



MINISTERIO
DE SALUD

Protocolos para el manejo de la inducción del trabajo de parto, embarazo pos término y muerte fetal intrauterina

El Salvador, 2026



MINISTERIO
DE SALUD

**Protocolos para el manejo de la inducción del trabajo de parto,
embarazo pos término y muerte fetal intrauterina**

El Salvador, 2026

2026 Ministerio de Salud



Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

Equipo técnico

Dr. Juan Antonio Morales	Dirección Integral Materno Perinatal, Niñez y Adolescencia
Dr. Roberto Águila Cerón	Unidad Materno Perinatal
Dra. Diana García López	
Dra. Rebeca Alejandra Martínez	Dirección Nacional de Hospitales
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla	Dirección de Regulación
Dra. Graciela Baires Escobar	
Dr. Salvador Cerón Viera	Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Dra. Roxana Carolina Villeda	Hospital Nacional de Chalchuapa
Dr. Mauricio Antonio Hernández	Hospital Nacional Francisco Menéndez de Ahuachapán
Dra. Roxana Gerardina Iraheta	Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" de Cojutepeque
Dra. Fernanda Huevo	Hospital Nacional General "San Rafael"
Dra. Mayra Rebeca Doñán	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Evelyn Castaneda	Hospital Materno Infantil 1° de Mayo

Comité consultivo

Dra. María de los Ángeles Avilés	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención
Dra. Ingrid Marlene Cienfuegos	Hospital Nacional de Sonsonate "Dr. Jorge Mazzini Villacorta"
Dra. Ana Gloria Sandoval	Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña"
Dra. Emma Lizama Ventura	Hospital Nacional "San Juan de Dios" de San Miguel
Dr. Josué Daniel Morán	Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil
Dr. Arely del Carmen Silva	Hospital Nacional de Nueva Guadalupe
Dra. Nubia Cristina Rivera	Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)
Dra. Blanca Rosalina Quan	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)
Dra. Lucía María Baiza	Hospital Militar Central
Dr. José Manuel Salinas	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dr. Roberto Antonio Pérez	Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Dra. Julia Vanessa Menjívar	Hospital Policlínico Zacamil
Dr. Alexander Benítez A.	Hospital Regional de San Miguel
Dr. José Ricardo López	Hospital Regional de Santa Ana
Dr. Francisco Turri	Consultor internacional

Índice

	Acuerdo	1
I.	Introducción	2
II.	Objetivos	3
III.	Ámbito de aplicación	3
	Desarrollo de los protocolos	3
	A. Protocolo para la maduración cervical e inducción del trabajo de parto	3
V.	B. Protocolo para el diagnóstico y manejo del embarazo de término tardío	10
	C. Protocolo para el manejo de la muerte fetal intrauterina	11
V.	Monitoreo, supervisión y evaluación	13
VI.	Disposiciones finales	15
VII.	Vigencia	15
VIII.	Referencias bibliográficas	16
IX.	Anexos	18



Distrito de San Salvador y Capital de la República, 12 de mayo de 2026.

Acuerdo n.º1180

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerandos

- I. Que el artículo 65 de la *Constitución* determina que la salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.
- II. Que el artículo 42, numeral 2) del *Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo* establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.
- III. Que el artículo 40 y 41 numeral 4. del Código de Salud establece que el Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar, ejecutar y dictar las normas pertinentes, así como organizar, coordinar y evaluar las actividades relacionadas con la salud; además está facultado para organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.
- IV. Que el artículo 1 y 10 la *Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido* tiene por objeto garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa del recién nacido. El Ministerio de Salud como ente rector del SNIS, es el responsable de dirigir la implementación de la ley en lo concerniente a coordinar, integrar y regular el mismo de acuerdo con el Plan Nacional Estratégico para el parto respetado y cuidado cariñoso y sensible del recién nacido.
- V. Que el artículo 20 literal a) del *Reglamento de la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido* establece que el personal de salud para la atención durante todo el trabajo de parto, brindará una atención respetuosa de la maternidad, de forma organizada y generalizada a todas las mujeres, manteniendo su dignidad, privacidad y confidencialidad, así mismo asegurando la integridad física y el buen trato, permitiéndole además tomar decisiones informadas, recibiendo el apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
- VI. Que en virtud de lo anterior se deben establecer las disposiciones técnicas para la práctica de inducción del trabajo de parto, el diagnóstico y manejo del embarazo pos término y muerte fetal con la finalidad de mejorar la calidad de atención de la mujer embarazada y su recién nacido.

Por tanto, en uso de las facultades legales, **acuerda** emitir los siguientes:

Protocolos para el manejo de la inducción del trabajo de parto, embarazo pos término y muerte fetal intrauterina

I. Introducción

La inducción del trabajo de parto constituye una intervención obstétrica frecuente, indicada cuando los beneficios maternos o fetales de finalizar la gestación superan los riesgos asociados a la continuación del embarazo. Los embarazos que continúan después de las 41 semanas de gestación están asociados con resultados adversos para la madre y para el bebé. Las mujeres embarazadas tienen más probabilidades de requerir intervenciones obstétricas como cesárea baja transversa cuando el embarazo continúa después de las 41 semanas¹.

La inducción del trabajo de parto solamente se recomienda cuando hay una clara indicación de que continuar el embarazo implicará mayor riesgo para la madre o para el bebé.

Los resultados de la Encuesta Mundial en Salud Materna y Perinatal fueron publicados en 2013 y mostraron que la prevalencia promedio de inducción del trabajo de parto fue de 10.5% a nivel mundial; las tasas más altas se observaron en algunos países asiáticos y latinoamericanos, siendo Sri Lanka la que registra la más alta con 35.5%. En cambio, los países africanos mostraron las tasas más bajas, como Nigeria con un 1.4%. El Reino Unido y los Estados Unidos, se situaron en un rango intermedio, con tasas de inducción del 20% y el 22% respectivamente².

La adecuada selección de la indicación médica para inducir el trabajo de parto, la correcta valoración del estado cervical, la elección del método de inducción y la vigilancia materno-fetal continua son determinantes fundamentales para garantizar resultados obstétricos favorables y reducir complicaciones como: hiperestimulación uterina, parto instrumentado, cesárea innecesaria y la morbilidad materna y neonatal.

Durante el 2025, el Ministerio de Salud reportó 873 cesáreas de primera vez por falla en la inducción, lo que representó 1 de cada 10 cesáreas. Esto representa un impacto significativo en la salud materno perinatal, ya que, la cesárea se asocia a mayor morbimortalidad para la mamá y su bebé. Al momento, no se cuenta con un protocolo para estandarizar el manejo de la inducción, incluyendo el embarazo pos término y la muerte fetal, por lo que la práctica a través de los hospitales y los centros de atención del SNIS no es homogénea. Por lo anterior, se vuelve necesario elaborar el presente protocolo el cual contiene las disposiciones técnicas para la práctica de inducción del trabajo de parto, el diagnóstico y manejo del embarazo pos término y la muerte fetal incluyendo su monitoreo, supervisión y evaluación.

¹ Caughey AB, Musci TJ. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.* 2004;103(1):57–62. doi:10.1097/01. AOG.0000109216.24211.D4

² Souza J, Gulmezoglu A, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet* 2013;381:1747–55

II. Objetivos

General

Establecer las disposiciones técnicas para la atención integral de la mujer embarazada durante la inducción del trabajo de parto, el manejo del embarazo pos término y la atención de la muerte fetal intrauterina.

Objetivos específicos

1. Determinar las indicaciones médicas para la inducción del trabajo de parto y estandarizar su manejo.
2. Especificar los criterios diagnósticos y de manejo del embarazo pos término, así como de la muerte fetal.
3. Establecer instrumentos estandarizados de monitoreo, supervisión y evaluación para garantizar el cumplimiento de los presentes protocolos.

III. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de los presentes protocolos el personal de salud de los diferentes niveles de atención del SNIS.

IV. Desarrollo de los Protocolos

A. Protocolo para la maduración cervical e inducción del trabajo de parto

1. Definición

La maduración cervical es una intervención dirigida a facilitar el proceso de ablandamiento, borramiento y dilatación del cuello.

La inducción del trabajo de parto se define como el proceso de estimular artificialmente (medicamente o mecánicamente) contracciones uterinas con el objetivo de lograr un parto vaginal, cuando el riesgo de continuar el embarazo sobrepasa el riesgo de la inducción³.

2. Indicaciones

Las indicaciones para la inducción del trabajo de parto y edad gestacional a las que se debe inducir están descritas en la Tabla 1.⁴ Además de las condiciones que se especifican en esta tabla, pueden existir otras o una combinación de ellas en las que deberá prevalecer el criterio médico o evaluación por medicina materno fetal.

La referencia al hospital deberá realizarse una semana antes de la edad gestacional a la que se debe de inducir.

³ Clinic Barcelona. Centre de Medicina Fetal – Neonatal. Protocolo: Maduración cervical e inducción del trabajo de parto. 2024.

⁴ ACOG. Practice bulletin N° 107: Induction of labor. Obstet Gynecol. 2009; 114 (2pt1):386

Tabla 1. Indicaciones para la inducción del trabajo de parto

Condiciones	Edad gestacional a la que se debe inducir (Semanas)
Condiciones maternas	
Diabetes gestacional A1 con metas glicémicas óptimas	39 a 40
Diabetes gestacional A2 compensada o A1 con metas glicémicas subóptimas	39
Diabetes gestacional A2 con metas glicémicas subóptimas	37 a 38
Diabetes pregestacional con metas glicémicas óptimas y sin macrosomía	39 a 39.6
Diabetes pregestacional con metas glicémicas subóptimas, enfermedad vascular o con antecedente de muerte fetal previa	36 a 38
Heredadas y adquiridas	39
Hipotiroidismo	40
Hipertiroidismo	40
Hipertensión arterial crónica sin tratamiento farmacológico	38 a 39.6
Hipertensión arterial crónica controlada con fármacos	37 a 39
Hipertensión arterial crónica de difícil control	34 a 36.6
Epilepsia	40 a 40.6
Colestasis intrahepática del embarazo	36 a 37
Edad materna mayor a 40 años	40
Obesidad (IMC inicial mayor o igual a 30 kg/m ²)	40
Cesárea previa con deseo de prueba de parto vaginal	40 a 41
Preeclampsia sin signos de gravedad o Hipertensión gestacional	37
Preeclampsia con signos de gravedad**	34
Condiciones fetales	
Oligohidramnios idiopático (VVM menor a 2 o ILA menor a 5 cm)	36 a 37.6
Polihidramnios idiopático leve a moderado (VVM de 8 a 15.9 cm o ILA de 24 a 34.9 cm)	39 a 40
Polihidramnios idiopático severo (VVM mayor o igual a 16 cm o ILA mayor o igual a 35 cm)	37
CIR con flujometría normal y peso fetal estimado entre el percentil 3 y 10 (Pequeño para edad gestacional)	38 a 39
CIR con flujometría normal y peso fetal estimado abajo del percentil 3	37
Antecedente de muerte fetal	39 a 40
Edad gestacional	41
Embarazo gemelar mono coriónico - di amniótico ambos cefálicos	36 a 36.6
Embarazo gemelar di coriónico - di amniótico ambos cefálicos	38 a 38.6
Consulta reiterativa (dos o más consultas) por disminución de movimientos fetales	37
Pruebas de bienestar alteradas según lo establecido en los "Protocolos para la interpretación de pruebas de bienestar fetal anteparto e intraparto".	

Fuente: ACOG. Practice bulletin N° 107: Induction of labor. Obstet Gynecol. 2009; 114 (2pt1):386

**Cumplir con los Protocolos para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia.

3. Contraindicaciones para maduración/inducción del trabajo de parto

La inducción del trabajo de parto está contraindicada en las siguientes condiciones:

- a) Cesárea anterior vertical o T invertida.
- b) Cirugía uterina que compromete el endometrio.
- c) Ruptura uterina previa.
- d) Antecedente de desgarro perineal grado III o IV.
- e) Infección activa por herpes genital, no contraindica inducción con muerte fetal.
- f) Placenta previa o vasa previa.
- g) Prolapso de cordón.
- h) Feto transverso o podálico con feto vivo. La presentación podálica no contraindica inducción en casos de muerte fetal. En caso de situación transversa, tampoco se contraindica la inducción en muerte fetal si el peso fetal es menor a 800 g.
- i) Cáncer cervical invasivo.
- j) Monitoreo fetal electrónico categoría II o III.

3. Generalidades

Previo al proceso de maduración e inducción el personal de salud del SNIS debe realizar las siguientes acciones:

- a) Ingreso hospitalario.
- b) Historia clínica y examen físico completo.
- c) Llenado de consentimiento informado en el que se especifique la indicación de la inducción y los posibles riesgos.
- d) Calcular edad gestacional (EG) y fecha probable de parto (FPP) de la siguiente forma:
 - ✓ Regla de Naegele: a la fecha de última regla (FUR) sumarle 7 días y restarle 3 meses.
 - ✓ Por ecografía: se calculará la EG y FPP por ultrasonido cuando la variación con la FUR sea mayor a lo descrito en la siguiente tabla:

Tabla 2. Variaciones de FPP por FUR y ecografía

Edad gestacional a la que se toma el ultrasonido	Variación con FUR
Menor de 9 semanas	5 días
9 a 15.6 semanas	7 días
16 a 21.6 semanas	10 días

Fuente: American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No 700: Methods for Estimating the Due Date. *Obstet Gynecol* 2017; 129:e150.

- e) Al examen físico determinar: presentación fetal y características del cérvix para el cálculo del puntaje de Bishop (Tabla 3), dejando constancia de la evaluación en expediente clínico formato papel o digital.

Tabla 3. Puntaje de Bishop

	0	1	2	3
Dilatación (cm)	Cerrado	1 a 2	3 a 4	Mayor o igual 5 a 6
Borramiento	0 a 30%	40 a 50%	60 a 70%	Mayor o igual a 80%
Estación	-3	-2	-1,0	+1, +2
Consistencia cervical	Firme	Intermedio	Blando	
Posición del cérvix	Posterior	Medio	Anterior	

Fuente: Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol* 1964; 24:266

- f) Realizar monitoreo fetal electrónico previo a la decisión de iniciar prostaglandinas u oxitocina.
- g) No se debe iniciar prostaglandinas ni oxitocina para inducción del trabajo de parto si se reporta NST no reactivo o monitoreo fetal electrónico categoría II o III.
- h) Tampoco debe iniciarse prostaglandinas u oxitocina si se reportan 3 o más contracciones dolorosas en 10 minutos.

5. Maduración cervical

La maduración cervical está indicada, previo al uso de oxitocina, cuando el puntaje de Bishop es menor o igual a 6, con el objetivo de incrementar la probabilidad de parto vaginal.

Las técnicas para maduración cervical son:

- a) Técnicas mecánicas: balones intracervicales.
- b) Técnicas farmacológicas: uso de prostaglandinas.

Ambas son opciones efectivas, salvo que la mujer tenga una contraindicación para el uso de un agente o técnica específica; por lo tanto, la elección de la técnica de maduración cervical debe basarse en preferencias de la mujer embarazada y consignar en el expediente clínico la decisión.

5.1 Técnicas mecánicas

La inserción de balones o catéter Foley entre el canal endocervical y el espacio extra amniótico es un método de maduración cervical. El balón debe ser insuflado con 30 a 80 mL de solución salina (Anexo 1). El uso de tensión con peso (por ejemplo: atar el extremo del catéter a un litro de suero o pegar el extremo de la sonda al muslo con esparadrapo) puede ser utilizado, sin embargo no hay evidencia que se reduzca el tiempo del trabajo de parto con su uso. Si utiliza tensión, esta no debe ser excesiva⁵.

El balón o catéter Foley debe ser colocado hasta su expulsión, si no se expulsa debe retirarse a las 12 horas después de la inserción.

El balón intracervical puede utilizarse concomitantemente con oxitocina.

⁵ de Vaan MD, Ten Eikelder ML, Jozwiak M, Palmer KR, Davies-Tuck M, Bloemenkamp KW, Mol BWJ, Boulvain M Cochrane Database Syst Rev. 2023;3(3):CD001233. Epub 2023 Mar 30.

Condiciones a considerar para maduración cervical con técnicas mecánicas:

- a) **Placenta de inserción baja:** es una contraindicación relativa, su uso debe ser individualizado, según la presencia o no de sangrado vaginal.
- b) **Ruptura de membranas:** se sugiere no realizarla, sin embargo no es una contraindicación absoluta. En los casos que ya esté colocado el balón y se presente ruptura de membranas espontánea, se sugiere retirarlo e iniciar oxitocina.
- c) **Corioamnionitis con membranas íntegras:** No es una contraindicación absoluta, puede utilizarse. En los casos cuando ya esté colocado el balón y se presente ruptura de membranas espontánea, se sugiere retirarlo e iniciar oxitocina.

5.2 Secuencia de intervenciones para la maduración cervical

- a) Con la mujer embarazada en posición de litotomía, se debe colocar espéculo.
- b) Realizar asepsia con tres torundas con solución aséptica sin alcohol, en el orificio cervical externo, dirigiendo las torundas del centro hacia la parte más externa del cuello, incluyendo el tercio superior de la vagina.
- c) Con una pinza de anillo, introducir la punta del catéter hasta que sobrepase el orificio cervical interno.
- d) Mientras se sostiene la sonda con la pinza de anillo, se debe insuflar el balón con 30 a 80 mL de solución salina.
- e) Realizar una ligera tracción para que el balón intracervical quede colocado en el orificio cervical interno.
- f) Se debe realizar monitoreo fetal electrónico durante 30 minutos posterior a la inserción del catéter.

5.3 Técnicas farmacológicas

Las contraindicaciones para el uso de prostaglandinas son:

- a) Alergia a las prostaglandinas.
- b) Cesárea previa o cirugía uterina que comprometa endometrio (miomectomía intramural, cirugía uterina para corrección de malformaciones congénitas, entre otras).

Consideraciones para el uso de prostaglandinas:

- a) Previo a la administración de misoprostol se debe verificar la frecuencia de contracciones uterinas y realizar monitoreo fetal electrónico. Si se reportan 3 o más contracciones dolorosas en 10 minutos, no administrar la dosis y reevaluar en 4 horas⁶.
- b) Posterior a la administración de misoprostol se debe mantener monitoreo fetal electrónico continuo durante 30 minutos.
- c) Si posterior a completar el esquema de maduración cervical con prostaglandinas, siempre se encuentra el cérvix no favorable, se puede optar por continuar la maduración cervical con un método mecánico.
- d) La dosis indicada de misoprostol para maduración cervical son 50 microgramos cada 4 horas vía oral (diluir una tableta de 200 microgramos en 200 mL de agua y administrar 50 mL cada dosis, la dilución dura 24 horas). En caso de contar con tabletas de 50 microgramos, administrar la tableta vía oral sin diluir. Las vías sublingual y bucal están contraindicadas en embarazo con feto vivo⁷.

⁶ Clinical Insights for Cervical Ripening and Labor Induction Using Prostaglandins. Pierce S, Bakker R, Myers DA, Edwards RK. AJP Rep. 2018;8(4):e307. Epub 2018 Oct 29.

⁷ Oral, rectal, and vaginal pharmacokinetics of misoprostol. Khan RU, El-Refaey H, Sharma S, Sooranna D, Stafford M. Obstet Gynecol. 2004;103(5 Pt 1):866.

- e) El uso de misoprostol vaginal incrementa la probabilidad de un parto vaginal en las próximas 24 horas pero aumenta el riesgo de hiperestimulación uterina con cambios adversos de la frecuencia cardiaca fetal.

El misoprostol se debe administrar según el esquema descrito en la tabla 4.

Tabla 4. Esquema del uso de misoprostol para maduración cervical

Día 1	Hora Cero	Primera dosis de prostaglandinas	
		1.	Realizar nota de evolución que comprenda historia clínica y examen físico completo incluyendo score de Bishop
	30 minutos	2.	Monitoreo fetal electrónico y verificar actividad uterina
		3.	Si el estado fetal es alentador y no hay presencia de 3 o más contracciones dolorosas: administrar 50 microgramos de misoprostol por vía oral
	4 horas	4.	Mantener monitoreo fetal continuo y consignar en el expediente la lectura de los últimos 10 minutos
		Segunda dosis de prostaglandinas	
30 minutos	1.	Realizar nota de evolución que comprenda historia clínica y examen físico completo incluyendo score de Bishop	
	2.	Monitoreo fetal electrónico y verificar actividad uterina	
4 horas	3.	Si el estado fetal es alentador y no hay presencia de 3 o más contracciones dolorosas: administrar 50 microgramos de misoprostol por vía oral	
	4.	Mantener monitoreo fetal continuo y consignar en el expediente la lectura de los últimos 10 minutos	
Día 2	Hora Cero	Tercera dosis de prostaglandinas	
		1.	Realizar nota de evolución que comprenda historia clínica y examen físico completo incluyendo score de Bishop
	30 minutos	2.	Monitoreo fetal electrónico y verificar actividad uterina
		3.	Si el estado fetal es alentador y no hay presencia de 3 o más contracciones dolorosas: administrar 50 microgramos de misoprostol por vía oral
4 horas	4.	Mantener monitoreo fetal continuo y consignar en el expediente la lectura de los últimos 10 minutos	
	Cuarta dosis de prostaglandinas		
Día 2	Hora Cero	1.	Realizar nota de evolución que comprenda historia clínica y examen físico completo incluyendo score de Bishop
		2.	Monitoreo fetal electrónico y verificar actividad uterina
	3.	Si el estado fetal es alentador y no hay presencia de 3 o más contracciones dolorosas: administrar 50 microgramos de misoprostol por vía oral	
30 minutos	4.	Mantener monitoreo fetal continuo y consignar en el expediente la lectura de los últimos 10 minutos	
	Quinta dosis de prostaglandinas		
4 horas	1.	Realizar nota de evolución que comprenda historia clínica y examen físico completo incluyendo score de Bishop	
	2.	Monitoreo fetal electrónico y verificar actividad uterina	
30 minutos	3.	Si el estado fetal es alentador y no hay presencia de 3 o más contracciones dolorosas: administrar 50 microgramos de misoprostol por vía oral	
	4.	Mantener monitoreo fetal continuo y consignar en el expediente la lectura de los últimos 10 minutos	

	30 minutos	4. Mantener monitoreo fetal continuo y consignar en el expediente la lectura de los últimos 10 minutos
	4 horas	Sexta dosis de prostaglandinas
		1. Realizar nota de evolución que comprenda historia clínica y examen físico completo incluyendo score de Bishop 2. Monitoreo fetal electrónico y verificar actividad uterina 3. Si el estado fetal es alentador y no hay presencia de 3 o más contracciones dolorosas: administrar 50 microgramos de misoprostol por vía oral
	30 minutos	Mantener monitoreo fetal continuo y consignar en el expediente la lectura de los últimos 10 minutos
	4 horas	1. Si el score de Bishop es mayor a 6: iniciar oxitocina 2. Si el score de Bishop es menor o igual a 6: colocar balón intracervical más oxitocina u oxitocina sola

Fuente: ACOG Practice Bulletin N° 107: Induction of labor, Obstet Gynecol. 2009;114 (2 Pt 1):386

Se debe mantener monitoreo fetal electrónico entre dosis. Se debe iniciar maduración cervical en los horarios que cuenten con médico obstetra, en el caso de no contar debe de ser evaluado por médico residente de obstetricia de mayor jerarquía; y en caso de no contar con especialista, referir al centro de atención con capacidad resolutive.

Idealmente deben cumplirse las 6 dosis de misoprostol cada 4 horas de forma continua sin interrupción, en los casos que no se cuenten con obstetra las 24 horas y que la condición materna o fetal lo permita, las dosis se pueden dividir en dos días.

Se debe individualizar cada caso según capacidad instalada.

6. Inducción del trabajo de parto

6.1 Consideraciones para el uso de oxitocina

- a) La inducción con oxitocina está indicada cuando el cuello es favorable (score de Bishop es mayor a 6). En caso que se hayan completado las 6 dosis de prostaglandinas y el cuello persista con score de Bishop es menor o igual a 6, se puede colocar balón intracervical más oxitocina u oxitocina sola⁸.
- b) Se debe realizar monitoreo fetal electrónico previo a la administración de oxitocina y no se debe administrar si el monitoreo fetal electrónico es categoría II o III o ya tiene de 3 a 5 contracciones en 10 minutos.
- c) No se debe iniciar oxitocina hasta 4 horas posterior a la última dosis de misoprostol.
- d) En las mujeres con maduración cervical con balón intracervical, la oxitocina se puede utilizar desde la colocación o al momento de la expulsión del balón.
- e) La dosificación de oxitocina debe incrementarse hasta obtener de 3 a 5 contracciones de 45 a 60 segundos en 10 minutos. Una vez alcanzada esta cantidad de contracciones no se debe incrementar la infusión de oxitocina.
- f) Las mujeres embarazadas en inducción con oxitocina se ven beneficiadas de la amniotomía, por lo que esta debe de realizarse cuando sea posible, dejando constancia en el expediente la justificación para realizarla.
- g) Las mujeres embarazadas en inducción con oxitocina deben mantener monitoreo fetal electrónico de forma continua.

⁸ Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with an unfavorable cervix. Osmundson S, Ou-Yang RJ, Grobman WA. Obstet Gynecol. 2011;117(3):583.

- h) En el caso de ruptura prematura de membranas, la inducción se debe realizar con oxitocina independientemente del puntaje de Bishop, según lo establecido en los *"Protocolos para la prevención, diagnóstico y manejo de la amenaza de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas"*.

6.2 Dosis de oxitocina

La dosis de oxitocina debe administrarse vía endovenosa de la siguiente manera: 2.5 miliUnidades/min, incrementando 2.5 miliUnidades/min cada 30 minutos (diluir 1 ampolla de oxitocina de 5 UI/mL en 250 mL de SSN, infundir a 7.5 mL/h en bomba de infusión continua; incrementando 7.5 mL/h cada 30 minutos). La dosis máxima de oxitocina son 40 miliUnidades/min⁹ que equivalen a 120 mL/h.

6.2.1 Efectos adversos

- Taquistolia: se define como más de 5 contracciones en un periodo de 10 minutos.
Manejo: suspender oxitocina, si el monitoreo fetal es categoría II o III se deben dar medidas de resucitación intrauterina que incluya tocólisis como lo establecido según los *"Protocolos para la interpretación de pruebas de bienestar fetal anteparto e intraparto"*.
- Hipotensión.
- Hiponatremia.
- Prolongación del intervalo QT.

Inducción fallida

Se considerará cuando no hay progresión en la dilatación y borramiento luego de 18 de horas de oxitocina con ruptura de membranas o 24 horas sin ruptura de membranas, siempre y cuando el estado materno y fetal lo permita. El tiempo de maduración cervical no forma parte del periodo inducción del trabajo de parto.¹¹

7. Maduración e inducción en cesárea previa

En mujeres con cesárea previa que desean prueba de parto vaginal se debe realizar el proceso de maduración/inducción de la siguiente manera:

- En mujeres embarazadas con cérvix no favorable se debe utilizar la combinación de balón intracervical y oxitocina a las dosis ya descritas previamente. Al expulsar el balón valorar amniotomía.
- En mujeres embarazadas con cérvix favorable se debe utilizar la combinación de oxitocina y amniotomía.

B. Protocolo para el diagnóstico y manejo del embarazo de término tardío

El embarazo de término tardío se define como una edad gestacional de 41 semanas a 41.6 semanas.

El embarazo pos término o embarazo prolongado se define como una edad gestacional mayor o igual a 42 semanas.¹¹

⁹ Improving patient safety and uniformity of care by a standardized regimen for the use of oxytocin. Hayes EJ, Weinstein L. Am J Obstet Gynecol. 2008;198(6):622.e1.

¹⁰ First and Second Stage Labor Management: ACOG Clinical Practice Guidelines N.º 8. Obstet Gynecol. 2024;143(1):144

¹¹ ACOG Committee Opinion N.º 579: Definition of term pregnancy. Obstet Gynecol. 2013; 122 (5): 1139

El diagnóstico de embarazo tardío y embarazo pos término se basa en una adecuada estimación de la fecha probable de parto, según lo descrito en el A. Protocolo para la maduración cervical e inducción del trabajo de parto, tema 3.Generalidades, de los presentes protocolos.

Debido a que la morbilidad perinatal se incrementa a partir de las 41 semanas, los embarazos entre las 40 a 40.6 semanas deben ser manejados de la siguiente forma:

- a) Prueba sin estrés (NST, por sus siglas en inglés *Non-Stress Test*) más ultrasonido para medida de índice de líquido amniótico (ILA) o ventana vertical máxima (VVM) a las 40 semanas.
- b) En caso que el NST se encuentre reactivo y no se evidencie oligohidramnios (ILA menor a 5 cm o VVM menor a 2 cm), se citará para NST control a las 40.4 semanas.
- c) Si ese NST control se encuentra reactivo, se citará a las 41 semanas a ingreso para maduración cervical/inducción.
- d) Si las pruebas de bienestar fetal en alguna evaluación se encuentran anormales, ingresar para finalización del embarazo según corresponda.

Lo anterior es según lo establecido en los “*Protocolos para la atención de la mujer en los períodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido*”, vigente.

El personal de salud del SNIS ante el diagnóstico de embarazo tardío o embarazo pos término debe inducir el trabajo de parto según lo establecido en el presente protocolo.

C. Protocolo para el manejo de la muerte fetal intrauterina

1. Definiciones

- a) La muerte fetal es definida como la muerte intrauterina que ocurre en un feto mayor a 500 g.¹²
- b) La muerte fetal ante parto es la muerte que ocurre antes del inicio de trabajo de parto.
- c) La muerte fetal intraparto se define como la muerte posterior al inicio de trabajo de parto.

2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo de muerte fetal se especifican en la tabla 5.

Tabla 5. Factores de riesgo de muerte fetal

Maternos	Fetales
Determinantes sociales (violencia, madre soltera, situación económica)	Gestación múltiple
Extremos de edad (adolescentes y mujeres mayores de 35 años)	Feto de sexo masculino
Paridad (nuliparidad y paridad mayor o igual a 3)	Aloinmunización
Antecedente de muerte fetal	Embarazo pos término
Antecedente de prematuro o pequeño para edad gestacional	Malformaciones fetales
Enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, enfermedad renal crónica, hipo e hipertiroidismo)	Crecimiento intrauterino restringido
Colagenopatías (síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos, trombofilias, lupus)	

¹² Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation. World Health Organization. 2022.

Obesidad	
Colestasis intrahepática del embarazo	
Anomalías uterinas	
Técnicas de reproducción asistida	
Uso de drogas	

Fuente: Management of Stillbirth: Obstetric Care Consensus No. 10. Obstet Gynecol. 2020;135(3):e110.

3. Diagnóstico

Ante la ausencia de frecuencia cardíaca fetal a través de la auscultación por Doppler se debe sospechar muerte fetal. Ante la sospecha de muerte fetal, el personal de salud del SNIS, debe de realizar un ultrasonido obstétrico para confirmar la ausencia de actividad cardíaca fetal y debe acompañar en todo momento a la mujer embarazada según lo establecido en los *"Lineamientos técnicos para la atención psicosocial en duelo perinatal y primera infancia"*, vigentes.

En caso que no se ausculte frecuencia cardíaca fetal en un establecimiento de Primer Nivel de Atención, se debe referir de manera inmediata al hospital más cercano para realizar el ultrasonido.

4. Manejo

Ante la confirmación de muerte fetal, el personal de salud del SNIS debe cumplir los siguientes pasos:

- a) Ingreso hospitalario.
- b) Llenar formato único de consentimiento informado.
- c) Corroborar signos vitales maternos cada hora en la fase activa del trabajo de parto.
- d) Tomar los siguientes exámenes de laboratorio:
Hemograma, tipo Rh, glicemia, prueba de VIH y Sífilis (si no cuenta con el reporte en la tarjeta de controles prenatales), Coombs indirecto (si el factor Rh es negativo).
- e) Se debe cumplir lo establecido en los *"Lineamientos técnicos para la atención psicosocial en duelo perinatal y primera infancia"*. Vigentes.

5. Muerte fetal antes de las 24 semanas

En los casos de muerte fetal antes de las 24 semanas de gestación, se debe realizar inducción con prostaglandinas a la siguiente dosis:

- a. Misoprostol 400 µg bucal, sublingual o vía vaginal cada 3 horas hasta el nacimiento. Si luego de 5 dosis no se completa el nacimiento, se pueden seguir administrando dosis adicionales o hacer una pausa durante 12 horas y volver a comenzar hasta el nacimiento.
- b. En los casos de retención placentaria o alumbramiento placentario incompleto, se debe realizar extracción manual de placenta o legrado digital en sala de operaciones. Si la placenta alumbrada de forma completa, no es necesario realizar ninguna intervención.

6. Muerte fetal después de las 24 semanas

En los casos de muerte fetal después de las 24 semanas de gestación se debe inducir el trabajo de parto, sin embargo el peso fetal estimado es más importante que la edad gestacional en el momento del diagnóstico.

- a) En mujeres embarazadas con características cervicales favorables (score de Bishop mayor a 6 puntos), administrar la dosis estándar de oxitocina descrita en el apartado *"Inducción del trabajo de parto"*.

- b) En mujeres embarazadas con características cervicales no favorables (score de Bishop menor o igual a 6 puntos), se debe administrar misoprostol a las dosis establecidas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO):
- ✓ De 25 a 27.6 semanas: Misoprostol 200 µg bucal, sublingual o vía vaginal cada 4 horas hasta el nacimiento.
 - ✓ Mayor o igual a 28 semanas: Misoprostol 50 a 100 µg cada 2 horas vía oral hasta el nacimiento.
 - ✓ Si la altura uterina es menor a la edad gestacional, se deben utilizar las dosis según el tamaño uterino.

El período de nacimiento promedio es de 10 a 11 horas, sin embargo si el nacimiento no ocurre en las primeras 24 horas de inducción, se debe repetir el protocolo de maduración cervical por segunda vez al día siguiente.

Tomar en cuenta que el misoprostol puede presentar los siguientes efectos secundarios:¹³

- a) Más del 10%: dolor abdominal y diarrea.
- b) Del 1 al 10%: estreñimiento, flatulencias, náuseas, vómitos y cefalea.
- c) Menos del 1%: alteración de la función hepática, anafilaxis y fiebre.

7. Condiciones especiales

- a) Placenta previa: El personal de salud del SNIS ante el diagnóstico de muerte fetal y placenta previa debe realizar cesárea baja transversa en embarazos mayores a 24 semanas de gestación.

- b) Cesárea previa:

En mujeres con cesárea previa y muerte fetal menor a 28 semanas se debe realizar inducción del trabajo de parto con misoprostol a las siguientes dosis:

- ✓ Menor a 24 semanas: Misoprostol 400 µg bucal, sublingual o vía vaginal cada 3 horas hasta el nacimiento.
- ✓ De 25 a 27.6 semanas: Misoprostol 200 µg bucal, sublingual o vía vaginal cada 4 horas hasta el nacimiento.

En mujeres con cesárea previa y embarazos mayores a 28 semanas con cérvix desfavorable (Bishop menor a 6 puntos) se debe realizar maduración cervical con balón cervical y posteriormente iniciar la inducción con oxitocina.

V. Monitoreo, supervisión y evaluación

Para el cumplimiento de los presentes protocolos todas las instituciones del SNIS, realizarán adecuación de procesos encaminados a mejorar la atención de las mujeres embarazadas a las que se les debe de realizar inducción del trabajo de parto o diagnóstico de embarazo pos término y muerte fetal.

1.1 Nivel Superior

1.1.1 Unidad Materno Perinatal

- a) Socializar las disposiciones técnicas de los presentes protocolos.
- b) Brindar acompañamiento y asistencia técnica a los diferentes niveles de atención sobre los presentes protocolos.
- c) Elaboración de indicadores pertinentes a los presentes protocolos.

¹³ Alfrevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD001338. doi:10.1002/14651858.CD001338.pub3

- d) Guiar la revisión y actualización de los presentes protocolos.
- e) Realizar la evaluación nacional en la sala situacional nacional una vez al año.

1.1.2 Dirección Nacional de Hospitales

- a) Designar un referente nacional materno perinatal quien será el responsable del cumplimiento, monitoreo y supervisión de los presentes protocolos.
- b) Garantizar que las direcciones de los hospitales designen un referente materno para vigilar el cumplimiento de los presentes protocolos.
- c) Presentar en la sala situacional nacional el análisis de la información relacionada con la implementación de los presentes protocolos cuando sean requeridos.
- d) Realizar monitoreo y supervisión de acuerdo al Anexo 2 de los presentes protocolos.
- e) Acompañar a las salas situacionales regionales cuando sean requeridos.

1.1.3 Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención

- a) Designar un referente nacional materno perinatal quien será el responsable del cumplimiento, monitoreo y supervisión de los presentes protocolos.
- b) Garantizar que las direcciones regionales, SIBASI, establecimientos de salud y centros de espera materna designen un referente materno para vigilar el cumplimiento de los presentes protocolos.
- c) Socializar los presentes protocolos a las direcciones regionales.
- d) Presentar en la sala situacional nacional el análisis de la información relacionada con la implementación de los presentes protocolos cuando sean requeridos.
- e) Acompañar a las salas situacionales regionales y brindar asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de los presentes protocolos.

1.1.3.1 Nivel Regional

Los referentes regionales materno perinatales, serán los responsables de las siguientes actividades:

- a) Socializar los presentes protocolos con los SIBASI bajo su responsabilidad.
- b) Coordinar con los diferentes actores del SNIS la socialización a través de las microrredes.
- c) Realizar monitoreo, asistencia técnica, supervisión y seguimiento a los SIBASI bajo su responsabilidad.
- d) Realizar monitoreo y supervisión de acuerdo al Anexo 2 de los presentes protocolos.

1.1.3.2 SIBASI

Las coordinaciones de SIBASI deben cumplir lo siguiente:

- a) Socializar con los referentes de atención materna de las diferentes unidades de salud y centros de espera materna, de su área geográfica de influencia, los presentes protocolos.
- b) Supervisar el cumplimiento de los presentes protocolos en las diferentes unidades de salud y centros de espera materna de su área geográfica de acuerdo al Anexo 2 de los presentes protocolos.

1.1.3.3 Establecimientos del Primer Nivel de Atención

Las direcciones de cada una de las unidades de salud y la coordinación de los centros de espera materna, será el responsable de las siguientes actividades:

- a) Delegar un referente materno perinatal de acuerdo a capacidad instalada que será el responsable del cumplimiento de los presentes protocolos.

2. Instituciones integrantes del SNIS

El MINSAL como ente rector en coordinación con las instituciones del SNIS, debe realizar análisis y evaluación de resultados en la implementación de los presentes protocolos.

Cada institución del SNIS deberá cumplir lo siguiente:

- a) Nombrar coordinadores nacionales quienes serán los responsables de vigilar el cumplimiento de los presentes protocolos al interior de su institución.
- b) Participar en la sala situacional nacional.
- c) Realizar revisión de expedientes conforme al Anexo 2 de los presentes protocolos.

3. Instrumento estandarizado para el monitoreo

Las instituciones del SNIS, deben:

- a) Utilizar el instrumento estandarizado para el monitoreo y supervisión (Anexo 2).
- b) Desarrollar planes de mejora en función de las capacidades operativas de cada institución.
- c) El jefe de cada área deberá monitorear de acuerdo a lo estipulado en el instrumento de monitoreo y supervisión (Anexo 2).

VI. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal de los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud, dar cumplimiento a los presentes protocolos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los presentes protocolos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en los presentes protocolos se resolverá a petición de la parte solicitante, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

VII. Vigencia

Los presentes protocolos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Comuníquese,

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular official seal. The seal features the coat of arms of El Salvador and the text 'MINISTERIO DE SALUD' at the top and 'REPUBLICA DE EL SALVADOR' at the bottom.

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud Ad honorem

VIII. Referencias bibliográficas

1. Caughey AB, Musci TJ. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.* 2004;103(1):57–62. doi:10.1097/01.AOG.0000109216.24211.D4
2. Souza J, Gulmezoglu A, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet* 2013;381:1747-55
3. Clinic Barcelona. Centre de Medicina Fetal – Neonatal. Protocolo: Maduración cervical e inducción del trabajo de parto. 2024.
4. ACOG. Practice bulletin N° 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol.* 2009; 114 (2pt1):386
5. de Vaan MD, Ten Eikelder ML, Jozwiak M, Palmer KR, Davies-Tuck M, Bloemenkamp KW, Mol BWJ, Bouvain M *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;3(3):CD001233. Epub 2023 Mar 30.
6. Clinical Insights for Cervical Ripening and Labor Induction Using Prostaglandins. Pierce S, Bakker R, Myers DA, Edwards RK. *AJP Rep.* 2018;8(4): e307. Epub 2018 Oct 29.
7. Oral, rectal, and vaginal pharmacokinetics of misoprostol. Khan RU, El-Refaey H, Sharma S, Sooranna D, Stafford M. *Obstet Gynecol.* 2004;103(5 Pt 1):866.
8. Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with an unfavorable égime. Osmundson S, Ou-Yang RJ, Grobman WA. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):583.
9. Improving patient safety and uniformity of care by a standardized égimen for the use of oxytocin. Hayes EJ, Weinstein L. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(6):622.e1.
10. First and Second Stage Labor Management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. *Obstet Gynecol.* 2024;143(1):144.
11. ACOG Committe Opinion N.º 579: Definition of term pregnancy. *Obtet Gynecol.* 2013; 122 (5): 1139
12. Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation. World Health Organization. 2022.
13. Alfirevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(6):CD001338. doi:10.1002/14651858.CD001338.pub3
14. Alijotas-Reig J, Esteve-Valverde E, Anunciación-Llunell A, et al. Pathogenesis, Diagnosis and Management of Obstetric Antiphospholipid Syndrome: A Comprehensive Review. *J Clin Med* 2022; 11.
15. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid* 2017; 27:315.
16. Alvestad S, Husebye ESN, Christensen J, et al. Folic Acid and Risk of Preterm Birth, Preeclampsia, and Fetal Growth Restriction Among Women With Epilepsy: A Prospective Cohort Study. *Neurology* 2022; 99:e605.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No 700: Methods for Estimating the Due Date. *Obstet Gynecol* 2017; 129:e150.
18. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol* 1964; 24:266
19. Bicocca MJ, Qureshey EJ, Chauhan SP, et al. Semiquantitative Assessment of Amniotic Fluid Among Individuals With and Without Diabetes Mellitus. *J Ultrasound Med* 2022; 41:447.

20. Estin ML, Campbell AIK, Watkins VY, et al. Risk of stillbirth in United States patients with diagnosed intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2023; 229:453.e1.
21. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol* 2020; 135:e237. Reaffirmed 2023.
22. Hou L, Wang X, Hellerstein S, et al. Delivery mode and perinatal outcomes after diagnosis of oligohydramnios at term in China. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020; 33:2408.
23. Lo JC, Rivkees SA, Chandra M, et al. Gestational thyrotoxicosis, antithyroid drug use and neonatal outcomes within an integrated healthcare delivery system. *Thyroid* 2015; 25:698.
24. Lisonkova S, Muraca GM, Potts J, et al. Association Between Prepregnancy Body Mass Index and Severe Maternal Morbidity. *JAMA* 2017; 318:1777.
25. Management of Stillbirth: Obstetric Care Consensus No. 10. *Obstet Gynecol*. 2020;135(3): e110.
26. Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies: ACOG Practice Bulletin, Number 231. *Obstet Gynecol* 2021; 137:e145
27. Society of Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee. Electronic address: pubs@smfm.org. SMFM Statement: Pharmacological treatment of gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218:B2.
28. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, Martins JG, Biggio JR, Abuhamad A. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction: (Replaces Clinical Guideline Number 3, April 2012). *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223:B2.

IX. Anexos

Anexo 1

Inserción de sonda Foley para maduración cervical



Balón de maduración cervical

El balón de maduración cervical está indicado para la dilatación mecánica del canal cervical antes de la inducción del parto a término cuando el cuello uterino es desfavorable para la inducción.

Diseñado para un solo uso.

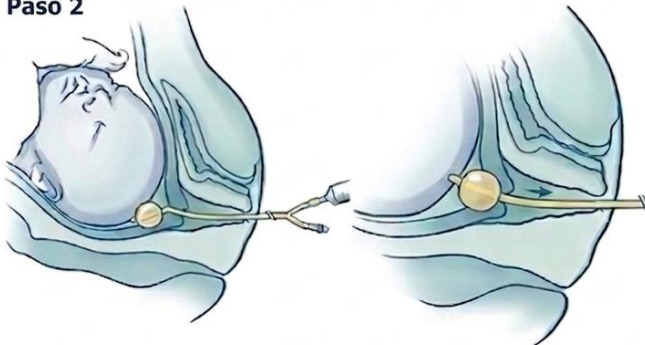
- Totalmente de silicona, no contiene látex
- Dilatación mecánica gradual
- Fácil de insertar y retirar

Paso 1



Inserte el balón de maduración cervical a través del cuello hasta que haya entrado en el canal cervical

Paso 2



Infle el balón uterino con 30 a 80 ml de solución salina. Realizar una ligera tracción para que el balón intracervical quede colocado en el orificio cervical interno.

Fuente: Ministerio de Salud, 2026.

Anexo 2



MINISTERIO
DE SALUD

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez Instrumento de monitoreo y supervisión de la inducción del trabajo de parto, embarazo pos término y muerte fetal

I. Objetivo

Realizar el monitoreo y supervisión de la inducción del trabajo de parto, embarazo pos término y muerte fetal.

II. Identificación

Institución: _____

Supervisor: _____ Fecha: _____

Establecimiento: _____

Región: _____

Fecha y hora de evaluación: _____

Evaluador: _____

III. Desarrollo

Intervención	Si	No
Se llenó formato único de consentimiento informado explicando la indicación de la inducción y los posibles riesgos		
Se realizó tacto vaginal previa indicación de maduración cervical y se dejó constancia del índice de Bishop en expediente clínico		
Se registró en expediente clínico NST o MFE previo a la colocación de prostaglandinas, balón cervical u oxitocina		
Se registró en expediente clínico NST o MFE posterior a la administración de prostaglandinas según lo establecido en los protocolos		
Se indicó misoprostol vía oral cada 4 horas según lo establecen los presentes protocolos		
Se utilizó oxitocina a la dosificación y tiempo establecido en los presentes protocolos		
En caso de muerte fetal se indicó misoprostol a la dosis establecida según la edad gestacional		

IV. Observaciones

El manejo fue según lo recomendado: Si No

Si la respuesta es "No", explique por qué:

Firma de evaluador: _____