

Ministerio de Salud
Hospital Nacional "Dos de Mayo"



N° 275 -2022/D/HNDM

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Cada copia debe ser vistada

10 ENE 2023

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
OFICINA DE ESTADÍSTICA
11 ENE 2023
SECRETARÍA
Hora: 10:07

Resolución Directoral

Sr. Hugo Armando VALERDE
FEDATARIO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
EQUIPO DE TRABAJO DE INFORMATICA
12 ENE 2023
RECEPCION
HORA: 8:23 FIRMA: [Firma]

Lima, 30 de Diciembre de 2022

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 45960-2022, que contiene el proyecto de Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de Embarazo a Término Tardío y Embarazo Prolongado, del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco - Obstetricia, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar, de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó el Documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el MINSA, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, el numeral 6.1.3 del citado Documento Normativo, define a la Guía Técnica como: "El documento normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y a desarrollo de una buena práctica. (...). Cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC), y en este caso contiene recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica aplicable, desarrolladas sistemáticamente de modo que orienten y faciliten el proceso de toma de decisiones para un apropiada y oportuna atención de salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V0.1: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", con la finalidad de contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"

10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA

en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, la precitada norma, describe a la Guía de Práctica Clínica (GPC) como: "(...) un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica";

Que, el literal f) del artículo 63° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado con Resolución Ministerial N° 696-2008-/MINSA, señala que el Departamento de Gineco-Obstetricia tiene entre sus funciones: "Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica gineco-obstetricia orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz";

Que, el proyecto de Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de Embarazo a Término Tardío y Embarazo Prolongado, del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco - Obstetricia, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", tiene por objetivo general disminuir los riesgos que constituyen problemas de salud en el grupo de gestantes con esta patología que puedan afectar al feto con macrosomía, el síndrome de postmadurez o el oligoamnios y afectar a la madre con problemas de hemorragia materna, desgarros vaginales o infecciones;

Que, mediante Informe N° 010-2022-DGO-HNDM, de fecha 12 de diciembre de 2022, el Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia, sustenta y justifica la elaboración del proyecto Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de Embarazo a Término Tardío y Embarazo Prolongado, del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco - Obstetricia, señala que: En la presente guía técnica se plasman los diferentes requisitos y condiciones que deben cumplir las pacientes con diagnóstico de Embarazo a término tardío y Embarazo prolongado. A partir de la exhaustiva historia clínica se anotarán los antecedentes gineco-obstétricos y se datará con la precisión ecográfica posible la edad gestacional y luego del examen clínico y del uso de pruebas de bienestar fetal, la paciente recibirá detallada explicación del/o los procedimientos a realizar para la culminar la gestación;

Que, mediante Memorandum N° 809-2022-DA-HNDM, de fecha 16 de diciembre de 2022, el Director Adjunto de la Dirección General, en atención a la Nota Informativa N° 261-2022-HNDM/OGC, de fecha 15 de diciembre de 2022, de la Oficina de Gestión de la Calidad, señala que el proyecto de Guía en mención cumple con los criterios establecidos en la normatividad vigente, razón por la cual solicita su aprobación a través del presente acto resolutivo;

Con las visaciones, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;



Resolución Directoral

Lima, 30 de Diciembre... de 2022

De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 977-2022/MINSA, de fecha 29 de noviembre de 2022, que designa temporalmente, al M.C. Edgard Lindón MIGUEL SICCHA, como Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - Aprobar la GUÍA TÉCNICA: "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO Y EMBARAZO PROLONGADO, DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA, DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", la que en catorce (14) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2.- Encargar al Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia, la Difusión y Supervisión del cumplimiento de la guía técnica aprobada mediante el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- La Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución dispondrá la publicación de la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que ha sido verificado en la fecha

10 ENE 2023

Se. Hugo Armario VALVERDE
REGISTRADO



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
M.C. EDGARD L. MIGUEL SICCHA
DIRECTOR GENERAL (E) - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.P. 29487 - R.N.E. 31606

- ELMS/ELVF/dlpa.
C.c.:
- Dirección General.
- Dirección Adjunta.
- Ofic. Asesoría Jurídica.
- Ofic. Gestión de la Calidad
- Dpto. de Gineco - Obstetricia
- Ofic. Estadística e Informática.
- Archivo.

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO Y EMBARAZO PROLONGADO

ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

DEPARTAMENTO DE GÍNECO-
OBSTETRICIA

SERVICIO DE OBSTETRICIA

2022

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

Servicio de Obstetricia

JEFATURA

Dr. Urso Parra Saldaña

Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia

Dr. Fernando Liberato Felles

Jefe del Servicio de Obstetricia

EQUIPO DE TRABAJO

Dra. Nelly Ruth Salgado Zambrano

Médico Asistente del Servicio de Obstetricia

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que se encuentra en el archivo

10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

INDICE

	Pag.
I. Finalidad	1
II. Objetivo	1
III. Ámbito de aplicación	1
IV. Proceso o procedimiento a estandarizar	1
V. Consideraciones Generales	
5.1. Definición	2
5.2. Etiología	2
5.3. Fisiopatología	2
5.4. Aspectos Epidemiológicos	2
5.5. factores de riesgo asociados	3
5.5.1. Medio Ambiente	3
5.5.2. Estilos de vida	3
5.5.3. Factores Hereditarios	3
5.5.4. Factores Maternos	3
VI. Consideraciones Específicas.	
6.1. Cuadro Clínico	
6.1.1. Signos y Síntomas	3
6.1.2. Interacción Cronológica	4
6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías	4
6.2. Diagnóstico	
6.2.1. Criterios de diagnóstico	4
6.2.2. Diagnóstico diferencial	5
6.3. Exámenes auxiliares	
6.3.1. De patología clínica	5
6.3.2. De exámenes complementarios y ecografía	5
6.3.3. De exámenes especializados complementarios	6
6.4. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive	
6.4.1. Medidas generales y preventivas	6
6.4.2. Terapéutica	6
6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento	7
6.4.4. Signos de alarma	7
6.4.5. Criterios de alta	7
6.4.6. Pronóstico	7
6.5. Complicaciones	7
6.6. Criterios de referencia y contrarreferencia	8
VII. Recomendaciones	9
VIII. Anexos.	10
IX. Referencias bibliográficas o bibliografía	14



HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"

10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE GESTACIÓN A TÉRMINO TARDÍA Y EMBARAZO PROLONGADO

I. FINALIDAD



Uniformizar criterios de diagnóstico y manejo en casos de gestación a término tardía y embarazo prolongado en pacientes que acudan al Servicio de Obstetricia del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo; basados en recomendaciones con niveles de evidencia que permitan a los profesionales brindar atención eficiente y oportuna al binomio madre-niño.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL



La Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de gestación a término tardía y Embarazo prolongado es una herramienta que pretende disminuir los riesgos que constituyen problemas de salud en el grupo de gestantes con esta patología que puedan afectar al feto como la macrosomía, el síndrome de postmadurez o el oligoamnios y afectar a la madre con problemas de hemorragia materna, desgarros vaginales o infecciones.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar la atención especializada de la gestante con diagnóstico de Gestación a término tardía y Embarazo prolongado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Apoyar en la toma de decisiones basada en información reciente y con niveles de evidencia a los profesionales médicos involucrados en la atención de la gestante con esta patología.
- Reducir la morbilidad perinatal y materna relacionada con la gestación de ≥ 41 semanas de edad gestacional

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Médicos Asistentes y Residentes del Servicio de Obstetricia del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, que atienden a gestantes, con esta patología en forma ambulatoria, Servicio de Emergencia y Hospitalización. Se realiza una Revisión Bibliográfica actualizada de la patología de estudio por el equipo de trabajo.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y manejo de embarazo a término tardío y embarazo prolongado.

4.1. NOMBRE Y CODIGO:

• Embarazo prolongado	CIE X	048
-----------------------	-------	-----

10 JENE 2023

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han definido el EMBARAZO POSTÉRMINO como la gestación que ha alcanzado o superado la semana 42, o 294 días, desde la fecha de la última regla (FUR). Se describió un mayor riesgo de muerte fetal a partir de las 42 semanas. Sin embargo, a la luz de los datos más recientes sobre mortalidad perinatal sería razonable concluir que la edad gestacional que asegura la inquietud clínica son las 41 semanas, lo que se conoce como EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO. Descripciones posteriores sugirieron que el feto postérmino podía ser no solo grande sino también pequeño para su edad gestacional.

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



5.2. ETIOLOGÍA

Aunque se desconoce la etiología de los embarazos a término tardío o postérmino, algunos embarazos reciben tales denominaciones como resultado de un error en el cálculo de la edad gestacional. El empleo de la ecografía para determinar la precisión de la edad gestacional calculada según la FUR mejora la estimación realizada únicamente sobre la FUR. El cálculo de la FPP será más preciso si se mide la longitud corono-nalga en el primer trimestre con un error de $\pm 3-5$ días.

Cuando la prolongación del embarazo es documentada adecuadamente, su causa, a menudo, es desconocida y la etiología más probable es la variabilidad biológica de la duración del embarazo.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

El parto es el resultado de la compleja interacción de la madre, el feto y la placenta.

Aunque se desconoce el mecanismo concreto en el ser humano, es posible que sea similar al de otros mamíferos. En las ovejas, el eje hipotálamico-hipofisario-suprarrenal (HHS) es muy importante en el momento del nacimiento. La producción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el cerebro fetal lleva a la secreción de hormona adrenocorticotropa (ACTH) en la hipófisis y de cortisol en las glándulas suprarrenales. El aumento del cortisol es paralelo al incremento en la secreción de prostaglandinas y estrógenos, y a la disminución de la progesterona. La reducción de la progesterona como el aumento de las prostaglandinas son activadores conocidos del miometrio uterino. Los estudios realizados en ovejas hipofisectomizadas respaldan el papel del eje hipotálamo-hipofisario en el desencadenamiento del parto; una alteración de este eje da como resultado un embarazo prolongado.

Los embarazos complicados como consecuencia de una deficiencia de sulfatasa placentaria, una alteración recesiva ligada al cromosoma X, que se caracteriza por la ausencia de la enzima sulfatasa esteroidea, están relacionados con niveles de estriol anormalmente bajos y, por lo general, el parto no se desencadena de manera espontánea. Este constituye un ejemplo de embarazo prolongado debido a etiología genética, y respalda la importancia del papel de la placenta en el comienzo del parto.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia reportada en distintos estudios oscila entre 3 y 15% y se deben al método utilizado para calcular la edad gestacional: si es FUR, su incidencia alcanza entre el 11 y 15%, y cuando a la FUR se asocia un ULTRASONIDO PRECOZ, su incidencia disminuye a entre el 1,5 y 4%.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio Ambiente

- Bajo nivel socioeconómico y grado de instrucción puede vincularse con FUR no confiable

5.5.2. Estilos de Vida

- Sobrepeso y obesidad materna

5.5.3. Factores hereditarios

- Hipoplasia suprarrenal hipofisaria y bajos niveles estrogénicos fetales puede asociarse a gestación prolongada.
- Feto masculino
- Anomalías congénitas tales como hidrocefalia, trisomía 18, defectos en el tubo neural en el producto (anencefalia)

5.5.4. Factores maternos

- El antecedente de embarazo prolongado aumenta el riesgo de recurrencia.
- Obesidad materna/ ganancia excesiva de peso durante la gestación
- Primigravidez
- Edad materna avanzada
- Sexo masculino.
- Predisposición genética.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

Ni el embarazo prolongado ni la gestación a término tardía tienen manifestaciones patológicas propias, pero puede sospecharse con los siguientes signos:

- Macrosomía (con posibilidad de parto instrumentado y distocia de hombros)
- Insuficiencia placentaria con hipoperfusión y/o hipoxia fetal, que resulta en oligoamnios, líquido meconial, feto posmaduro con consecuencias de pérdida de bienestar fetal anteparto o durante el parto (Apgar bajo, pH bajo, aspiración de meconio con patología respiratoria) Ver anexo N° 01

- Aproximadamente entre el 10 y 20% de los recién nacidos post término presentan esta condición, que se asocia a hipoglicemia, hipotermia, policitemia e hiperviscosidad.
- Los recién nacidos recuperan rápidamente su peso y exhiben pocas secuelas neurológicas, pero no es infrecuente la presencia de convulsiones.
- La morbilidad materna elevada en embarazos prolongados también conlleva un riesgo significativo para la madre. No solo la aumenta la ansiedad cuando el embarazo supera la FPP, sino que también lo hace el riesgo de morbilidad materna durante el parto. Caughey et y/o al. estudiaron a 119.254 mujeres que dieron a luz a partir de las 37 semanas y encontraron un aumento del riesgo de desgarro perineal significativo (CP, 1,19; IC del 95%, 1,09-1,22), corioamnionitis (CP, 1,32; IC del 95%, 1,21-1,44), endometritis (CP, 1,46; IC del 95%, 1,14-1,87), hemorragia posparto (CP, 1,21; IC del 95%, 1,1-1,32) y parto por cesárea (CP, 1,28; IC del 95%, 1,2-1,3)

6.1.2. Interacción cronológica

- No aplica.

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

- No aplica

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Determinar con certeza edad gestacional:

- Amenorrea segura y confiable y
- Ecografía precoz (11- 13 sem 6d) donde se mide la longitud coronó-nalga en el primer trimestre con un error de $\pm 3-5$ días. En caso se emplee la ecografía para confirmar la fecha brindada como FUR habrá menos intervenciones innecesarias, la incidencia de embarazos a término tardío y postérmino se reducirán.

E	Se debe ofrecer una ecografía de primer trimestre, idealmente entre 11 y 14 semanas, a todas las mujeres, ya que es una evaluación más precisa de la edad gestacional que el último período menstrual y evita el diagnóstico errado, con menos embarazos prolongados más allá de las 41 semanas.	ALTO UpToDate 2022 ACOG 2014
R	Si hay una diferencia de más de 10 días entre la edad gestacional fechada con el último período menstrual y la ecografía del segundo trimestre, la fecha estimada de parto debe ajustarse según la ecografía del segundo trimestre.	FUERTE UpToDate 2022 ACOG 2014 WHO 2018



HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que se encuentra en la lista

10 ENE 2023

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

R	Si se tiene una ecografía de primer y segundo trimestre, la edad gestacional debe determinarse mediante la ecografía más temprana.	FUERTE UpToDate 2022 ACOG 2014 WHO 2018
---	--	---

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Error en el cálculo de la Edad gestacional.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

- Hemograma
- Grupo sanguíneo y Rh
- Serología, RPR, HIV, Antígeno de superficie para hepatitis B
- Glucosa, úrea, creatinina
- Examen completo de orina

6.3.2. De Exámenes complementarios y ecografía:

Monitoreo fetal anteparto que incluye:

- Auscultación intermitente de LF con estetoscopio, Pinard o detector de latidos.
- Monitoreo Electrónico: Constituye el primer escalón en la detección de la hipoxia fetal (elevado VPN), durante 20-30 minutos en decúbito lateral izquierdo.
 - ♦ Test No Stress (NST): El cambio más significativo en la disminución de la variabilidad latido a latido o la reactividad, que debe ser realizado en cada control. Tasa de falsos negativos del 8%.
 - ♦ Test Estresante (ST): Los principales hallazgos que se pueden presentar son las desaceleraciones variables y tardías, estado fetal no tranquilizador.
- Ecografía obstétrica:
 - ♦ Estimación del peso fetal: cuando la última estimación del peso fetal ha sido en un periodo de tiempo mayor a 15 días.
 - ♦ Diagnóstico de oligoamnios: tiene un alto riesgo morbimortalidad fetal. Se determina midiendo pozo vertical mayor (PVM), ya que se ha indicado que el uso del ILA aumenta el número de intervenciones obstétricas sin mejorar los resultados perinatales.
 - ♦ Perfil biofísico fetal: Por su bajo valor predictivo positivo, solamente se usará en el contexto de un patrón no reactivo con el resto de las pruebas normales.
 - ♦ Evaluación doppler de arteria umbilical (AU): Sensibilidad del 7% para predecir el riesgo de distress fetal si el $p > 95$
 - ♦ Evaluación doppler de la arteria cerebral media (ACM): El hallazgo de IPACM $< p5$ no requerirá su confirmación para indicar la finalización de la gestación por este motivo (vasodilatación cerebral).



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que ha sido verificado en esta

10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

E	Las pruebas prenatales utilizadas en el seguimiento del embarazo de 41 a 42 semanas deben incluir al menos una prueba de no estrés y una evaluación del volumen amniótico de líquido amniótico: pozo vertical mayor	ALTO CEDIP 2015 GABBE 2019 GOTHENBURG 2021
---	---	---



6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- Riesgo Quirúrgico
- Interconsulta a Neonatología
- Evaluación por Cuidados Críticos en casos necesarios.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

- Antes de las 40 semanas: perfil biofísico fetal, ecografía doppler
- 40 semanas: Test no estresante + control del líquido amniótico POZO VERTICAL MAYOR (PVM) cada 48 a 72 horas hasta las 41 semanas, momento de hospitalización de la paciente e inicio de la vigilancia fetal estricta según ACOG. No se usa el ILA para diagnóstico de Oligoamnios porque puede sobreestimar el número de intervenciones.
- La evidencia más reciente indica que la finalización de la gestación a partir de las 41 semanas se asocia a una mejoría en los resultados perinatales menor incidencia de Síndrome de aspiración meconial, sin aumentar el porcentaje de cesáreas. El objetivo de la evaluación médica a las 41 sem es hacer la pesquisa de las gestaciones con patología materna, patología fetal o que carecen de condiciones para un trabajo expectante.
 - En caso de pacientes con antecedente de cesárea previa se realizará cesárea en caso cumpla 41 semanas a más y no haya iniciado trabajo de parto espontáneo, por el potencial riesgo de rotura uterina relacionado con la inducción médica del parto (1% con oxitocina y 1.25% con prostaglandina E2 vaginal; vs. 0.5% en el parto espontáneo)
 - En pacientes con edad materna avanzada (≥ 40 años), obesidad ($IMC \geq 30$), u otra patología concomitante (autoinmunes, endocrinológicas, cardiovasculares etc) se recomendará la finalización de la gestación a ≥ 39 semanas, dada la evidencia que el riesgo empieza a ser significativo incluso antes de la semana 41
- Firma de consentimiento de inducción o cesárea por parte de la paciente o familiar en caso ser menor de edad

6.4.2. Terapéutica

- Despegamiento de las membranas amnióticas (Maniobra de Hamilton): se relaciona con un inicio espontáneo de trabajo de parto en los días siguientes. Se podrá ofrecer a las 40 semanas de gestación, siempre que presenten un grado de permeabilidad suficiente y no presenten contraindicaciones para el parto vaginal. Antes de su realización se debe informar de los riesgos



HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"

10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

potenciales de dicha estrategia: sangrado y molestias durante su realización.

Maniobra de Hamilton	Evidencia Moderada	WHO 2018
	Fuerte Recomendación	ACOG 2014 Gabbe 2019



- La presencia de alguna alteración en una o más pruebas complementarias o las 41 semanas de EG indican la culminación de la gestación. Esta conducta se basa en que el riesgo perinatal aumenta luego de las 41 ½ semanas, y que la probabilidad de parto vaginal no mejora si se espera hasta las 42 semanas.
- La técnica dependerá del estado del feto, de las condiciones obstétricas, de la paridad y de los antecedentes obstétricos.
- Condiciones obstétricas favorables, Puntaje de Bishop ≥ 7 : inducción con amniorrexis y perfusión oxitócica.
- Condiciones obstétricas desfavorables: maduración cervical previa a la estimulación oxitócica, con misoprostol 25 μ g intravaginal + reevaluación en 4 a 6 horas, hasta completar 4 dosis. En cualquiera de los dos casos, si luego de 16-24 horas de inducción no se logra alcanzar trabajo de parto, se considerará una inducción fallida y se procederá a una cesárea.
- Cesárea en parto anterior: cesárea.

E	Cada servicio de obstetricia debe establecer directrices que dependan de los recursos locales para la programación de la inducción de parto a las 41 semanas, sin incrementar el riesgo de cesárea (I-A).	WHO 2020 OPINIÓN DE PARES
---	---	------------------------------

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que se encuentra en la
Caja de Archivos

10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- Misoprostol tiene alto riesgo de provocar taquisistolia, cefalea, diarrea, dolor abdominal, vómitos, constipación.

6.4.4. Signos de alarma

- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Estado fetal no tranquilizador en el monitoreo fetal

6.4.5. Criterios de Alta

- Luego de culminar el embarazo, con controles puerperales de rutina de acuerdo con la vía de parto en que haya ocurrido la gestación y evaluando los signos de alarma para complicaciones.

6.4.6. Pronóstico

- La mortalidad perinatal aumenta en relación directa con la prolongación del embarazo, al oligohidramnios y a la aspiración de meconio al nacer. Por lo tanto, la aplicación de la guía estima la reducción de la morbimortalidad fetal con las medidas de intervención estudiadas

6.5. COMPLICACIONES

MATERNAS:

- ♦ El curso del parto puede ser lento si el feto es grande o se presenta hipoactividad uterina. No es raro el trabajo de parto disfuncional y la distocia de hombros. Son mayores los desgarros perineales, la atonía uterina, endometritis y corioamnionitis; en cuyo caso se tomarán las acciones respectivas descritas para cada patología. La presencia de especialistas en Anestesiología y de Cuidados Críticos es importante como parte del equipo multidisciplinario que atenderá a la paciente en riesgo.

PERINATALES:

- ♦ La mortalidad perinatal aumenta a partir de las 42 semanas, por el Síndrome de postmadurez: asfixia y aspiración de meconio. Se describe de 20-30% de presencia de meconio en embarazos posttérmino, lo cual asociado a la presencia de Oligoamnios aumenta la frecuencia de aspiración meconial debido a que el meconio emitido por el feto no tiene suficiente líquido en que diluirse.
- ♦ Luego del parto los RN postmaduros toleran mal los cambios de temperatura por la reducción del tejido graso y glucógeno siendo frecuente la hipoglicemia y la hipotermia.
- ♦ En la actualización de la guía se pretende estandarizar las acciones a tomar en los embarazos a término tardío para evitar llegar a la postmadurez del feto y reducir la morbimortalidad relacionada con la gestación posttérmino.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- El Hospital Nacional Dos de Mayo es de categoría III-1 y es de referencia a nivel nacional, por lo que brindará tratamiento a las pacientes con diagnóstico de Embarazo en vías de prolongación y Embarazo prolongado.
- El Hospital Nacional Dos de Mayo, realizará la contrarreferencia de los pacientes cuando el caso se haya resuelto y se hayan solucionado las posibles complicaciones de su manejo.
- Si la evolución es favorable el alta se producirá durante el puerperio mediato (2º - 3º día) y será contrarreferida a su Centro de Salud de origen, explicando los signos de alarma.

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"

10 ENI 2023

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

VII. RECOMENDACIONES

1. Se debe ofrecer una ecografía de primer trimestre, idealmente entre 11 y 14 semanas, a todas las mujeres, ya que es una evaluación más precisa de la edad gestacional que el último período menstrual con menos embarazos prolongados más allá de las 41 semanas (I-A).
2. Si hay una diferencia de más de 5 días entre la edad gestacional fechada utilizando el último período menstrual y la ecografía del primer trimestre, la fecha estimada de parto debe ajustarse según la ecografía del primer trimestre (I-A).
3. Si hay una diferencia de más de 10 días entre la edad gestacional fechada con el último período menstrual y la ecografía del segundo trimestre, la fecha estimada de parto debe ajustarse según la ecografía del segundo trimestre (I-A).
4. Cuando haya habido una ecografía de primer y segundo trimestre, la edad gestacional debe determinarse mediante la ecografía más temprana (I-A)
5. A las gestantes se les debe ofrecer la opción de despegamiento de las membranas (maniobra de Hamilton) a partir de las 39 a las 41 semanas, después de una discusión de riesgos y beneficios (I-A)
6. A las gestantes se les debe ofrecer inducción de 41 a 42 semanas, ya que la evidencia actual revela una disminución en la mortalidad perinatal sin mayor riesgo de cesárea (I-A)
7. Las pruebas prenatales utilizadas en el seguimiento del embarazo de 41 a 42 semanas deben incluir al menos una prueba de no estrés y una evaluación del volumen amniótico de líquido amniótico: pozo vertical mayor (I-A).
8. Cada servicio de obstetricia debe establecer directrices que dependan de los recursos locales para la programación de la inducción de parto a las 41 semanas, sin incrementar el riesgo de cesárea (I-A).



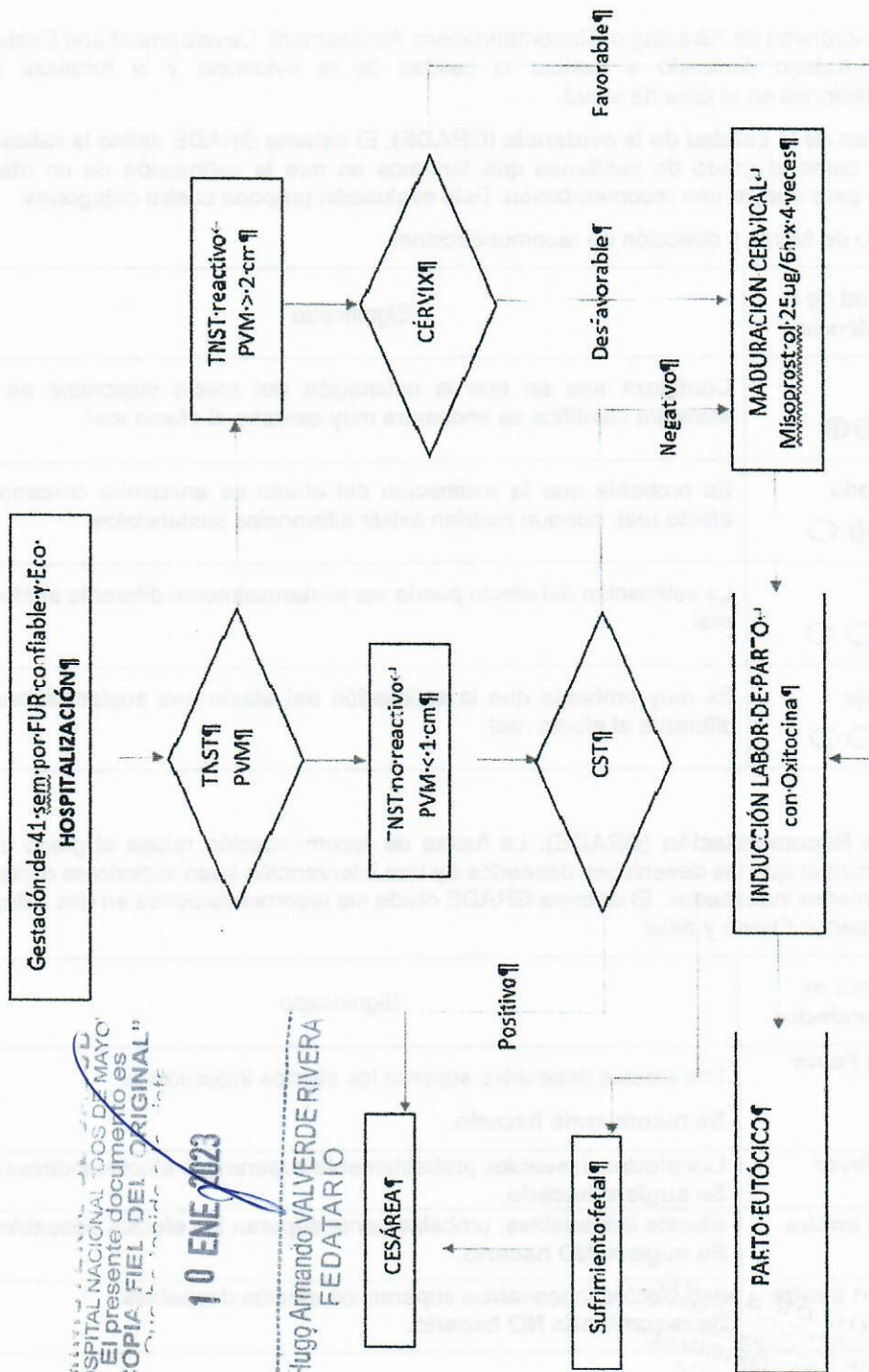
VIII. ANEXOS.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que se encuentra en el expediente N° 10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

ANEXO N° 01:

FLUXOGRAMA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO Y EMBARAZO PROLONGADO



HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
 El presente documento es
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"

10 ENE 2023

Hugo Armando VALVERDE RIVERA
 FEDATARIO

ANEXO N° 02

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA Y FORMULACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES (GRADE)

GRADE: Acrónimo de “Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation”, grupo de trabajo dedicado a evaluar la calidad de la evidencia y la fortaleza de las recomendaciones en el área de salud.

Graduación de la calidad de la evidencia (GRADE), El sistema GRADE define la calidad de la evidencia como el grado de confianza que tenemos en que la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una recomendación. Esta evaluación propone cuatro categorías:

Significado de fuerza y dirección de recomendaciones

Calidad de la evidencia	Significado
Alta ⊕ ⊕ ⊕ ⊕	Confianza alta en que la estimación del efecto disponible en la literatura científica se encuentra muy cercano al efecto real.
Moderada ⊕ ⊕ ⊕ ○	Es probable que la estimación del efecto se encuentra cercano al efecto real, aunque podrían existir diferencias sustanciales.
Baja ⊕ ⊕ ○ ○	La estimación del efecto puede ser sustancialmente diferente al efecto real.
Muy baja ⊕ ○ ○ ○	Es muy probable que la estimación del efecto sea sustancialmente diferente al efecto real.

Fuerza de Recomendación (GRADE). La fuerza de recomendación refleja el grado en que podemos confiar que los desenlaces deseados de una intervención sean superiores o inferiores a los desenlaces indeseados. El sistema GRADE divide las recomendaciones en dos categorías según su fuerza: Fuerte y débil

Fuerza de recomendación	Significado
Fuerte a Favor	Los efectos deseables superan los efectos indeseables. Se recomienda hacerlo.
Débil a favor	Los efectos deseables probablemente superan los efectos indeseables Se sugiere hacerlo.
Débil en contra	Efectos indeseables, probablemente superan los efectos deseables Se sugiere NO hacerlo.
Fuerte en contra	Los efectos indeseables superan los efectos deseables. Se recomienda NO hacerlo.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
El presente documento
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"

10 ENE 2023

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO
Hospital Nacional Dos de Mayo

ANEXO N°03 DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El Equipo de trabajo desarrollador de la presente Guía de Práctica Clínica DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente:

- a. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
- b. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
- c. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
- d. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
- e. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.



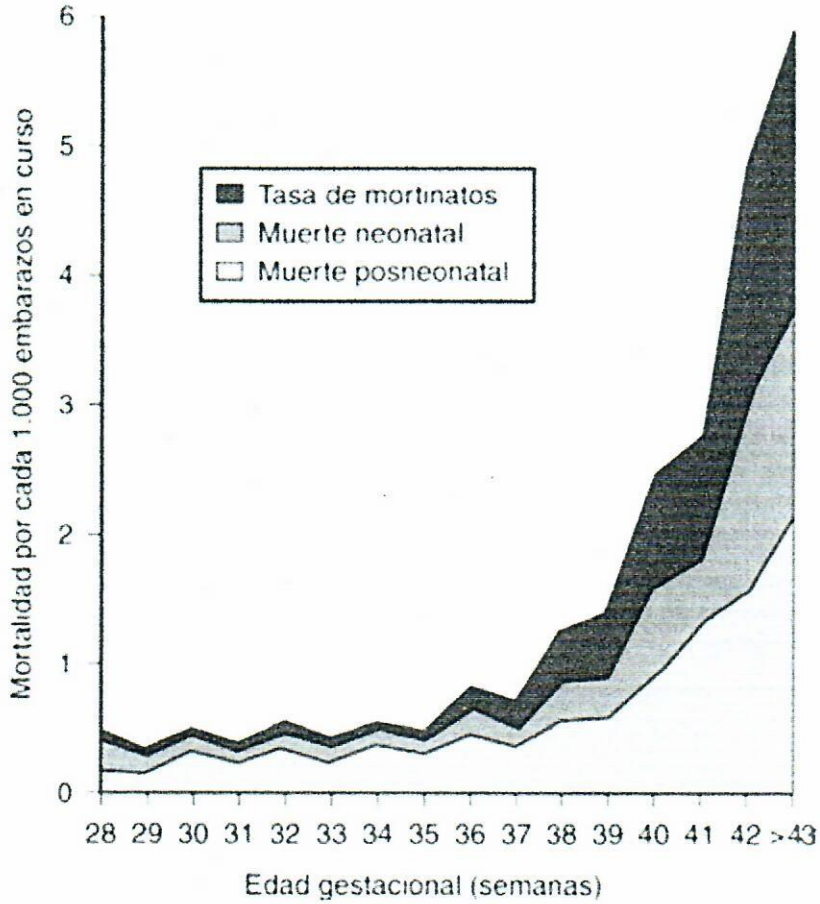
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he leído y consta

10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

ANEXO N°04

MORBIMORTALIDAD EN EMBARAZO PROLONGADO



La mortalidad total y cada edad gestacional, óbitos (rojo), Muerte neonatal (azul) y Muerte posneonatal (verde) expresada por cada 1.000 embarazos en curso (Modificado de Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation specific risks of fetal and infant mortality)

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
El presente documento es una copia fiel del original.
Que ha sido emitido por el sistema de información

10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

IX. BIBLIOGRAFÍA.

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Management of late -term and postterm pregnancies. Practice Bulletin, number 146, August 2014. Obstetrics and gynecology 124 part 1, 390-396
2. GUÍA PERINATAL CEDIP 2015, Programa Nacional Salud de la Mujer, Ministerio de Salud Gobierno de Chile
3. WHO recommendations: induction of labour at or beyond term. Geneva: World Health Organization; 2018
4. ACOG Methods for estimating the due date, Committee Opinion N° 579, Definition of term pregnancy, November 2013 (reaffirmed 2017)
5. ACOG Management of stillbirth, Obstetric care consensus N°10, marzo 2020
6. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. Obstetrics and Gynecology 109 (3) 609-617, March 2007
7. ROXANE RAMPERSAD y GEORGE A. MACONES, Obstetricia. Embarazos normales y de riesgo, Séptima edición, Embarazo prolongado y postérmino, Gabbe, cap 36, Elsevier España 2019
8. Actualización sobre el uso de la maniobra de Hamilton como método de inducción de parto vs inducción farmacológica, <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/maniobra-hamilton-induccion-parto/>
9. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Guidelines for the management, May 2016. J Obstet Gynaecol Can 2017; 39(8): e 164-e 174
10. Boyd Roland. Polyhydramnios and Oligohydramnios. Ed. Ted. Rosenkrantz. Department of Pediatrics. Vanderbilt University Medical Center 2002
11. Valdés R Enrique. Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(5):411-419
12. Vollgraaf Heidweiller-Schreurs CA et al. Prognostic accuracy of cerebroplacental ratio and middle cerebral artery doppler for adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology; Volume 51, Issue 3, 2017
13. Author: Errol R Norwitz, MD, PhD, MBA Official reprint from UpToDate www.uptodate.com© 2022 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved: POSTTERM PREGNANCY. Section Editor: Charles J Lockwood, MD, MHCM. Deputy Editor: Vanessa A Barss, MD, FACOG. All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Sep 2022. This topic last updated: Mar 25, 2022.
14. Author: Márten Alkmark, Management of late term pregnancy Centre of perinatal Medicine & Health Department of Obstetrics and Gynaecology Institute of Clinical Sciences Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden 2021



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
"El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"

10 ENE 2023

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO