



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTÉTRICA



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Practica del Examen Complexivo Previo a la Obtención del
Grado Académico de Obstetriz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**Conducta Obstétrica Ante Trabajo De Parto Pre Término En Primigesta Con
Embarazo Gemelar**

AUTORA

Elizabeth Jamilex Medina Montecel

TUTOR

Obst. Lilian Muñoz Solorzano

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2021



INDICE

III. RESUMEN	5
IV. ABSTRACT	6
1.1. DATOS GENERALES	16
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	16
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	16
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	17
2.3. ANAMNESIS	18
2.4. EXPLORACIÓN FÍSICA	19
2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	21
2.7. CONDUCTA A SEGUIR	21
2.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	22
2.9. SEGUIMIENTO.	23
3. OBSERVACIONES	27
4. CONCLUSIONES	28
5. BIBLIOGRAFÍA	29
6. ANEXOS	32



I. DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios por que todo lo que tengo es gracias a él, ha sido mi guía y mi fortaleza en cada momento de mi vida, con su sabiduría ha permitido que llegue a cumplir unas de mis metas profesionales.

A mis padres por ser ellos el pilar fundamental quienes con su esfuerzo me han sacado adelante con la ilusión de que yo logre ser una profesional, su apoyo incondicional hoy se ve reflejado en el logro alcanzado.

A mi hermano por ser, uno de los motivos por el cual me he esforzado en cada momento por continuar mi vida profesional.

Mi Esposo por su confianza y apoyo, motivándome siempre a seguir luchando por más difícil que haya sido la situación, su anhelo de verme crecer profesionalmente se ha logrado.



II. AGRADECIMIENTO

Gracias principalmente a Dios por su amor y misericordia durante toda mi vida, por cada una de sus Bendiciones. Sin él no hubiera podido llegar a lo anhelado, mi vida la puse en sus manos y cada paso dado en lo largo de mi carrera ha sido el quien me ha sostenido con su fortaleza espiritual, aun en momentos que se tornaron difíciles me ha llenado de seguridad.

A mis padres José Medina y Vanessa Montecel por sus consejos y motivaciones cada día, quienes me han enseñado que con trabajo y amor se puede lograr grandes cosas, su apoyo incondicional ha sido una base fundamental, han trabajado incansablemente para verme realizada como profesional.

A mi Esposo por apoyarme siempre, estar dispuesto para lo que yo necesite, por su amor y comprensión a lo largo de mi carrera, ha sido mi complemento perfecto dado por Dios.

A la universidad Técnica de Babahoyo por abrirme las puertas para mi formación académica y lograr ser una profesional.

A mis docentes por compartir sus conocimientos durante todos estos años de estudios.



III. RESUMEN

Por Definición, es un embarazo de alto riesgo porque está altamente asociado con enfermedades relacionadas con el embarazo. El parto prematuro es la principal complicación, seguido del síndrome de hipertensión y el retraso del crecimiento fetal. La amenaza de parto prematuro se definió clásicamente como la presencia de movimientos uterinos regulares asociados con cambios progresivos en el cuello uterino, de los cuales ocurrieron entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. Para la mayoría de los pacientes diagnosticados con riesgo de parto prematuro y hospitalización, el riesgo real de parto prematuro es del 20 al 30%.

Etiología de PP abarca un amplio conjunto de factores vinculados entre sí, lo que orienta una explicación multicausal, en la que intervienen factores socioeconómicos, laborales, estilos de vida, literatura genética, especialmente lactantes. Se propuso considerar la tasa de amenaza de parto prematuro y factores de riesgo para personas en nuestro contexto, ya que mostró un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo y sus consecuencias, está aumentando muertes.

Palabras clave: *Embarazo gemelar, Amenaza de parto prematuro, Corionicidad, Amniosidad.*



IV. ABSTRACT

By definition, it is a high-risk pregnancy because it is highly associated with pregnancy-related illnesses. Preterm delivery is the main complication, followed by hypertension syndrome and fetal growth retardation. Threatened preterm labor was classically defined as the presence of regular uterine movements associated with progressive changes in the cervix, of which occurred between 22 and 36.6 weeks of gestation. For most patients diagnosed at risk of preterm delivery and hospitalization, the true risk of preterm delivery is 20-30%.

Etiology of PP encompasses a broad set of interrelated factors, which guides a multicausal explanation, in which factors are socioeconomic, occupational, lifestyle, genetic literature, especially infants. It was proposed to consider the rate of threat of preterm birth and risk factors for people in our context, since it showed a greater risk of spontaneous preterm birth and its consequences, it is increasing deaths.

Key words: *Twin pregnancy, Threat of premature birth, Chorionicity, Amniosity.*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTÉTRICA



Conducta Obstétrica Ante Trabajo De Parto Pre Término En Primigesta Con Embarazo Gemelar



INTRODUCCIÓN

Los gemelos ocurren en 1 de cada 100 embarazos y su frecuencia ha aumentado en los últimos años debido a la tecnología de reproducción asistida y al aumento de la edad de las madres. Por definición, este es un embarazo de alto riesgo porque está altamente asociado con enfermedades relacionadas con el embarazo. (CONDES, 2014)

El parto prematuro es la principal complicación, seguido del síndrome de hipertensión y el retraso del crecimiento fetal. Existen complicaciones específicas del desprendimiento de placenta, como transfusiones de sangre fetal, restricción selectiva del crecimiento e infusión retrógrada de arterias. Todos ellos aumentan la morbilidad perinatal. (CONDES, 2014)

La amenaza de parto prematuro se definió clásicamente como la presencia de movimientos uterinos regulares asociados con cambios progresivos en el cuello uterino, de los cuales ocurrieron entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.

Estos criterios clínicos son altamente imprecisos debido a los bajos parámetros. Para la mayoría de los pacientes diagnosticados con riesgo de parto prematuro y hospitalización, el riesgo real de parto prematuro es del 20 al 30%.

La fisiopatología del parto prematuro (PP) sigue siendo grande ya que no está claro si se presenta por activación idiopática en las primeras etapas del parto vaginal o, si falla, es el resultado de un mecanismo patológico. Este es el tema de debate científico. Sin embargo, en todos los casos, PP se asoció con disminución del flujo placentario intrauterino, infección, inflamación, distensión uterina, hipersensibilidad uterina y disminución de la función antioxidante.

Etiología de PP abarca un amplio conjunto de factores vinculados entre sí, lo que orienta una explicación multicausal, en la que intervienen factores es



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTÉTRICIA



socioeconómicos, laborales, estilos de vida, literatura genética, especialmente lactantes.

Se propuso considerar la tasa de amenaza de parto prematuro (APP) y factores de riesgo para personas en nuestro contexto, ya que mostró un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo y sus consecuencias, está aumentando muertes. Este informe primero plantea la cuestión del estudio.

A continuación, se presentan los fundamentos relacionados con la APP y el historial médico del paciente. Nos ocuparemos del diseño metodológico de la aplicación, el análisis de los resultados, la discusión, conclusiones, observaciones, revisión bibliográfica.



I. MARCO TEÓRICO

EMBARAZO GEMELAR

Definición:

Se denomina gestación múltiple a cuya gestación desarrolla por igual a dos o más fetos. Este tipo de gestación se ha incrementado en los últimos tiempos un gran incremento. Representando un riesgo tanto materno como fetal, superando a cualquier riesgo de gestación única lo que determinará la conducta a seguir antes durante y después del parto. La gestación múltiple a la corionicidad es el factor más importante en este caso y por el cual se determinará el diagnóstico y pronóstico de la gestación.

PARTO PREMATURO

Definición:

(Valenzuela M, 2019) El parto prematuro es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los gemelos en comparación con los hijos únicos. Reducir la tasa de partos prematuros en gemelos es uno de los principales objetivos de la atención prenatal en estos embarazos.

En un estudio realizado en Estados Unidos, se observó que el 57,4% de los bebés gemelos nacieron antes de las 37 semanas, frente al 10,4% de los embarazos únicos. Predicción del riesgo: existe buena evidencia de que la detección de un cuello uterino acortado mediante un examen digital o una medición por ultrasonido es un buen predictor del riesgo de parto prematuro.

También hay evidencia que la presencia de fibronectina intracervical (FF) en el feto ayuda a predecir un mayor riesgo de parto prematuro. Prevención de la prematuridad: Se han descrito diversas conductas destinadas a prevenir el parto prematuro, por lo que analizaremos la evidencia disponible para las conductas más relevantes.



El reposo en cama en el hogar o en el hospital se ha recomendado durante mucho tiempo para reducir la incidencia de partos prematuros; sin embargo, han demostrado que el reposo en cama no reduce los casos de partos prematuros, o mortalidad perinatal en gemelos.

Se ha observado que, en embarazos gemelares no complicados, este comportamiento puede incrementar la tasa de parto prematuro excesivo y estrés psicosocial materno, por otro lado, en gestantes gemelares y tener un alto riesgo de parto prematuro (debido a cambios y acortamiento de la edad). el cuello uterino).

No hay evidencia de que el reposo en cama reduzca el riesgo de parto prematuro. Por las razones anteriores, la hospitalización en reposo en cama no se recomienda como procedimiento de rutina. Tampoco hay evidencia que respalde una restricción de actividad o abandono del empleo.

No se ha demostrado que la certificación profiláctica de rutina reduzca los nacimientos prematuros en estudios controlados y observacionales, pero hay evidencia moderada de lo contrario. Finalmente, el uso de fármacos líticos profilácticos con betamiméticos fue analizado en una revisión sistemática publicada en la Biblioteca Cochrane en 2008, los autores concluyeron que no existía evidencia suficiente para apoyar o recomendar su uso como estrategia de prevención de partos prematuros en gemelos.

EPIDEMIOLOGÍA

Los embarazos múltiples se definen como el embarazo de dos o más fetos, que ocurren simultáneamente con el estado materno, el embarazo y / o el parto y se consideran de alto riesgo para la salud perinatal. La palabra "gemelo" viene del latín gemellus, que significa dividir por la mitad y se usa para nombrar un producto de embarazo nacido del mismo nacimiento. Los embarazos múltiples ocurren con mayor frecuencia en mujeres mayores debido a un parto retrasado. Por lo general, el aumento de la fertilidad de los gemelos se debe a las madres mayores, ya que los niveles de la hormona estimulante del folículo aumentan



con la edad. Edad y uso de tratamientos de fertilidad
Las tasas de embarazo se calculan en todo el mundo.

La incidencia de gemelos idénticos es de a 5 por cada 1000 nacidos vivos. Alta incidencia de morbilidad asociada tanto en recién nacidos prematuros moderados (32 a 33,6 semanas) como en recién nacidos prematuros tardíos (34 a 36,6 semanas). (Delgado-Becerra, Aida, & Morales-Barquet, Deneb, 2013)

CORIONICIDAD DE EMBARAZOS MÚLTIPLES

Se debe nombrar a los gemelos como feto uno y feto dos, realizar una descripción en cuanto a la posición de los fetos: arriba/abajo y derecha/izquierda para diferenciarlos en ecografías sucesivas.

En los embarazos triple se muestran ciertas combinaciones tales como:

- Tres amnios y tres placentas, se define como tricorial triamniótico.
- Dos placenta y tres amnios = bicorial triamniótico, que implica a un par monocorial.
- Dos placentas y dos amnios = triple bicorial biamniótico equivalente a un par es monocorial monoamniótico. (Sanchez, 2018)

Se debe fijar la fecha en la ecografía gemelar de 11 a 14 semanas. Se sugiere fechar el embarazo gemelar en la ecografía de 11–14 semanas, según el LCR si el caso fuere una FUM incierta. La curva que se aplica es la misma de LCR que el embarazo único, ya que no hay diferencias significativas entre las biometrías de embarazos simples y múltiples. Cuando no coinciden la edad gestacional entre FUM y LCR es mejor basarse en la LCR del feto que mayor tamaño presente, así se evita el error de datar según la longitud de un feto con restricción de crecimiento. (Sanchez, 2018)

Seguimiento Del Embarazo Gemelar

El seguimiento debe estar a cargo siempre de un médico gineco-obstetra u obstetra y referir a un centro de mayor atención ya sea terciaria o secundaria si se cuenta con la presencia de un obstetra.



Debe solicitarse una ecografía a las 11 y 14 semanas. Definida la cantidad de fetos y la corionicidad, el seguimiento debe ser personalizado.

Al ingreso: anamnesis para identificar factores de riesgo para parto prematuro y síndromes hipertensivos del embarazo. (Sanchez, 2018)

Control prenatal

Según (CONDES, 2014) el control prenatal debe realizarse a partir de la corionicidad del embarazo gemelar:

-Embarazo Monocorial: Es recomendable al menos nueve controles incluidos los controles con el médico familiar, comprende control prenatal y ecografía a las semanas 16, 18, 20, 22, 24, 28, 32, 34 y 36.

-Embarazo Bicorial: Un estimado de seis controles. Incluido el control prenatal de ingreso y con el médico familiar, ecografía para definir la corionicidad, control obstétrico y ecografía a las 20, 24, 28, 32, 34 (no ecografía) y 36 semanas.

- Gestación Triple: El control depende de la corionicidad con la diferencia que estos controles se harán hasta la semana 34.

Control ecográfico

Solicitar a partir de las 11–14 semanas para poder definir la corionicidad

Además, el tamizaje de enfermedades cromosómicas.

Solicitar ecografía entre las 20–24 semanas para detectar posibles malformaciones anatómicas.

Medición de cérvix y Doppler de arterias uterinas para diagnóstico de parto prematuro y preeclampsia no se recomienda.

En el embarazo monocorial, solicitar ecografías de 16 a 24 semanas para detectar signos de transfusión feto fetal.

Con las ecografías de 24 semanas en adelante se valora el crecimiento donde se estiman el peso fetal y se define el percentil de crecimiento según las tablas de embarazo único, puesto que no hay diferencia relevante al usar tablas de embarazos múltiples, la que se utiliza en Ecuador es la tabla de Clap. (Sánchez, 2018)



1.1 Justificación

La amenaza de parto en adolescentes es un problema importante con consecuencias a corto y largo plazo en términos de mortalidad, costos económicos y emocionales, tanto en los sistemas sociales como de salud. Cada año aumenta el número de embarazos de adolescentes, afecta negativamente a las adolescentes en términos de problemas médicos y causa complicaciones del embarazo si no se brinda una atención prenatal adecuada debido a la falta de supervisión de las mujeres jóvenes.

Las cifras del instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) muestra que en 2019 se han registrado 51.711 nacidos vivos de adolescentes de 10 a 19 años, lo que indica que el total de embarazos ocurridos en ese año es 17,5% en adolescente de 15 y 19 años y 0.6% en adolescente de 10 y 14 años, esto quiere decir que 2 de cada 10 mujeres que paren en Ecuador es madre adolescente.

La frecuencia de gemelos es entre 4.8 % y 6.5%, los embarazos múltiples tienen un impacto en el sistema de salud debido a sus complicaciones.

La preeclampsia fue la morbilidad materna más frecuente y se presentó en el 14,8% de estos casos y la principal morbilidad encontrada en los recién nacidos fue restricción de crecimiento intrauterino el 55,2% y prematuridad 54,9%.

Por estas razones, es necesario generar nuevas hipótesis de línea germinal, desarrollar pautas de planificación familiar y los estudios regionales se centran en si los factores maternos influyen en el riesgo. Esto es para minimizar las tasas de embarazo.



1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Explicar conducta obstétrica ante trabajo de parto pre término en primigesta con embarazo gemelar

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir el caso clínico de paciente adolescente con trabajo de parto pretérmino mas embarazo gemelar de 32,3 semanas de gestación
- investigar procedimientos médicos en trabajo de parto pretérminos en embarazo gemelar
- determinar conducta obstétrica en parto pretérmino en embarazo gemelar de 32,3 semanas de gestación.



1.1. DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: XXXXXXXXXXXX	Edad: 15 años
Fecha de nacimiento: 11/03/2006	Estado civil: soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: Recinto Sara Guerrero	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: León Becerra
Fecha de ingreso: 24/04/2021	FUM: 06/09/2020

Elaborado por: Elizabeth Medina Montecel

Fuente: Historia Clínica de la Paciente

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 15 años de edad, con embarazo de 32.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación 06/09/2020, acude por emergencia con cuadro clínico de más o menos 6 horas de evolución que se caracteriza por dolor abdominal tipo contráctil, que se irradia a región lumbar.



2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	no refiere
Antecedentes patológicos familiares	no refiere
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstetricos	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	30 X 3 días
Inicio de vida sexual:	15 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas:	0
Partos:	0
Cesáreas:	0
Abortos:	0
PIG:	0
FUM:	06/09/2020
Controles prenatales del embarazo actual:	1
Ecografías:	2
Edad gestacional:	Feto 1 : 32.3 semanas por FUM y 33 por eco Feto 2 : 32.3 semanas por FUM y 32 por eco
Papanicolaou:	Ninguno

Elaborado por: Elizabeth Medina Montecel

Fuente: Historia Clínica de la Paciente



2.3. ANAMNESIS

Paciente de 15 años de edad que cursa embarazo de 32.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación (06/09/2020), antecedentes obstétricos: gestas 0, partos 0, cesárea 0, antecedentes patológicos personales no refiere, presenta carnet con un control prenatal, acude autoreferida a emergencia por presentar cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia en región lumbar, a la ecografía, producto doble vivo, feto 1 cefálico, longitudinal izquierdo, feto 2 podálico longitudinal derecho, FCF 1 148 latidos por minuto, FCF 2 138, dolor tipo contracción 6 en 10 minutos, cérvix dilatado en 4 cm con 40 % de borramiento, membranas íntegras, no se evidencia pérdida de sangre o líquido por canal vaginal, diuresis normal, score mama 0.



2.4. EXPLORACIÓN FÍSICA

Cabeza: Normocéfalo, conjuntivas pálidas, vías aéreas libres, pabellón auditivo sin anomalía, mucosas orales húmedas y normocoloreadas. Cefalea al momento del ingreso

Cuello: sin adenopatías

Tórax: simétrico, ruidos cardiacos rítmicos presentes, campos pulmonares ventilados

Mamas: simétricas, aumentadas de volumen no dolorosas no se palpan ganglios

Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos presentes y normales útero grávido altura de fondo uterino 36cm

Maniobras de Leopold: presentación longitudinal podálico, dorso izquierdo, plano alto.

FCF 1 = 148 latidos por minuto

FCF 2 = 138 latidos por minuto

Actividad uterina 6 en 10

Región genital: Tacto vaginal cérvix dilatado 4 cm

Extremidades: simétricas sin edema

Al momento del ingreso del paciente score mama 0

CLASIFICACION SCORE MAMA	VALORES DE LA PACIENTE
SISTOLE	110 mmHG
DIASTOLE	70 mmHG
FRECUENCIA CARDIACA	87
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 POR MINUTO
TEMPERATURA	36.5 ° C
SATURACION DE OXIGENO	96%
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA
PROTEINURIA	(-)

Elaborado por: Elizabeth Medina Montecel



Fuente: Historia Clínica de la Paciente

2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

EXAMENES DE LABORATORIO	
GLOBULOS BLANCOS	10.89
GLOBULOS ROJOS	3.20
HEMOGLOBINA	11.6
HEMATOCRITO	22.1
VOL. CORP. MEDIO	82.30
HEMO CORP. MEDIO	27.80
CONC. HGB. CORP. MEDIO	33.70
DIST. GB ROJOS-SD	43.20
PLAQUETAS	213.0
VOL. PLAQUET. MEDIO	11.40
GRUPO SANGUINEO	O
FACTOR RH	POSITIVO
TIEMPO DE PROTROMBINA	14.4
GLUCOSA	135 mg/Dl



UREA	16.0 mg/Dl
CREATININA	0.46 mg/Dl
ACIDO URICO	5.1 mg/Dl
TRANSAMINAZA PIRUVICA (ALT)	8
TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)	16
PRUEBA CUALITATIVA PARA SIFILIS	NO REACTIVO
LACTICO DESHIDROGENASA	486.0
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	42.4

Elaborado por: Elizabeth Medina Montecel

Fuente: Historia Clínica de la Paciente

2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Debido al cuadro clínico de la paciente, se presumía de parto pretérmino la cual no padecía de alguna patología previa, se le da un diagnóstico definitivo de Embarazo de 32.3 semanas de gestación más amenaza de parto pretérmino más primigesta muy joven. CIE 10 Z356 GESTANTE MENOR DE 16 AÑOS

2.7. CONDUCTA A SEGUIR

Paciente de 15 años con embarazo de 32.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación, que acude por emergencia autoreferida, presentando cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo



contráctil que se irradia en región lumbar, se realiza valoración Gineco Obstétrica y se decide ingreso de paciente para mantener controlada su actividad de trabajo de parto pretérmino, con la siguiente indicación:

- Control de signos vitales
 - Rastreo ecográfico
 - Monitoreo fetal cada hora
- Exámenes de laboratorio: hemograma completo, tp, tpt, plaquetas, tgo, tgp, glucosa en ayunas,
- Control de diuresis
- Dieta hipocalórica, hiposódica, hipograsa
- Cloruro de sodio al 0.9 % en 500 mL, 100 mL/hora por bomba de infusión.
- Ketorolaco 30 mg, IV cada 6 horas # 3
- Ampicilina 2 gramos iv stat.
- Tocólisis con nifedipino de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis.
- Valorar signos vitales
- Valoración ginecológica cada 2 horas posterior a la tocólisis.
- Referencia a siguiente nivel de atención. (SE BUSCA CUPO)

2.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

El índice de embarazos múltiples ha aumentado radicalmente en los últimos años en los países desarrollados, de 1 de cada 100 nacidos vivos a 1 de cada 70 nacidos vivos, y los embarazos gemelares aumentaron en un 40% y se triplicaron hasta 4 veces.



El embarazo múltiple es un embarazo de alto riesgo que, entre otros problemas, tiene una tasa más alta de nacimiento prematuro, retraso del crecimiento fetal, defectos de nacimiento y muerte fetal que los embarazos únicos.

También existen complicaciones propias de los gemelos, como: crecimiento desigual, muerte fetal, síndrome de transfusión interfetal, gemelos monocigóticos e infusión retrovascular en cualquiera de los gemelos, lo que también explica el mayor riesgo de estos embarazos.

Por otro lado, se ha demostrado que los embarazos gemelares tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Debido a que la detección prenatal es una herramienta probada para reducir el riesgo fetal, se necesitan pautas clínicas para la atención prenatal para los gemelos, que brinden un enfoque de manejo estandarizado y basado en evidencia.

Estas pautas tienen como objetivo diagnosticar rápidamente el embarazo múltiple, ubicarlo en el grupo de riesgo apropiado, encontrar rápidamente posibles complicaciones y brindar el mejor tratamiento.

2.9. SEGUIMIENTO.

La paciente ingresa a observación el 24/04/2021 Hora: 20H00

NOTA DE EVOLUCION

Paciente de 15 años de edad que cursa embarazo de 32.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación (06/09/2020), antecedentes obstétricos: gestas 0, partos 0 cesárea 0, Antecedentes patológicos personales: no refiere, llega autoreferida a emergencia por presentar cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia en región lumbar, a la ecografía, producto doble vivo, Feto 1: cefálico, longitudinal izquierdo, Feto 2 : podálico longitudinal derecho macrosómico, FCF 1: 148 latidos por minuto, FCF 2 : 138 latidos por minuto Dolor tipo contracción 6 en 10 minutos, no se evidencia pérdida de sangre o líquido por canal vaginal, diuresis normal, score mama 0



MEDIDAS GENERALES:

- Control de signos vitales
- Rastreo ecográfico
- Exámenes de laboratorio:
- Control de diuresis
- Dieta hipocalórica, hiposódica, hipograsa
- Iniciar hidratación con lactato de ringer, 30 gotas por minuto.
- Ampicilina 2 gramos iv stat.
- Ketorolaco 30 mg, IV cada 6 horas # 3
- Tocólisis con nifedipino de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis.

INDICACIONES

- Control ecográfico diario a primera hora.
- Monitoreo fetal cada cambio de guardia.
- Dieta adecuada: hipograsa, hipocalórica, hiposódica.
- Valoración ginecológica cada 2 horas, para saber si dilatación cervical aumenta de 4 cm.

24/04/2021 Pase a sala de maternidad

Hora: 21h00

NOTA DE EVOLUCIÓN:

Paciente de 15 años de edad que cursa embarazo de 32.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación (06/09/2020), antecedentes obstétricos: gestas 0, partos 0, cesárea 0, Antecedentes patológicos personales: no refiere, Acude autoreferida a emergencia por presentar cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia en región lumbar, a la ecografía, producto doble vivo, Feto 1: cefálico, longitudinal izquierdo, FCF 149 latidos por minuto. Feto 2 : podálico longitudinal derecho, 136 latidos por minutos, dolor tipo contracción leve, frecuencia 2 en 10 minutos, No se evidencia pérdida de sangre o líquido por canal vaginal, diuresis normal, score mama 0.

MEDIDAS GENERALES:



- Control de signos vitales
- Control de diuresis
- Dieta hipocalórica, hiposódica, hipograsa
- Iniciar hidratación con lactato de ringer, 30 gotas por minuto.
- Ketorolaco 30 mg, IV cada 6 horas # 3, segunda dosis.

INDICACIONES

-Control ecográfico diario a primera hora del cambio de guardia.

-Monitoreo fetal cada cambio de guardia.

-Dieta adecuada: hipograsa, hipocalórica, hiposódica

- Referencia a siguiente nivel de atención, a esperas de un cupo.

25/04/2021

Hora: 08h00

NOTA DE EVOLUCIÓN:

Paciente de 15 años de edad, con 12 horas de hospitalización, que cursa embarazo de 32.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación (06/09/2020), antecedentes obstétricos: gestas 0 Antecedentes patológicos personales: ninguno. Al momento hemodinamicamente estable, ya no refiere dolor. A la ecografía se evidencia vitalidad fetal de ambos productos, Feto 1 cefálico, longitudinal izquierdo, FCF 145 latidos por minuto, Feto 2 podálico longitudinal derecho, FCF 137 latidos por minuto. No se evidencia pérdida de sangre o líquido por canal vaginal, diuresis normal, score mama 0

MEDIDAS GENERALES:

- Control de signos vitales
- Rastreo ecográfico
- Exámenes de laboratorio
- Control de diuresis
- Dieta hipocalórica, hiposódica, hipograsa
- Iniciar hidratación con lactato de ringer, 30 gotas por minuto.

Ketorolaco 30 mg, IV cada 6 horas # 3, tercera dosis.

INDICACIONES



Control ecográfico.

-Monitoreo fetal

-Dieta adecuada:

-Referencia, a esperas de cupo en siguiente nivel de atención.

Fecha: 25/04/2021

Hora: 14h00

NOTA DE EVOLUCIÓN:

Paciente de 15 años de edad, con 18 horas de hospitalización, que cursa embarazo de 32.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación (06/09/2020)-Antecedentes obstétricos: gestas 0 -Antecedentes patológicos personales: NINGUNO-AI momento hemodinámicamente estable, -A la ecografía se evidencia vitalidad fetal de ambos productos, Feto 1 cefálico, longitudinal izquierdo, FCF 145 latidos por minuto, Feto 2 podálico longitudinal derecho, FCF 137 latidos por minuto.No se evidencia pérdida de sangre o líquido por canal vaginal, diuresis normal, score mama 0.

MEDIDAS GENERALES:

Control de signos vitales

Mantener hidratación con lactato de ringer, 30 gotas por minuto

INDICACIONES

-Se refiere a siguiente nivel de atención en compañía de Gineco-Obstetra de guardia.



3. OBSERVACIONES

Es importante mencionar que la paciente solo refirió un control prenatal, por lo cual debemos dar a conocer a las futuras madres que los controles prenatales son fundamental para poder detectar a tiempo posibles complicaciones, ya que el embarazo múltiple es un factor de riesgo que puede llegar a concluir en un parto pretermino.

Es necesario enfatizar en el primer nivel de atención que se debe realizar inmediatamente la referencia en el momento que se detecta el embarazo gemelar y así poder evitar a tiempo una amenaza de parto prematuro.

Aunque la paciente no presento ruptura prematura de membranas y en los resultados de exámenes de laboratorios no se evidencio infección utilizaron tratamiento profiláctico con antibióticos

Posterior a esto se puede corroborar que un buen manejo de las guías de prácticas clínicas y protocolos de manejo obstétrico si son de vital importancia por lo que cada profesional debería actuar de manera responsable al instruirse en cada uno de ellos.



4. CONCLUSIONES

La amenaza de parto pretermino es una complicación muy frecuente principalmente en mujeres jóvenes.

Los controles prenatales son muy importantes ya que no solo incluye la atención si no también educación, apoyo emocional y preparación para el parto.

Se puede analizar que el embarazo gemelar presenta varios factores de riesgo que puede amenazar el bienestar de la madre y los fetos, por lo que debemos diagnosticar y tratar a tiempo las complicaciones y así nos permite prevenir problemas graves que afecten sus vidas.

Aunque no conocemos la causa que desencadeno dicho trabajo de parto pretermino podemos concluir que se logró estabilizar y referir a la paciente de manera oportuna.



5. BIBLIOGRAFÍA

1. Cristina M. Laterra, S. S. (2011). Guía de práctica clínica. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiZ3_fEmvPyAhVMSjABHdmrDgkQFnoECB8QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F912%2F91222107.pdf&usg=AOvVaw31LQbwJigGCo6g5Z82Y-pH
2. Cruz Hernández, Jeddú, Hernández García, Pilar, Yanes Quesada, Marelys, Rimbao Torres, Gertrudys, Lang Prieto, Jacinto, & Márquez Guillén, Antonio. (JULIO de 2008). Macrosomía neonatal en el embarazo complicado con diabetes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300006&lng=es&tlng=es.
3. Delgado-Becerra, Aída, & Morales-Barquet, Deneb Algedi. (2013). Epidemiología del embarazo gemelar doble en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatología y reproducción humana*. *Perinatología y reproducción humana*, 27. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300003&lng=es&tlng=es.
4. Dreamstime. (2020). Siluetas de vista frontal y posterior del hombre. Cuerpo humano del vector . *Siluetas de vista frontal y posterior del hombre. Cuerpo humano del vector* . Obtenido de <https://es.dreamstime.com/siluetas-de-vista-frontal-y-posterior-del-hombre-cuerpo-humano-vector-image156621965>
5. Estefanía Chávez Fuentes. (2018). Embarazo múltiple. Chile. Obtenido de <https://es.readkong.com/page/embarazo-multiple-6147961>



6. Hospital Clínic, H. S. (2018). *MACROSOMÍA*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf>
7. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu & Universitat de Barcelona. (30 de JUNIO de 2018). PROTOCOLO MACROSOMÍA. *MACROSOMIA*. BARCELONA, ESPAÑA. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf>
8. Mayo Clinic. (29 de MAYO de 2020). MACROSOMIA FETAL. ESPAÑA. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fetal-macrosomia/symptoms-causes/syc-20372579>
9. MedClub. (2018). Algoritmo amenaza de parto pretérmino. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.facebook.com%2FMedClubPage%2Fposts%2Fobstetricia-ginecolog%25C3%25ADa-algoritmo-para-la-amenaza-de-parto-pret%25C3%25A9rmino-cie-10-o60%2F727429304256611%2F&psig=AOvVaw09EtkZZOUBcMSv2jxX1sh1&ust=163132>
10. Pérez, O. S. (2021). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. Obtenido de Pérez, Omidres, Saba, Tony, Padrón, Miguel A, & Molina V, Rafael. (2012). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo* <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=s>
11. Pérez, Omidres, Saba, Tony, Padrón, Miguel A, & Molina V, Rafael. (2012). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*.
12. Salud., O. P. (2020). Diabetes. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>



13. Sánchez, J. (Septiembre de 2018). "PARTO PRETERMINO EN EMBARAZO GEMELAR CON INCIDENCIA DE. *"PARTO PRETERMINO EN EMBARAZO GEMELAR CON INCIDENCIA DE* . Ambato, Ecuador.
14. Slideshare. (2017). *Slideshare*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/danitzaaaaa/macrosomia-fetal>
15. Valenzuela M, P. B. (2019). *PAUTAS DE MANEJO CLÍNICO DE EMBARAZOS GEMELARES*. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000100010>
16. Delgado-Becerra A, M.-B. D. (2013). Epidemiología del embarazo gemelar doble en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatol Reprod Hum. Medigraphic*, 153-160.
17. Veletanga, J. (2020). *Salud Pulica*. Quito: Edicion Medica.

6. ANEXOS

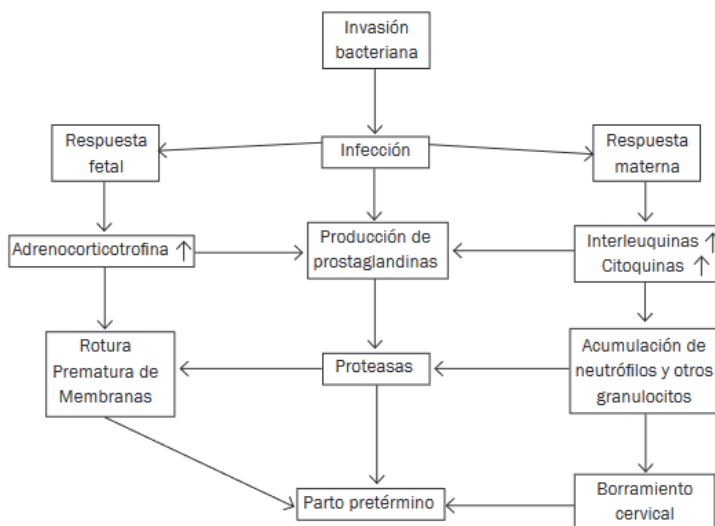
Tabla III
CUADRO RESUMEN DE RECOMENDACIONES
SOBRE DIAGNÓSTICO DE
EMBARAZO GEMELAR

DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO GEMELAR



1. Efectuar ultrasonido a las 10-14 semanas de gestación para evaluar:
 - a. Vitalidad.
 - b. Corionicidad.
 - c. Malformación congénita mayor.
 - d. Translucencia nuchal (B).
2. Determinar la corionicidad al momento del diagnóstico (II-3, C).
3. Momento ideal para determinar la corionicidad 10-14 semanas (II-3 C).

Tomado de (Valenzuela M, 2019)

Algoritmo 1. Mecanismo patogénico



Tomado de (Cristina M. Laterra, 2011)

BICORIAL	MONOCORIAL
<p>Signo de Lambda: corresponde a la extensión del tejido placentario (corion) en la base de la membrana intergemelar.</p> 	<p>Signo de la T: unión del amnios, generando un embrión monocorial biamniótico.</p> 
<p>La sensibilidad y especificidad de la ecografía para la evaluación antes de las 14 semanas de la corionicidad es de 100% y 99,8% respectivamente.</p>	

Tomado de (Estefanía Chávez Fuentes, 2018)


Clasificación

Corionicidad/amnionicidad	División postfecundación
Bicoriales/biamniótico	2 óvulos y 2 espermatozoides
Bicorial/biamniótico	1er - 3er día
Monocorial biamniótico	4º - 8º día
Monocorial monoamniótico	9º - 13º día
Siameses	Después del día 13



Tomado de (Estefanía Chávez Fuentes, 2018)

Síndrome de Transfusión feto-fetal (STFF)

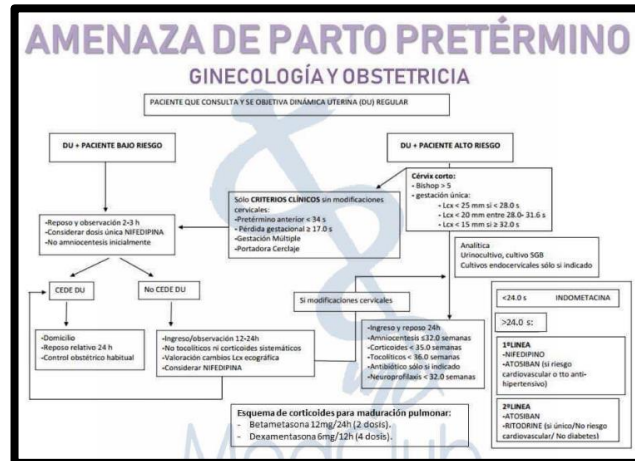


- Desorden hemodinámico severo que lleva a cambios adaptativos importantes; está asociado a cambios en la diuresis fetal que llevan a diferencias en la cantidad de líquido amniótico y el tamaño de las vejigas.
- Si en un momento determinado la transfusión crónica se desequilibra: uno de los fetos se transforma en donante y el otro en receptor.

Receptor: estado de hipovolemia (compensa con poliuria), aumento del tamaño auricular y de los factores natriuréticos, IC (representado por hidrops fetal) y óbito fetal.

Donante: oliguria, OHA, e hipovolemia mantenida, con redistribución de flujo, falla renal, alteraciones hormonales, muerte fetal.

Tomado de (Estefanía Chávez Fuentes, 2018)



Tomado de (MedClub, 2018)