



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**Componente práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Obstetrix/Obstetra**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

“Conducta obstétrica en secundigesta de 19 años con trabajo de parto gemelar de
38.6 semanas de gestación y feto papiráceo”

AUTORA

JHOAMILY AMPARO GOVEO YANDUN

TUTORA

DRA. AIDA CASTRO POSLIGUA, PhD.

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2022



ÍNDICE

TEMA	3
INTRODUCCIÓN	6
I. MARCO TEORICO.....	7
Embarazo gemelar.....	7
Clasificación del embarazo gemelar	7
Epidemiología del embarazo gemelar	8
Diagnóstico de embarazo gemelar	8
Complicaciones del embarazo gemelar.....	10
Vía de culminación del embarazo gemelar.....	11
Feto papiráceo	12
Etiología del feto papiráceo	12
Diagnóstico de feto papiráceo	13
Consecuencias maternas asociadas al feto papiráceo.....	14
Consecuencias fetales asociadas al feto papiráceo	14
Conducta obstétrica en trabajo de parto gemelar y feto papiráceo	15
Acompañamiento psicológico por muerte fetal	16
Manejo empleado en la paciente del caso clínico	17
1.1. Justificación	18
1.2. Objetivos	19
1.2.1. Objetivo general.....	19
1.2.2. Objetivos específicos	19
1.3. Datos generales.....	20
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	21
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes	21
2.2. Historia clínico del paciente	21



2.3. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	22
2.4. Examen físico (Exploración clínica).....	22
2.5. Información de exámenes complementarios realizados.....	23
2.6. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	26
2.7. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	27
2.8. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales	27
2.9. Seguimiento	28
2.10. Observaciones	31
CONCLUSIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	36



AGRADECIMIENTO

Este agradecimiento es primero a Dios quien me ha dado la oportunidad y la dicha de poder vivir cada experiencia y cada momento durante este largo camino de mi formación estudiantil y profesional siempre confiando en él y sus decisiones.

Agradezco a mi pilar fundamental que es mi familia, a mis padres Amparito y Ramiro, ellos han sido mi guía y motor por sus palabras y su apoyo que nunca faltó, por su amor cada esfuerzo está reflejado en este logro que es de todos ya que sin su ayuda no hubiese podido alcanzar, es el final de una etapa pero el comienzo de una nueva y sé que ustedes estarán como siempre, los amo mucho, gracias por su apoyo, amor y comprensión.

A mi hermano Jhampier, por cada detalle cada mensaje y palabra que me ayudó y me motivó a seguir adelante, por tu ayuda en diferentes situaciones y es más por ser uno de mis motivos de superación, te amo mucho hermano.

A mi novio Alexander, quien fue mi apoyo incondicional en toda esta trayectoria, a pesar de la distancia estuvo compartiendo cada experiencia, y más que mi pareja fue mi amigo, mi ayudante, mi confidente, mi compañero de estudio y mi pañuelo de lágrimas gracias por todo, te amo mucho.

Agradezco a los docentes que supieron guiarme y enseñarme por compartir sus conocimientos y lograr en mi tener ese amor y vocación a mi carrera.

A todos ustedes, muchas gracias ya que las pequeñas cosas que tuvieron conmigo permitieron culminar mi carrera este logro no es solo mío sino de todos ustedes y así como compartimos momentos buenos y malos pues ahora es el momento de compartir toda esta gran alegría, gracias por todo.

JHOAMILY AMPARO GOVEO YANDUN



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a DIOS, quien me dio la oportunidad de vivir esta difícil y bonita experiencia, a mis padres que son mi vida aquí está reflejado todo su sacrificio y esfuerzo y la confianza brindada en mí ,como no dedicarles cada uno de mis logros si ustedes han estado en todo el camino siempre dispuestos ayudarme y nunca dejarme caer con su amor no hubo manera de que me rindiera, madre a usted quien es y será mi fiel amiga gracias por todo por cada palabra por cada alegría y por esas lágrimas compartidas, a mi hermano por su ayuda ya que él aportó en toda esta trayectoria, a mi novio quien con su amor y ayuda me apoyó y estuvo conmigo a pesar de la distancia.

JHOAMILY AMPARO GOVEO YANDUN



TEMA

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN SECUNDIGESTA DE 19 AÑOS CON
TRABAJO DE PARTO GEMELAR DE 38.6 SEMANAS DE GESTACIÓN Y
FETO PAPIRÁCEO”



RESUMEN

El embarazo gemelar se define como la gestación de dos fetos dentro del útero materno, se estima una incidencia de 1 embarazo doble por cada 80 embarazos confirmados. Representa un gran reto para los profesionales del área gineco-obstétrica porque requiere de una atención prenatal compleja y puede presentar varias repercusiones como la muerte de uno de los fetos, de acuerdo a las características, puede denominarse “feto papiráceo”; este término, se emplea para describir un feto momificado y aplanado que suele pasar desapercibido hasta el nacimiento, con una incidencia del 2,3% y se diagnostica por ultrasonografía. En el presente caso clínico se describe el procedimiento aplicado una paciente secundigesta de 19 años referida con diagnóstico ecográfico de óbito fetal y con modificaciones cervicales por trabajo de parto a término, sin antecedentes de relevancia; el ginecólogo de guardia solicita su ingreso a sala de parto, prescribiendo antibioticoterapia y la preparación de la paciente para el parto por vía vaginal La conducta empleada fue acertada y efectiva para garantizar el bienestar del feto sobreviviente y evitar la infección sistémica en la madre, lo cual traería graves consecuencias que si no se trata de manera eficiente y a tiempo, podría llegar incluso a la muerte materna.

Palabras claves: Embarazo gemelar, trabajo de parto, feto papiráceo, ultrasonografía, modificaciones cervicales.



ABSTRACT

Twin pregnancy is defined as the gestation of two fetuses inside the mother's uterus, an incidence of 1 double pregnancy is estimated for every 80 confirmed pregnancies. It represents a great challenge for professionals in the gynecological-obstetric area because it requires complex prenatal care and can have several repercussions such as the death of one of the fetuses, according to the characteristics, it can be called "papyraceous fetus"; this term is used to describe a mummified and flattened fetus that usually goes unnoticed until birth, with an incidence of 2.3% and is diagnosed by ultrasonography. In the present patient clinical case, the procedure applied to a 19-year-old woman referred with an ultrasound diagnosis of stillbirth and with cervical modifications due to labor at term, with no relevant history, is described. the gynecologist on duty requests admission to the delivery room, prescribing antibiotic therapy and preparing the patient for vaginal delivery. which would bring serious consequences that if not treated efficiently and on time, could even lead to maternal death.

Key words: Twin pregnancy, labor, papyraceous fetus, ultrasonography, cervical modifications.



INTRODUCCIÓN

Un embarazo gemelar se refiere a la gestación simultánea de 2 fetos en el interior del útero, se considera como una gestación de alto riesgo obstétrico y constituye un gran reto para el personal de salud por su alta incidencia de morbimortalidad materna, perinatal y neonatal que desencadena. Usualmente se presenta en 1 de cada 80 embarazos y representa el 1 al 3% del total de embarazos a nivel mundial, esta cifra ha presentado un aumento por la edad materna avanzada en la primera gestación y el uso de técnicas de reproducción asistida o los inductores de ovulación (Romero et al., 2018).

En este tipo de embarazo se estima una prevalencia de mortalidad neonatal del 28%, se describen algunas complicaciones maternas y fetales asociadas a la gestación gemelar, en la madre existe mayor riesgo de diabetes gestacional, aborto espontáneo, trastornos hipertensivos, polihidramnios, hemorragia postparto; mientras que en el feto, existe mayor tendencia a la prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, muerte fetal intrauterina de ambos fetos o solo de uno que puede resultar como un hallazgo posterior al parto, este feto suele estar degenerado y deshidratado, denominándose “feto papiráceo”.

En el presente trabajo se describe un caso suscitado en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, Provincia de Los Ríos que se refiere a una paciente de 19 años transferida desde un Hospital particular de esta misma provincia por un diagnóstico de embarazo gemelar más óbito fetal, la evaluación en el hospital público consideró un manejo oportuno para evitar cualquier tipo de complicación.

La finalidad del estudio es describir la conducta obstétrica utilizada, para evidenciar que la intervención profesional oportuna es eminente en este tipo de situación poco frecuente con las características del feto obitado y contrastarlo con lo fundamentado en las referencias bibliográficas publicadas por la comunidad médico-científica consultadas.



I. MARCO TEORICO

Embarazo gemelar

El embarazo gemelar se considera como una gestación de riesgo por asociarse con múltiples complicaciones que comprometen el bienestar madre e hijo, se presenta en 1 de cada 100 embarazos, su presencia ha aumentado por las nuevas técnicas de fertilización asistida y la edad materna avanzada. La literatura describe una frecuencia de 1 en 80 para los embarazos gemelares y 1 en 6.400 para las gestaciones triples (Rencoret, 2018).

Es importante identificar su corionicidad y el número de fetos para determinar una atención adecuada e individualizada, esto se diagnosticará a través de ecografía entre las 11 a 14 semanas, en su primer control prenatal se debe categorizar los factores de riesgo y realizar un examen físico general que incluya el cálculo del índice de masa corporal (Auqui, 2020).

Por lo planteado anteriormente, se considera muy importante el seguimiento de la gestación gemelar a cargo de un profesional en el área de gineco-obstetricia para que se identifique de manera oportuna los factores de riesgo, es recomendable que se refiera a un mayor nivel de atención cuando se curse el segundo o tercer trimestre.

Clasificación del embarazo gemelar

Con respecto a la gestación gemelar, a continuación se describe una clasificación de acuerdo al genotipo:

- a) Gestación múltiple monocigótica: Los gemelos monocigóticos presentan una incidencia de 1 en 250 del total de embarazos, ocurre cuando un solo óvulo se divide al ser fecundado por un espermatozoide que forma un cigoto y luego se divide formando dos embriones. Usualmente son idénticos, tanto físicamente como genéticamente. Sus huellas dactilares pueden ser distintas. En los gemelos idénticos suele existir incongruencia por divisiones precoces que se acompañan de defectos cromosómicos simultáneos y pueden ser discordantes a malformaciones fetales cerca del 1%. Entre las



complicaciones específicas de estas gestaciones se encuentran: síndrome de transfusión feto-fetal, restricción selectiva de crecimiento intrauterino, secuencia perfusión arterial reversa, inserción velamentosa del cordón umbilical, entre otras.

b) Gestación múltiple dicigótica: Los gemelos dicigóticos tienen una incidencia del 1 al 1.5% del total de embarazos. Se produce cuando dos óvulos distintos son fecundados cada uno por 1 espermatozoide, pueden ser de distintos sexo o el mismo, con genotipo distinto y pueden o no tener el mismo grupo sanguíneo. El 60 a 80% de los casos son bicoriales y biamnióticos, se caracterizan por un patrón hereditario; mientras que los monocigóticos son aleatorios. Se concluye que los gemelos de distinto sexo siempre son dicigóticos mientras que los gemelos del mismo sexo pueden ser monocigóticos o dicigóticos (Chen, 2018).

Epidemiología del embarazo gemelar

Se describe que dos tercios de los gemelos son dicigóticos, aproximadamente el 30% con sexo diferente y el 70% del mismo sexo. Los gemelos monocigóticos conservan una tasa aproximada de tres a cinco de cada 1000 nacidos vivos (Vallejo et al., 2021).

En varios países desarrollados como Reino Unido, la incidencia de embarazos múltiples ha presentado un aumento en las últimas dos décadas. La tasa de gemelares en Estados Unidos se ha estimado en 32 por cada 1000 nacimientos. En países como Finlandia, Noruega, Suiza, Canadá, Hong Kong, Israel, Japón, Singapur y Austria se muestran cifras similares.

Diagnóstico de embarazo gemelar

Un embarazo gemelar puede diagnosticarse de manera fácil, en la mayoría de los casos mediante la valoración o examen físico:

El útero en la gestación múltiple es mayor que el esperado, aproximadamente cuatro centímetros más de acuerdo a la edad gestacional, existe un aumento del peso de la madre sin que ella presente obesidad o edema. Usualmente en los embarazos gemelares existe el aumento del líquido amniótico



o polihidramnios asociado al tamaño uterino desproporcionado. Al realizarse las maniobras de Leopold, se palpa el peloteo de más de un feto, múltiples partes pequeñas y se ausculta más de una frecuencia cardíaca con variaciones de ocho pulsaciones por minuto entre los fetos (Delabaere et al., 2021).

Diagnóstico de corionicidad

El diagnóstico de la corionicidad y amnionicidad es importante para la identificación del riesgo del embarazo gemelar. Se realiza mediante ultrasonografía en el primer trimestre, todos los embarazos bicigóticos son bicoriales (Gil, 2018). La corionicidad en embarazos monocoriales dependerá del momento de la división del óvulo fertilizado, si la división ocurre hasta el tercer día luego de la concepción, el embarazo es biamniótico y bicorial. Si ocurre entre el tercero a noveno día, es monocorial y biamniótico. Entre el noveno y el día trece será monocorial y monoamniótico. Luego de este día, el embarazo es monocorial, monoamniótico y con fusión de los fetos, lo que se denomina como siameses

El diagnóstico por ecografía de la corionicidad se realiza tomando en cuenta la presencia del signo de lambda que orienta al diagnóstico de bicorionicidad en cualquier momento de la gestación. El signo de la “T” o fusión de amnios sin corion en la base del saco se observa en las gestaciones monocoriales, este signo pierde sensibilidad luego de las 16 semanas. Otras formas de diagnosticar bicorionicidad será la presencia de placentas separadas y sexo fetal distinto. En caso de resultar difícil definir la corionicidad, se recomienda clasificar al embarazo como monocorial para garantizar un seguimiento adecuado y el diagnóstico oportuno de complicaciones.

En el momento del nacimiento es posible determinar el tipo de embarazo gemelar mediante la inspección del tabique membranoso con forma de “T” a nivel placentario; los gemelos monocoriónicos, diamnióticos presentan un tabique transparente que está compuesto por dos membranas amnióticas con la placenta donde se puede observar comunicaciones vasculares (Yaguachi, 2021).



En los gemelos dicoriónicos y diamnióticos se presenta un tabique grueso y opaco que estará compuesto por dos coriones, decidua interpuesta y dos amnios, en contraste las placentas dicoriónicas muy rara vez presentan anastomosis en los vasos sanguíneos fetales (Gil, 2018).

Complicaciones del embarazo gemelar

Complicaciones maternas

- Es más frecuente la presencia de náuseas, vómitos, anemia, cansancio, aumento de peso, pirosis y somnolencia.
- Tendencia al parto prematuro por número de fetos. En los embarazos gemelares es de 50%, 90% en los triples y en la totalidad de embarazos cuádruples o más.
- Mayor tasa de abortos.
- Trastornos hipertensivos que comprometen la salud materna y fetal.
- Anomalías placentarias.
- Polihidramnios.
- Diabetes gestacional.
- Amenaza de parto prematuro que requiere descanso y hospitalización.
- Mayor incidencia de cesáreas para garantizar resultados favorables, se indica principalmente en partos de más de 2 fetos.

Complicaciones del feto y del recién nacido

- Aborto o muerte fetal intrauterina de uno o más fetos.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Malformaciones congénitas.
- Partos pretérminos, lo que conlleva a presentar complicaciones asociadas a la prematuridad como síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, entre otras.
- Existen secuelas a largo plazo principalmente en muy prematuros, es decir con peso inferior a 1000 gramos, la principal discapacidad neurológica es la parálisis cerebral (Luscialdo, 2018).



Vía de culminación del embarazo gemelar

La vía de culminación del embarazo dependerá de la presentación fetal, debido a ello se encasillan en tres grupos:

- Presentación cefálica de los fetos: Si ambos gemelos están en presentación cefálica, se considera adecuado el nacimiento por parto vía vaginal, a menos que exista alguna indicación obstétrica que oriente a la práctica de cesárea. La condición obstétrica más frecuente para el parto por cesárea suele ser el antecedente de cicatriz uterina previa.
- Presentación no cefálica del gemelo A: Este tipo de presentación es menos frecuente y hasta la actualidad constituye una indicación de cesárea, por lo que no existe mucha evidencia sobre los nacimientos vaginales en estos casos. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) recomienda el nacimiento en estos casos por parto vía abdominal, una de las principales complicaciones que pueden presentarse es el engatillamiento intergemelar que suele suceder en 1 de cada 645 partos gemelares asociado con una mortalidad de 30 a 40% (Rodríguez & Gutiérrez, 2019).
- Presentación cefálica A y no cefálica B: Se han publicado diversas conductas a emplearse en esta presentación, entre ellas: 1. El segundo feto puede nacer cefálico si se encuentra en presentación pélvica o situación transversa luego de una versión espontánea, 2. Realización de versión cefálica externa, 3. Nacimiento del segundo gemelo en presentación pélvica a través de maniobras, 4. Ejecución de versión podálica interna cuando se encuentra en situación transversa y 5. Se emplea cesárea para el segundo gemelo, luego del nacimiento del gemelo A, es decir un nacimiento combinado (Quesnel & Martínez, 2018).

Por lo planteado acerca del manejo, se podría concluir que la vía de culminación del embarazo dependerá de la estática fetal de cada uno de los gemelos, podría considerarse el parto vaginal principalmente si la presentación es de vértice, se debe tomar en cuenta las condiciones maternas y neonatales.



Luego de realizar una descripción de diversos aspectos del embarazo gemelar, es importante describir información detallada acerca de uno de los sucesos muy relacionados con estos embarazos que corresponde a la muerte de uno de los productos de la gestación caracterizado como una momificación, lo que se denomina “feto papiráceo”.

Feto papiráceo

El feto papiráceo es un feto momificado y aplanado que no presenta cambios externos, suele presentarse usualmente en el embarazo múltiple. Su nombre “papiráceo” se refiere al término usado en la antigüedad para un tipo de papel que se empleaba en la comunicación escrita. Este tipo de feto puede pasar inadvertido dentro de la membrana corioamniótica y ocurre en un tiempo prolongado, se presenta un proceso en el segundo trimestre de deshidratación y compresión mecánica que preserva la estructura genética (Alegre & Toko, 2019).

La incidencia de muerte de un gemelo en el interior del útero se encuentra entre 2.3% a 6.2%, ocurre principalmente en el embarazo gemelar monocoriónico, existen diversas causas, entre ellas los trastornos hipertensivos, diabetes gestacional y trombofilias; además, algunas complicaciones que comprometen el bienestar materno, como la coagulación intravascular diseminada. Su diagnóstico se puede realizar mediante ultrasonido en el primer trimestre de gestación. El óbito de un feto compromete al gemelo vivo y aumenta las cifras de morbimortalidad en embarazos gemelares.

El feto papiráceo se caracteriza por tener huesos, cartílagos y se evidencia la desecación de tejidos por la muerte fetal, representa una complicación muy rara con una frecuencia de 3.7 al 6.2% de los embarazos gemelares. El feto sobreviviente resulta comprometido por la muerte del gemelo, pudiéndose presentar disgenesia renal, atresia intestinal y aplasia cutánea congénita (Mendoza et al., 2018).

Etiología del feto papiráceo

Las causas de muerte intrauterina de un gemelo suelen ser varias, de acuerdo con la literatura se han clasificado en causas fetales, ovulares y



maternas, se señala que en el 25% de los óbitos fetales se desconoce su etiología.

- Causas fetales: El síndrome de transfusión feto fetal constituye la causa más frecuente de muerte en gestaciones gemelares monocoriales, seguido de malformaciones fetales, restricción del crecimiento intrauterino e infecciones intraamnióticas que comprometen al feto (Olaya & Giraldo, 2018).
- Causas ovulares: No son muy frecuentes y se deben a hematomas retroplacentarios de gran tamaño, desprendimiento prematuro de placenta, inserción velamentosa del cordón umbilical y nudos verdaderos del cordón.
- Causas maternas: Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen la causa principal de complicación en embarazos gemelares con feto papiráceo seguido de diabetes gestacional y trombofilias adquiridas o hereditarias (Finali & Escalante, 2018).

La etiología del feto papiráceo es multifactorial, se han considerado causas fetales, ovulares y maternas, pero se estima que aproximadamente en el 50% de los casos no se puede identificar la causa, porque solo la mitad de los fetos fueron llevados a estudios anatomopatológicos.

Diagnóstico de feto papiráceo

Para su diagnóstico debe relacionarse directamente lo descrito como signos de muerte fetal, se aprecia la ausencia de movimientos fetales, no es posible la auscultación de latidos cardíacos fetales, la forma más adecuada para su detección será la ecografía obstétrica. Otros signos que se deben tomar en cuenta:

- Peso materno se aumenta o disminuye.
- Disminución de altura uterina.
- Pérdida hemática oscura por la vagina.
- Presencia del signo de negri, es decir la crepitación de la cabeza fetal cuando se realiza la palpación.



- Aumento de la consistencia del cérvix uterino debido al descenso hormonal.

Consecuencias maternas asociadas al feto papiráceo

El feto papiráceo se asocia con coagulación intravascular diseminada en una frecuencia del 11%. Las principales complicaciones a nivel materno se enfocan en los factores de coagulación y el consumo de plaquetas. La hipofibrinogenemia es la manifestación más frecuente que aparece entre las cuatro a cinco semanas luego del óbito fetal y desaparece en las primeras 48 horas postparto (Barba, 2019).

Consecuencias fetales asociadas al feto papiráceo

El feto papiráceo conlleva a que el feto sobreviviente presente desordenes multiorgánicos, aumentando el riesgo de mortalidad del 15 al 27%. Sin embargo, se debe mencionar que no toda repercusión en el feto vivo se debe a la muerte intrauterina de uno de los gemelos, se demostró que el 44% de las complicaciones fetales resultan del nacimiento prematuro (Roca & Griabal, 2019).

Las lesiones neurológicas se manifiestan en el feto sobreviviente, observándose quistes porencefálicos, hidrocefalia, hidranencefalia, encefalopatía multiquística y necrosis medular, lo que genera problemas psicomotores en el gemelo sobreviviente. Otras consecuencias observables en el feto, corresponde a alteraciones del patrón cardiaco, eritroblastosis fetal, lesiones cutáneas, sufrimiento fetal e infarto esplénico (Mendoza & Rodríguez, 2020).

La severidad de las consecuencias en el feto sobreviviente se presentan según la edad gestacional en la que se presenta la muerte fetal. En las primeras 16 semanas, la muerte del feto no compromete mayormente al feto sobreviviente, debido a la hialinización, fibrosis y degeneración de vellosidades intraplacentarias bloqueando la anastomosis entre el feto obitado y el feto vivo protegiéndolo al sobreviviente de eventos tromboembólicos o exanguinación fetal. En cambio, si la muerte fetal se presenta entre el segundo o tercer trimestre



existe una mayor predisposición a partos prematuros, lesiones neurológicas y retardo del crecimiento intrauterino.

Conducta obstétrica en trabajo de parto gemelar y feto papiráceo

La muerte de un gemelo ocurre usualmente en el primer trimestre del embarazo denominándose feto evanescente o Vanishing Twing, al presentarse a partir del segundo trimestre es denominado como feto papiráceo, momificado o compreso.

Se indica que al diagnosticarse el óbito de uno de los fetos en un embarazo gemelar, resulta muy importante garantizar un seguimiento minucioso y detallado enfocado en el feto vivo y el bienestar materno durante los controles prenatales con la finalidad de descartar complicaciones, se sugiere una actitud expectante y conservadora, tomando en cuenta al parto como principal vía de culminación del embarazo, a menos que resulte necesario una cesárea por alguna indicación (Chipana et al., 2018).

La muerte de un gemelo intraútero es un problema clínico grave pero poco frecuente, por ello es que existe información limitada sobre su manejo, encontrándose solo el reporte de algunos casos. En este tipo de embarazo resulta valiosa la utilidad de ecografía para determinar la corionicidad y amnionicidad lo que orientará el manejo obstétrico, pero se indica algunas limitaciones o dificultades, como la situación del feto obitado. Por la predisposición de lesiones neurológicas en el feto sobreviviente, unos autores recomiendan que se realice una resonancia magnética cerebral del feto luego de cuatro semanas de la desaparición del feto muerto con la finalidad de detectar el compromiso neurológico.

Los investigadores Alegre y Toko en el 2019, publicaron un reporte de caso sobre la atención de un feto papiráceo en embarazo gemelar a término, los autores llevaron a cabo una conducta obstétrica conservadora, realizando el control hematológico y ecografías seriadas, la vía de culminación fue por cesárea y se envió la placenta y el feto papiráceo a histología para su estudio. Se resalta que el manejo debe ser individualizado, prestando mucha atención al screening del primer trimestre, control periódico de factores de coagulación, realizar



ecografía Doppler fetal, valorar el crecimiento del producto, la medición del líquido amniótico, el perfil biofísico y la detección de factores de riesgo modificables y no modificables.

Acompañamiento psicológico por muerte fetal

La pérdida perinatal es una experiencia devastadora a nivel emocional en la madre, este duelo suele prolongarse por largo tiempo y en ocasiones de una manera silenciosa. En la actualidad, se le ha otorgado mayor valor debido al sufrimiento y el impacto que ocasiona, en varios hospitales a nivel mundial se ha puesto en marcha algunas guías para atender las necesidades psicológicas que desencadena la muerte del feto, fomentando la concienciación social de los profesionales de salud.

En un embarazo gemelar, existe un gran impacto sentimental debido a que la muerte de un feto implica una situación delicada para la madre porque deberá continuar con la gestación a pesar de conocer que el resultado será un feto vivo y uno muerto, este suceso requiere de gran apoyo. Las madres pueden presentar cuadros de depresión y ansiedad, se considera muy importante que a la hora de dar a conocer esta fatídica noticia es acertado que la madre se encuentre acompañada de sus familiares (Torralba, 2021).

Una vez que se haya informado a los padres, deben ellos conocer todas las opciones disponibles, es decir si desean ver o no al hijo fallecido luego del parto, estas decisiones no deben ser impuestas por los profesionales de salud. El lenguaje empleado por el profesional debe ser claro y sencillo que faciliten la comprensión de los padres y debe realizarse en un ambiente tranquilo, usualmente los progenitores demuestran vulnerabilidad, tristeza, alucinaciones de dolor, culpa e ira (López & Iriondo, 2018).

A continuación, se mencionan algunas acciones que puede realizar el profesional de obstetricia en el caso de una muerte fetal para apoyar en la pérdida:

- Acompañar a los padres, recordándoles la importancia de expresar sus sentimientos y emociones.



- Brindar las respuestas ante las dudas de los progenitores.
- Permitirles a los padres que puedan conocer y abrazar a su hijo fallecido, ello les ayudara a asimilar el duelo de mejor manera.
- No se debe aconsejar o recomendar la búsqueda de otra gestación en esta situación.
- Gestionar el seguimiento psicológico de la madre en los establecimientos del primer nivel de atención.

Manejo empleado en la paciente del caso clínico

En el Hospital donde se presentó el caso clínico se realizó un manejo de acuerdo a la literatura médica, por ser un embarazo a término se evaluó la condición del feto sobreviviente y su estática fetal para decidir la vía de culminación del embarazo, al encontrarse el producto en presentación cefálica o de vértice, se decide su atención del parto por vía vaginal, obtenido el producto vivo en condición estable y como hallazgo, un feto con características de maceramiento compatible con “feto papiráceo”, porque el producto muerto estuvo dentro del vientre materno, se considera como un foco de infección por lo tanto se prescribe antibioticoterapia intravenosa.

Es importante mencionar que existen algunos factores que pueden comprometer la atención adecuada de los embarazos de riesgo como es el caso de la gestación gemelar, uno de los factores es la pandemia actual por COVID-19 que tiene un impacto a nivel hospitalario y económico.



1.1. Justificación

Generalmente un embarazo de alto riesgo representa un reto para los profesionales de salud, lo que conlleva a la aplicación de procedimientos adecuados para salvaguardar la integridad del binomio madre-hijo.

El embarazo gemelar con muerte de uno de los fetos diagnosticados como papiráceo es un hallazgo que requiere asistencia y manejo oportuno considerando que el feto papiráceo es un feto momificado, aplanado y de menor tamaño por compresión que resulta por un embarazo gemelar que sucede en el segundo trimestre con mayor frecuencia.

La incidencia de la muerte de uno de los gemelos es de 2 al 6% según la corionicidad y de acuerdo al tiempo de embarazo, se evidencia que el 29% de decesos ocurren en el primer trimestre, mientras que luego de las 20 semanas es de 3 al 5%.

Por lo expuesto, se considera de gran importancia establecer el manejo oportuno de un embarazo gemelar que presente un feto papiráceo, además de identificar los factores predisponentes para la muerte fetal, los métodos diagnósticos y de laboratorio que orientaron el diagnóstico, fundamentando los datos observables con la información bibliográfica consultada sobre la temática, para lograr el bienestar tanto de la madre como del hijo.



1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

- Analizar la conducta obstétrica utilizada en la atención de paciente secundigesta de 19 años con trabajo de parto gemelar de 38.6 semanas de gestación y feto papiráceo.

1.2.2. Objetivos específicos

- Evaluar la atención obstétrica aplicada en el trabajo de parto gemelar y feto papiráceo en paciente secundigesta.
- Identificar las posibles causas que conllevaron al desarrollo del feto papiráceo.
- Exponer el manejo ejecutado en el establecimiento de salud y los resultados materno neonatales.



1.3. Datos generales

Nombres completos: RRGL	Sexo: Femenino.
--------------------------------	------------------------

Cedula de identificación: 1208617546	Edad: 19 años.
---	-----------------------

Fecha de nacimiento: 23/01/2002	Estado civil: Soltera.
--	-------------------------------

Nacionalidad: Ecuatoriana.	Ocupación: Ama de Casa.
-----------------------------------	--------------------------------

Nivel de estudio: Primaria.	Raza: Mestiza.
------------------------------------	-----------------------

Dirección: Nueva Buena Fe.	Religión: Católica.
-----------------------------------	----------------------------

Nivel sociocultural/económico: Bajo.	Hospital: Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo.
---	--

Fecha de ingreso: 14/02/2021	FUM: 18/05/2020
-------------------------------------	------------------------

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo
Elaborado por: Jhoamily Amparo Goveo Yandun



II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Paciente de 19 años acude por el área de emergencia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús referida por el Hospital Básico Panamericano situado en Buena Fe con diagnóstico de embarazo gemelar de 38 semanas más trabajo de parto fase latente más óbito fetal por presentar cuadro clínico de dolor en hipogastrio de leve intensidad.

2.2. Historia clínico del paciente

Antecedentes patológicos personales	No refiere.
Antecedentes patológicos familiares	No refiere.
Antecedentes quirúrgicos	No refiere.
Alergias	No refiere.
Hábitos	Ninguno.
Antecedentes Gineco-Obstétricos	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	Regulares
Inicio de vida sexual:	14 años
Planificación Familiar:	Ninguna.
Parejas sexuales:	2.
Gestas:	Gestas: 1 Partos: 1 PIG: 4 años
Fecha de la última menstruación:	18/05/2020
Controles prenatales del embarazo actual:	4
Ecografías:	1
Edad gestacional:	38.6 semanas por FUM
Papanicolaou:	No se realizó.

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo

Elaborado por: Jhoamily Amparo Goveo Yandun



2.3. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente secundigesta de 19 años, es transferida el 14 de febrero del 2021 desde un Hospital Particular situado en Buena Fe de la Provincia de Los Ríos con un cuadro clínico de dolor en hipogastrio de leve intensidad que irradia a región lumbosacra, adjunta una ecografía realizada el mismo día que reporta embarazo gemelar biamniótico bicorial de 37.3 semanas + oligohidramnios moderado+ feto 1 vivo + feto 2 obitado, no refiere ningún antecedente patológico personal o familiar de relevancia, se determina 38.6 semanas de gestación de acuerdo al FUM 18-05-2021, el médico de guardia realiza valoración general, al tacto vaginal dilatación 3cm, borramiento 30% y plano alto, decide su ingreso a sala de parto para atención por vía vaginal.

2.4. Examen físico (Exploración clínica)

Cabeza	Normo cefálica, conjuntivas normales, fascie tranquila, mucosas orales húmedas, orientada en tiempo y espacio.
Cuello	Sin adenopatías.
Cardiopulmonar	Simétrico expansible, cardiopulmonar normal, murmullo vesicular presente.
Mama	Simétricas, no dolorosas a la palpación.
Abdomen	Globuloso compatible con gestación de 38 semanas, palpación de producto único vivo a la auscultación con presentación cefálica. No se escucha latidos del feto 2.
Área genital	Cuello posterior, no sangrado genital, no pérdida de líquido amniótico.
Extremidades	Sin patología aparente, no edemas.

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo
Elaborado por: Jhoamily Amparo Goveo Yandun



2.5. Información de exámenes complementarios realizados

REPORTE ECOGRÁFICO (14/02/2021)
Ecografía obstétrica realizada el día 14 de febrero del 2021. Paciente con FUM 18 de mayo del 2020. Útero aumentado de tamaño, embarazo gemelar biamniótico bicorial. Se evidencia: Feto 1: Presentación cefálica, vivo LCF 142 lpm, situación longitudinal con el dorso fetal hacia la derecha. DBP 92mm, FL 72mm, CA 337mm y peso estimado 3251 gramos. Sexo femenino. Feto 2: Medidas no concuerdan con edad gestacional, Diámetro biparietal de 44mm, obitado. Placenta situada en pared anterior, inserción normal, madurez grado III, no se observan signos de desprendimiento placentario. Líquido amniótico grumoso, volumen adecuado ILA 7cc. Se observan asas dilatadas con contenido meconial. ID: Embarazo gemelar biamniótico bicorial de 37 semanas 3 días de gestación+ Oligohidramnios moderado + Feto 1 vivo + Feto 2 obitado.

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo
Elaborado por: Jhoamily Amparo Goveo Yandun

PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADA EL DÍA 14/02/2021		
Examen	Resultado	Valor referencial
Hemoglobina	11.7 g/dl	13-17
Hematocrito	34.9 %	40-50
Ancho de distribución eritrocitaria (RDW)c	18.1%	11.5-15.5
Plaquetas	79 10 ³ /uL	150-450
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.5 um ³	7.4-11
Glóbulos blancos	10.17 10 ³ /uL	4-10



Linfocitos (%)	14.7%	25-40
Neutrófilos (%)	80.4%	55-65
Eosinófilos (%)	0.3%	0.5-5
Tiempo de protrombina TP	14 seg	12-14
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP)	31 seg	20-40

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo
Elaborado por: Jhoamily Amparo Goveo Yandun

PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADA EL DÍA 15/02/2021		
Examen	Resultado	Valor referencial
Hemoglobina	12.8 g/dl	13-17
Hematocrito	38.6 %	40-50
Ancho de distribución eritrocitaria (RDW)c	18.4 %	11.5-15.5
Plaquetas	99 10 ³ /uL	150-450
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.6 um ³	7.4-11
Glóbulos blancos	10.95 10 ³ /uL	4-10
Linfocitos (%)	10.3 %	25-40
Neutrófilos (%)	84.9 %	55-65
Eosinófilos (%)	0.6 %	0.5-5

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo
Elaborado por: Jhoamily Amparo Goveo Yandun



PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADA EL DÍA 17/02/2021		
Examen	Resultado	Valor referencial
Hemoglobina	11.7 g/dl	13-17
Hematocrito	34.8 %	40-50
Ancho de distribución eritrocitaria (RDW)c	18.2 %	11.5-15.5
Plaquetas	104 10 ³ /uL	150-450
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.7 um ³	7.4-11
Glóbulos blancos	10.04 10 ³ /uL	4-10
Linfocitos (%)	14.1 %	25-40
Neutrófilos (%)	80.4 %	55-65
Eosinófilos (%)	1.7 %	0.5-5

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo
Elaborado por: Jhoamily Amparo Goveo Yandun

PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADA EL DÍA 18/02/2021		
Examen	Resultado	Valor referencial
Hemoglobina	10.6 g/dl	13-17
Hematocrito	31.5 %	40-50
Ancho de distribución eritrocitaria (RDW)c	18.1 %	11.5-15.5
Plaquetas	108 10 ³ /uL	150-450



Volumen plaquetario medio (VPM)	11.3 μm^3	7.4-11
Glóbulos blancos	9.29 $10^3/\text{uL}$	4-10
Linfocitos (%)	20.7 %	25-40
Neutrófilos (%)	71.6 %	55-65
Eosinófilos (%)	3.6 %	0.5-5

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo

Elaborado por: Jhoamily Amparo Goveo Yandun

2.6. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Al ingreso por el área de emergencia del establecimiento de salud, se cuenta con los resultados de una ecografía donde se refiere la muerte de uno de los fetos; se aprecia una disminución de sus medidas antropométricas y se reporta como óbito fetal, se puede mencionar algunos diagnósticos diferenciales y el diagnóstico definitivo que resultó luego del parto al evidenciar las características del feto muerto (maceración, deshidratación y momificado).

Diagnóstico diferencial:

- Feto acardio: Puede establecerse una semejanza con el feto papiráceo, por la pérdida de forma del feto, pero en el feto papiráceo como su nombre lo indica es como un papel y usualmente se junta con la placenta.
- Fetus in fetus: En algunos casos el feto papiráceo se adhiere fuertemente a la placenta y no se logra observar por ecografía, debido a ello se suele considerar que quizás esta junto al feto sobreviviente, como un gemelo parásito.

Diagnóstico definitivo:

- Embarazo de 38.6 semanas de gestación más feto papiráceo.



2.7. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

Se realizó la valoración del especialista en ginecológica y obstétrica, el mismo que indica el ingreso de la paciente el día 14 de febrero a las 14h20, a sala de parto por su actividad contráctil, dilatación y borramiento, cursando la fase latente del trabajo de parto, por la condición del óbito fetal se prescribe administración intravenosa de antibióticos (Ampicilina + Sulbactam).

El parto fisiológico se atendió el día 14/02/2021 a las 19h00 con diagnóstico de Embarazo de +- 38 semanas más óbito fetal. *Descripción de procedimiento:* Paciente se encuentra en sala de parto en posición semisentada con dilatación completa, se colocan los campos estériles, realizando asepsia y antisepsia de región vulvoperineal, resultando un parto eutócico gemelar, obteniendo un recién nacido vivo sexo femenino Apgar 8/9 al minuto y un feto muerto macerado compatible con características de feto papiráceo, el líquido amniótico claro.

Diagnostico Postparto: Puerperio fisiológico inmediato + trombocitopenia.

2.8. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

En la actualidad, se estima que los embarazos múltiples representan el 12% de las concepciones espontáneas, pero solo el 14% de ellos llegan a término, en algunos casos se pierde el embarazo por completo, pero en otras ocasiones solo existe la muerte intrauterina de un feto y el embarazo sigue su curso de forma satisfactoria. La muerte de un gemelo en el útero como ocurre en la situación denominada "feto papiráceo", aumenta el riesgo de morbimortalidad del gemelo sobreviviente y alteraciones en la coagulación de la madre que conlleva a infección y hemorragia, es por ello que se considera necesaria la atención médica especializada y un control prenatal temprano, periódico y completo.



2.9. Seguimiento

Se describen los principales hallazgos en la evolución clínica de la paciente luego de la atención del parto realizada por Embarazo de +- 38 semanas más óbito fetal.

Fecha: 15/02/2021	Servicio: Ginecología y Obstetricia
<p>Paciente femenina de 19 años de edad, al momento cursa con +- 12 horas de evolución, al momento hemodinámicamente estable, activa, afebril, orientada en tiempo y espacio y colabora en el interrogatorio.</p> <p>Al examen físico: fascie normal, mucosas húmedas, abdomen blando depresible no doloroso, a la palpación útero contraído por debajo de cicatriz umbilical y loquios hemáticos escasos.</p> <p>ID: Puerperio fisiológico inmediato CIE O80.</p>	<p><u>Farmacoterapia e indicaciones</u></p> <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales.• Cuidados de enfermería.• Asesoría sobre signos de alarma materna y del RN.• Alojamiento conjunto.• Asesoría sobre lactancia materna. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de Na 0.9% 1000cc, pasar 30 gotas por minuto.• Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6 horas.• Metronidazol 500 mg IV cada 12 horas.• Paracetamol 500 mg VO cada 6 horas.
Fecha: 16/02/2021	Servicio: Ginecología y Obstetricia
<p>Paciente femenina de 19 años de edad, al momento cursa con +- 36 horas de evolución, al momento estable, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio.</p> <p>Al examen físico: fascie normal, mucosas húmedas, mamas flácidas con presencia de calostro, abdomen blando depresible no doloroso, a la palpación útero contraído por</p>	<p><u>Farmacoterapia e indicaciones</u></p> <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales cada 8 horas.• Cuidados de enfermería.• Signos de alarma materna y del RN.• Lactancia materna exclusiva.• Dieta general.• Comunicar novedades.



<p>debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos y extremidades sin edema.</p> <p>ID: Puerperio fisiológico mediato CIE O80 más trombocitopenia.</p>	<p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de Na 0.9% 1000cc, pasar 30 gotas por minuto.• Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6 horas.• Metronidazol 500 mg IV cada 12 horas.• Paracetamol 500 mg VO cada 6 horas.
<p>Fecha: 17/02/2021</p>	<p>Servicio: Ginecología y Obstetricia</p>
<p>Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, al momento cursa con puerperio fisiológico +- 60 horas de evolución, al momento estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, refiere sentirse bien.</p> <p>Al examen físico: fascie normal, mucosas húmedas, mamas flácidas con presencia de calostro, abdomen blando depresible no doloroso, a la palpación útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos y extremidades sin edema.</p> <p>Resultados de laboratorio (15/02/2021) Hb: 12.8 Plt: 99 Hcto: 38.6 Leu: 10.95</p> <p>ID: Puerperio fisiológico mediato más trombocitopenia. CIE Z390 + B69</p>	<p><u>Farmacoterapia e indicaciones</u></p> <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales• Cuidados de enfermería.• Signos de alarma materna-RN.• Charla planificación familiar.• Lactancia materna exclusiva.• Dieta general.• Comunicar novedades. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de Na 0.9% 1000cc, pasar 30 gotas por minuto.• Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6 horas.• Metronidazol 500 mg IV cada 12 horas.• Paracetamol 500 mg VO cada 6 horas.
<p>Fecha: 18/02/2021</p>	<p>Servicio: Ginecología y Obstetricia</p>



<p>Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, al momento cursa con puerperio fisiológico +- 84 horas de evolución, al momento hemodinámicamente estable, afebril, activa, orientada en tiempo y espacio.</p> <p>Al examen físico: fascie normal, mucosas húmedas, abdomen blando depresible no doloroso, a la palpación útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos y extremidades sin edema. Tolera la vía oral y la deambulacion. Resultados de laboratorio (18/02/2021) Hb: 10.6 Plt: 108 Hcto: 31.5 Leu: 9.29 ID: Puerperio fisiológico mediato más trombocitopenia. CIE Z390 + B69</p>	<p><u>Farmacoterapia e indicaciones</u></p> <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales• Cuidados de enfermería.• Signos de alarma materna-RN.• Lactancia materna exclusiva.• Dieta general. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Cloruro de Na 0.9% 1000cc, pasar 30 gotas por minuto.• Ampicilina + Sulbactam 1.5 g IV cada 6 horas.• Metronidazol 500 mg IV cada 12 horas.• Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas.
<p>Fecha: 19/02/2021</p>	<p>Servicio: Ginecología y Obstetricia</p>
<p>Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, cursa su quinto día de puerperio fisiológico mediato.</p> <p>Al momento hemodinámicamente estable, afebril, activa, colabora con el interrogatorio, orientada en tiempo y espacio.</p> <p>Al examen físico: Abdomen depresible no doloroso a la palpación, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos.</p> <p>ID: Puerperio fisiológico mediato CIE O80</p>	<p><u>Alta Médica</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Asesoría de planificación familiar.• Lactancia materna exclusiva. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas.• Sulfato ferroso 100 mg VO cada día.• Levonorgestrel 0,03 mg blister.

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo

Elaborado por: Jhoamily Amparo Goveo Yandun



2.10. Observaciones

Se realizó la revisión de diversos artículos e investigaciones realizadas por la comunidad médica y científica con la finalidad de analizar el manejo o la conducta a seguir en un embarazo gemelar con diagnóstico de feto papiráceo.

En el caso clínico expuesto se observa un manejo oportuno de la gestante referenciada de otra unidad de salud con la valoración especializada por el ginecólogo de guardia que decide su ingreso y culminación del parto por vía vaginal, luego se aprecia el seguimiento diario a cargo del equipo multidisciplinario.

De acuerdo con la literatura revisada y el caso clínico descrito, se considera que al diagnosticarse una muerte fetal en un embarazo gemelar, es importante realizar un seguimiento permanente y exhaustivo del feto vivo a través de la ultrasonografía, además de exámenes de laboratorio en la madre porque puede resultar comprometida su coagulación; será necesario evaluar algunas condiciones para decidir la vía de culminación del parto, entre ellas la estática fetal.

Resulta importante brindar el apoyo psicológico en la madre porque la pérdida perinatal es una experiencia que compromete el estado emocional de la madre, por ello los profesionales de salud deben apoyar a la puérpera para que afronte el duelo, en algunos hospitales del mundo se aplican algunas guías orientadas a cubrir las necesidades psicológicas de la madre luego de la muerte fetal.



CONCLUSIONES

- La conducta obstétrica empleada en la atención de la paciente secundigesta de 19 años en trabajo de parto gemelar de 38.6 semanas de gestación y feto papiráceo fue óptima porque se realizó una valoración adecuada desde su ingreso y determinando la condición del feto vivo, motivo por el cual se decidió su ingreso para la atención del parto al presentar modificaciones cervicales y ser un embarazo a término.
- La atención obstétrica utilizada concuerda con la literatura revisada, se realizó una valoración especializada a cargo del ginecólogo de guardia determinando el ingreso, se emplea antibioticoterapia profiláctica y se atiende el parto por vía vaginal.
- Resulta un poco complicado establecer la etiología, no se dispone de ecografía del primer trimestre y la paciente tuvo una historia deficiente de controles prenatales probablemente por la situación actual de pandemia por COVID-19. Según la ecografía del tercer trimestre, corresponde a un embarazo dicoriónico, este dato no es de mucha validez porque el momento adecuado para determinar esta información es a través de una ecografía de primer trimestre. Una causa o aspecto que guarda relación con el diagnóstico de feto papiráceo puede ser la trombocitopenia.
- Los resultados maternos correspondían a trombocitopenia y anemia, mientras que los resultados neonatales fueron favorables, no presentó ninguna complicación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegre, P., & Toko, M. (2019). Feto papiráceo en embarazo gemelar a término obtenido por cesárea. *Gaceta Médica Boliviana*. 42(2).
- Auqui, A. (2020). Embarazo Gemelar Biamniótico Bicoriónico con Restricción del Crecimiento Intrauterino Grado III G1. Reporte de un caso. *Dominio de las Ciencias*. 6(3), 12.
- Barba, S. (2019). Pautas de manejo del embarazo múltiple complicado con la muerte fetal in útero de un gemelo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 77(2), 10.
- Chen, X. (2018). Gestación múltiple. *Revista Médica Sinergia*. 3(5).
- Chipana, M., Guardia, L., & Arribas, T. (2018). Feto papiráceo en gestación gemelar y síndrome de Edwards: A propósito de un caso. *Revista Científica Ciencia Médica*. 17(1), 43-46.
- Chirino, G., Salazar, G., & García, M. (2019). Valores éticos en perinatología. El feto como paciente. *Redalyc*. 23(1), 7-11.
- Delabaere, A., Curinier, S., & Gallot, D. (2021). Estrategia de diagnóstico prenatal y tratamiento de las patologías relacionadas con el embarazo múltiple. *EMC-Ginecología y Obstetricia*. 57(1), 1-11.
- Finali, P., & Escalante, R. (2018). Gemelo acardio. Reporte de un caso a término. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(4), 7.
- Gil, E. (2018). Diagnóstico ecográfico de la corionicidad y amnionicidad en el embarazo múltiple. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 61(3).
- López, A., & Iriondo, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: Acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*. 3(9).



- Luscialdo, S. (2018). Resultados perinatales del embarazo gemelar. *Revista Latino-Americana de Pediatría*, 18(4), 4.
- Mendoza, L., & Rodríguez, A. (2020). Feto papiráceo. *Revista del Hospital Juárez de México*. 77(2), 3.
- Mendoza, L., Sánchez, R., & Camacho, G. (2018). Feto papiráceo. *Revista del Hospital Juárez de México*.
- Olaya, M., & Giraldo, A. (2018). Enfoque de las gestaciones múltiples de diagnóstico difícil durante la autopsia perinatal. *Revista de Ciencias de la Salud*, 15(3), 6.
- Quesnel, C., & Martínez, O. (2018). Parto gemelar ¿Es una opción segura?. *Revista Ginecología y Obstetricia México*. 79(10), 621-630.
- Rencoret, G. (2018). Embarazo gemelar. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 25(6), 964-971.
- Roca, M., & Griabal, M. (2019). Vanishing twin y feto papiráceo en el segundo trimestre de gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 13(9), 4.
- Rodríguez, J., & Gutiérrez, J. (2019). Embarazo gemelar monocoriónico monoamniótico. Presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(4), 6.
- Romero, M., Hernández, M., & Fasolino, A. (2018). Complicaciones feto-neonatales del embarazo múltiple. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 75(1).
- Torralba, M. (2021). Acompañamiento en el duelo perinatal por el personal de salud. *Revista Portales Médicos*. 16(15), 818.
- Vallejo, D., Rangel, Y., & Angarita, A. (2021). Estado actual del embarazo gemelar: Revisión de la literatura. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. 44(3).



Yaguachi, F. (2021). Factores de riesgo de embarazo gemelar que conllevan a la muerte de un gemelo intra útero en embarazos múltiples [Post Grado, Universidad Católica Santiago de Guayaquil].
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/17291/1/T-UCSG-POS-EN-7.pdf>



Anexo 3. Informe ecográfico

ULTRASONIDO
DIAGNOSTICO PANAMERICANO

DOCTOR (A): Jorge Romero.
NOMBRE: Gissela Rizzo.
EDAD: 19 años.
FECHA: 14 de Febrero del 2021

INFORME ECOGRÁFICO OBSTETRICO

Se realiza ecografía obstétrica por vía abdominal a paciente con FUM 18 de Mayo del 2020, en la que se evidencia:

Útero aumentado de tamaño, embarazo gemelar bianmótico bicorial.
Feto 1 vivo presentación cefalica. Situación longitudinal con el dorso fetal hacia la derecha.
Feto 2 pequeño **OBITADO** DBP de 44 mm.

FETO 1
DBP 92 mm.
FL 72 mm.
CA 337 mm.

Según fetometría paciente cursa con embarazo de 37 semanas 3 días de gestación.
Latidos cardiacos fetales de 142 x min.
Peso fetal estimado 3251 gramos.

Placenta ubicada en la pared anterior.
Inserción normal.
Madurez grado III
No se observan signos de desprendimiento placentario en este estudio.

Líquido amniótico grumoso de volumen adecuado ILA 7 ml.
Se observan asas dilatadas con contenido **MECONIAL**.

Sexo.- Femenino.

**ID ECOGRAFICO.- EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO BICORIAL.
DE 37 SEMANAS 3 DIAS DE GESTACION.
OLIGOHIDRAMNIOS MODERADO.
FETO 1 VIVO, PRESENTACIÓN CEFALICO.
FETO 2 OBITADO.**

Atentamente,

Dr. Evelin Romero Z.
REG. SANEAMIENTO 100511 1093168

Dirección: AV. 7de Agosto y Alejandro García "CLINICA PANAMERICANO"
Teléfono: 052951005 EXT. 110
BUENA FE - LOS RIOS



Anexo 4. Resultados de exámenes de laboratorio

QUEVEDO - MOCACHE
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guayacanes #400
 Telfs.: 052750373
 laboratorio.hscj.czs5@gmail.com

DIRECCIÓN DISTRITAL 12003
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

ORDEN NO. 21021476
RIZZO REYES GISELA LISETH
 Identificación: 1208617546
 Edad: 19 años Sexo: Femenino
 Servicio: Parto
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2021-02-14 1:51PM
 Fecha de Impresión: 2021-02-14 2:42PM

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	4.01	10 ⁶ /μL	4 - 6
Hemoglobina	↓ 11.7	g/dL	13 - 17
Hematocrito	↓ 34.9	%	40 - 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	86.9	μm ³	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	29.1	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.5	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	↑ 18.1	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s	57.8	μm ³	
Plaquetas	↓ 79	10 ³ /μL	150 - 450
Plaquetocrito	0.10	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	↑ 12.5	μm ³	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	17.6	%	10 - 18
Glóbulos Blancos	↑ 10.17	10 ³ /μL	4 - 10
Linfocitos (%)	↓ 14.7	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	↑ 80.4	%	55 - 65
Monocitos (%)	4.5	%	2 - 10
Eosinófilos (%)	↓ 0.3	%	0.5 - 5
Basófilos (%)	0.1	%	0 - 2
Células Granulares Inmaduras (%)	1.2	%	
Linfocitos (#)	1.50	10 ³ /μL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)	↑ 8.17	10 ³ /μL	1.6 - 7
Monocitos (#)	0.46	10 ³ /μL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)	0.03	10 ³ /μL	0 - 0.5
Basófilos (#)	0.01	10 ³ /μL	0 - 0.2
Células Granulares Inmaduras (#)	0.12	10 ³ /μL	

QUEVEDO - MOCACHE
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guayacanes #400
 Telfs.: 052750373
 laboratorio.hscj.czs5@gmail.com

Grupo Sanguíneo
 Factor Rh: O
 Resultado: Positivo
Muestra adecuada - Método: Aglutinación

Validado por: Lic. Walter Cedeño

COAGULACIÓN

Tiempo de Protrombina TP	14	seg.	12 - 14
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	31	seg.	20 - 40

Muestra adecuada - Método: Coagulometría Automática

Validado por: Lic. Walter Cedeño

AUTOINMUNES E INFECCIOSAS

HIV 1 + 2 Tercera Generación	Negativo
------------------------------	----------

Muestra adecuada - Método: Inmunocromatografía

TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IgG/IgM	Negativo
--	----------



QUEVEDO - MOCACHE
 HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guayacanes #400
 Telfs.: 052750373
 laboratorio.hscj.cz55@gmail.com

DIRECCIÓN DISTRITAL 12001
 HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

ORDEN NO. 21021537
 RIZZO REYES GISSELA LISETH

Identificación: 1208617546
 Edad: 19 años Sexo: Femenino
 Servicio: Cirugía Cama: 70
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2021-02-15 11:20AM
 Fecha de impresión: 2021-02-15 11:44AM

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	4.42	10 ⁶ /μL	4 - 6
Hemoglobina	↓ 12.8	g/dL	13 - 17
Hematocrito	↓ 38.6	%	40 - 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	87.3	μm ³	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	29.0	Pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.2	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	↑ 18.4	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s	58.9	μm ³	
Plaquetas	↓ 99	10 ⁹ /μL	150 - 450
Plaquetocrito	0.12	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	↑ 12.6	μm ³	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	17.8	%	10 - 18
Glóbulos Blancos	↑ 10.95	10 ⁹ /μL	4 - 10
Linfocitos (%)	↓ 10.3	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	↑ 84.9	%	55 - 65
Monocitos (%)	4.1	%	2 - 10
Eosinófilos (%)	0.6	%	0.5 - 5
Basófilos (%)	0.1	%	0 - 2
Células Granulares Inmaduras (%)	1.6	%	
Linfocitos (#)	1.13	10 ⁹ /μL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)	↑ 9.29	10 ⁹ /μL	1.6 - 7
Monocitos (#)	0.45	10 ⁹ /μL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)	0.07	10 ⁹ /μL	0 - 0.5
Basófilos (#)	0.01	10 ⁹ /μL	0 - 0.2
Células Granulares Inmaduras (#)	0.18	10 ⁹ /μL	



QUEVEDO - MOCACHE
 HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guayasanes #400
 Telfs : 052750373
 laboratorio.hscj.sas5@gmail.com

ORDEN NO. 21021768
 RIZZO REYES GISELA LISETH

Identificación: 1208617546
 Edad: 19 años Sexo: Femenino
 Servicio: Ginecología Cama: 70
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2021-02-17 9:50AM
 Fecha de impresión: 2021-02-17 11:53AM

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	↓ 3.98	10 ⁶ /μL	4 - 6
Hemoglobina	↓ 11.7	g/dL	13 - 17
Hematocrito	↓ 34.8	%	40 - 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	87.4	μm ³	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	29.5	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.7	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	↑ 18.2	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s	58.8	μm ³	
Plaquetas	↓ 104	10 ⁹ /μL	150 - 450
Plaquetocrito	0.12	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	↑ 11.7	μm ³	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	16.9	%	10 - 18
Glóbulos Blancos	↑ 10.04	10 ⁹ /μL	4 - 10
Linfocitos (%)	↓ 14.1	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	↑ 80.4	%	55 - 65
Monocitos (%)	3.7	%	2 - 10
Eosinófilos (%)	1.7	%	0.5 - 5
Basófilos (%)	0.1	%	0 - 2
Células Granulares Inmaduras (%)	1.0	%	
Linfocitos (#)	1.42	10 ⁹ /μL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)	↑ 8.07	10 ⁹ /μL	1.6 - 7
Monocitos (#)	0.37	10 ⁹ /μL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)	0.17	10 ⁹ /μL	0 - 0.5
Basófilos (#)	0.01	10 ⁹ /μL	0 - 0.2
Células Granulares Inmaduras (#)	0.10	10 ⁹ /μL	



GUEVEDO - MOGACHE
 HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guayacanes #402
 Telfs.: 052750373
 laboratorio.hecj.caf@gmail.com

DIRECCIÓN DISTRITAL 13009
 HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

ORDEN NO. 21021813
RIZZO REYES GISELA LISETH
 Identificación: 1208617546
 Edad: 18 años Sexo: Femenino
 Servicio: Cirugía Cama: 70
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2021-02-18 1:43AM
 Fecha de impresión: 2021-02-18 2:16AM

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	↓ 3.52	10 ⁶ /μL	4 - 6
Hemoglobina	↓ 10.6	g/dL	13 - 17
Hematocrito	↓ 31.5	%	40 - 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	87.0	μm ³	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	29.4	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.8	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	↑ 18.1	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs)	58.1	μm ²	
Plaquetas	↓ 108	10 ³ /μL	150 - 450
Plaquetocrito	0.12	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	↑ 11.3	μm ³	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)	17.2	%	10 - 18
Glóbulos Blancos	9.29	10 ³ /μL	4 - 10
Linfocitos (%)	↓ 20.7	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	↑ 71.6	%	55 - 65
Monocitos (%)	4.0	%	2 - 10
Eosinófilos (%)	3.6	%	0.5 - 5
Basófilos (%)	0.1	%	0 - 2
Células Granulares Inmaduras (%)	1.6	%	
Linfocitos (#)	1.93	10 ³ /μL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)	6.65	10 ³ /μL	1.5 - 7
Monocitos (#)	0.37	10 ³ /μL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)	0.33	10 ³ /μL	0 - 0.5
Basófilos (#)	0.01	10 ³ /μL	0 - 0.2
Células Granulares Inmaduras (#)	0.14	10 ³ /μL	

Anexo 5. Feto papiráceo

