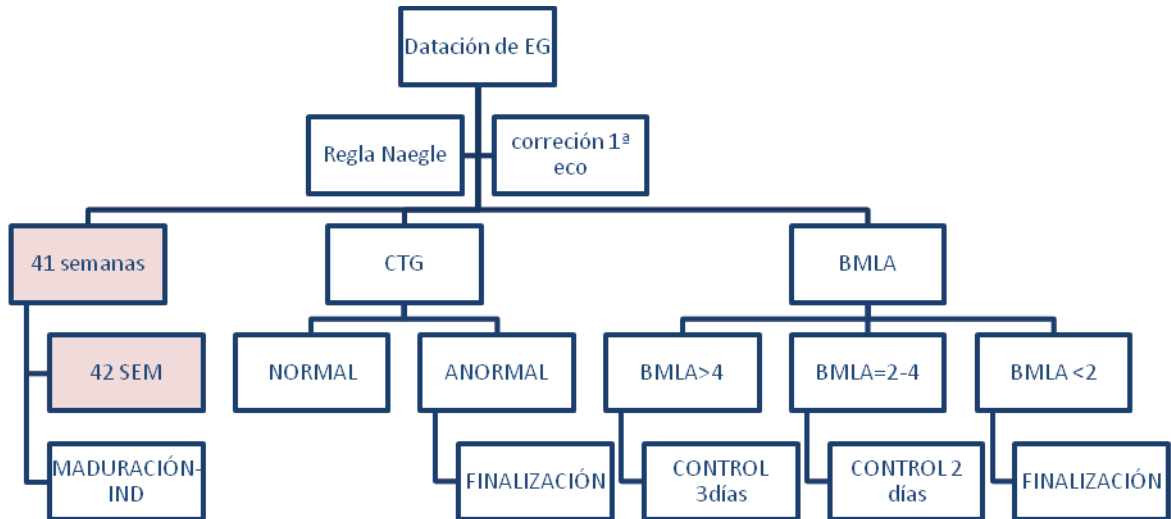
 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<b>TÍTULO</b>	 <p>huca hospital universitario central asturias Dirección Médica</p>
	Fecha: Mayo 2010	
	Edición: 01	

### ANEXO 1: CRITERIOS CARDIOTOGRAFÍCOS DE BIENESTAR FETAL

	Normal	Atípica	Anormal
Línea de base	110-160	100-110 >160 < 30' Línea creciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;100</li> <li>• &gt;160 &gt; 30'</li> <li>• Línea errática</li> </ul>
variabilidad	6-25 <5 (<40')	<5 (40-80')	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;5 (&gt;80')</li> <li>• &gt;25 (&gt;10')</li> <li>• sinusoidal</li> </ul>
Deceleraciones	Ninguna ó Variables <30''	Variables (30-60'')	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variables &gt;60''</li> <li>• Tardías</li> </ul>
Aceleración	>2>15lat<40'	>2>15lat(40'-80')	<2>15lat(>80')
pretérmino	>2>10lat<40'	>2>10lat(40'-80')	<2>10lat(>80')
	NORMAL	PROLONGARLA 40-80'	URGENTE; BMLA o PBF o inducción

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	<b>TITULO</b>	 Dirección Médica
	Fecha: Mayo 2010	
	Edición: 01	

ANEXO 2: ALGORRITMO MANEJO DEL EMBARAZO PROLONGADO



Autores: Dr. G. Adánez, Dra Escudero Gomis, Dra Navarro López.

Sección de Obstetricia.