



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención  
del grado académico de Obstetriz**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

**Conducta obstétrica en múltipara de 30 años de edad embarazada  
de 36.2 semanas de gestación con óbito fetal**

**AUTORA**

Kerly Aracelly Moncada Mora

**TUTOR**

Dr. Hugo Alvarado Franco

**Babahoyo- Los ríos- Ecuador**

**2021**



## ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO .....	4
II. DEDICATORIA .....	5
III. TEMA.....	6
IV. RESUMEN.....	7
V. ABSTRACT.....	8
VI. INTRODUCCION .....	9
1. MARCO TEÓRICO .....	10
1.2 DEFINICIÓN .....	10
1.3 CLASIFICACION.....	10
1.3.1. Anomalías de las partes óseas .....	10
1.3.2 Anomalías de las partes blandas .....	110
1.3.3 Distocias de las fuerzas expulsivas .....	11
1.3.4 Distocias de presentación cefálica .....	11
1.3.5 Distocias en cuanto a la variedad de posición.....	11
1.3.6 Distocia en cuanto a la actitud de la cabeza.....	12
1.3.7 Distocia por presentación pélvica .....	12
1.3.8 Distocia de hombros .....	12
1.4. Etiología .....	13
1.5 Factores de riesgo.....	13
1.6 Diagnostico .....	13
1.7 Manejo .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.8 Epidemiología.....	16
1.9 Justificación.....	16
1.10 OBJETIVOS .....	16
1.10.1 Objetivo general .....	16



1.10.2	Objetivos específicos .....	17
1.11	Datos generales .....	17
2.	METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO .....	18
2.1	ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA .....	18
2.2	ANAMNESIS .....	19
2.3	EXPLORACIÓN CLÍNICA .....	20
2.4	INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	21
2.5	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	23
2.6	CONDUCTA A SEGUIR.....	23
2.7	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	23
2.8	SEGUIMIENTO.....	24
3.	OBSERVACIONES.....	25
4.	CONCLUSIONES .....	25
5.	BIBLIOGRAFÍA.....	26



## I. AGRADECIMIENTO

En este mundo, no hay nada más extenso que mi gratitud, por eso quiero comenzar agradeciendo a Dios por darme salud, fuerzas y sobre todo dirección en cada paso de mi carrera. Por las manos que me dio, que con agilidad me ayudan a servir a los demás, como señal de productividad y aptitud.

A mis padres y hermano por su cariño, respeto y ayuda, por hacerme inquebrantable en cada paso de mi vida.

No solo mi familia, sino también a mis maestros y colegas, por hacer que cada día de mi vida esté lleno de episodios exitosos e inolvidables.



## II. DEDICATORIA

Dedico esté presente trabajo a Dios, que me preste sus manos cuando las necesite, porque cada acción y palabra de aliento me ayudará a mantener la firmeza y la perseverancia. A mis padres que sin ellos no hubiera podido lograr todo esto, por ese apoyo incondicional, y sus sabios concejos que me ayudaron a orientarme en mi carrera.

A mi esposo por darme su protección y amor absoluto. A mi hija que es mi motor fundamental y quien me da esas ganas de superarme a diario.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



### III. TEMA

**“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN MULTÍPARA DE 30 AÑOS DE EDAD  
EMBARAZADA DE 36.2 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ÓBITO FETAL”**



#### IV. RESUMEN

La presente investigación se aborda temas relacionados a las complicaciones obstétricas durante la gestación, parto y el puerperio, con un enfoque basado en distocias de presentación durante el parto gemelar prematuro que en muchas ocasiones termina en óbito fetal de uno de los productos. El embarazo gemelar tiene una mayor incidencia de complicaciones perinatales que el embarazo único y para demostrarlo se presenta el caso clínico de una paciente de 30 años de edad, cursando su quinta gestación, y al igual que los anteriores éste correspondería a su quinto parto. No refiere abortos ni cesáreas. Actualmente cursa con un embarazo gemelar de 36.2 semanas de gestación, corroborado *por F.U.M. 25/08/2020* donde dicha paciente decide acudir al hospital básico Nicolás Cotto Infante en la ciudad de Vinces por dolor tipo contráctil a nivel hipogastrio que se irradia a región lumbosacra de leve intensidad de más o menos 10 horas de evolución. La paciente refiere que se ha realizado 4 controles durante todo su embarazo y no se realizó ecografías de control. Al llegar y al ser interceptada para la evaluación obstétrica ambos fetos tienen movimientos activos, al tacto dilatación de 2cm. Cérvix de posición central y ya ha eliminado el tapón mucoso. Es sometida a trabajo de parto el cual se ve obstaculizado e interrumpido por la presentación, resultando en hipoxia fetal de uno de los productos.

**Palabras clave:** Distocia de presentación, óbito fetal, embarazo gemelar.



## V. ABSTRACT

This research addresses issues related to obstetric complications during pregnancy, childbirth and the puerperium, with an approach based on dystocia of presentation during premature twin birth that often ends in fetal death of one of the products. Twin pregnancy has a higher incidence of perinatal complications than single pregnancy and to demonstrate this, the clinical case of a 30-year-old patient is presented, in her 5th gestation, and like the previous ones, this would correspond to her fifth delivery. He does not refer to abortions or caesarean sections. She is currently carrying a twin pregnancy of 36.2 weeks of gestation, corroborated by F.U.M. 08/25/2020 where said patient goes to the Nicolas Cotto Infante basic hospital in the city of Vinces for contractile pain at the hypogastric level that radiates to the lumbosacral region of mild intensity of more or less 10 hours of evolution. The patient reports that she has undergone 4 check-ups throughout her pregnancy and no control ultrasound was performed. Upon arrival and upon being intercepted for obstetric evaluation, both fetuses had active movements, a 2cm dilation to the touch. Cervix in central position and the mucous plug has already been removed. She is subjected to labor which is hampered and interrupted in the presentation of the products, resulting in fetal hypoxia of one of the products.

**Key words:** Presenting dystocia, stillbirth, twin pregnancy.





## VI. INTRODUCCION

El trabajo de parto gemelar alterado se caracteriza porque progresa con lentitud anormal debido a contracciones uterinas ineficaces, presentación o posición fetal anormal, hueso pelviano incompatible o anomalías de los tejidos blandos pélvicos de la madre, más común en mujeres nulíparas. (Andrade Macías, 2018). Las distocias constituyen uno de los principales objetos de estudio en la práctica ginecológica y obstétrica, debido su repercusión negativa sobre la vida de la madre. Es así, la importancia estudiar su prevalencia y factores asociados en nuestra área (Cuenca, 2017).

Cabe recalcar que este tipo de situaciones dependen mucho del manejo adecuado de acuerdo a los protocolos a seguir para así disminuir la muerte tanto materna como perinatal optando por difundir estrategias obstétricas para reducir la distocia de presentación durante el parto único o gemelar asociada con la morbilidad y mortalidad materno-fetal en mujeres embarazadas (Andrade Macías, 2018).



## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.2 Definición

La distocia de hombros es una de las primeras urgencias obstétricas, debido a la alta morbilidad materna y la posible morbilidad neonatal. Sus principales características son la baja frecuencia de aparición y la presentación inesperada e impredecible. Hay distocias fetales, maternas y ovulares, canal de parto. (A. Rodríguez Márquez, 2013)

Las complicaciones del trabajo de parto y parto son más frecuentes en embarazos gemelares que en embarazos únicos. Existe una mayor frecuencia de prematuridad y emergencias obstétricas, por lo cual el parto vaginal de gemelos debe atenderse en un centro que disponga de monitorización intraparto continua y acceso inmediato a operación cesárea. (Pilar Valenzuela M. 1, 2009)

### 1.3 CLASIFICACION

Se pueden clasificar desde el punto de vista mecánico en tres categorías que comprenden anomalías de la contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno, del producto y de la pelvis (Williams, 2018).

#### 1.3.1. Anomalías de las partes óseas

Las distocias asociadas a las partes óseas pueden ocurrir con morfología pélvica normal o anormal, pueden ocurrir distocias con pelvis estructuralmente normales, si los diámetros de los estrechos son reducidos. Por otro lado, las pelvis con morfología anormal también pueden causar distocias, pero son menos frecuentes. (moreno & chica, 2016)



### 1.3.2 Anomalías de las partes blandas

Pueden ocurrir distocias vinculadas con alteraciones del útero, cuello uterino, vagina y vulva. Respecto al útero, las malformaciones congénitas, útero unicornio, las malas posiciones uterinas, el útero se desplaza en exceso en dirección anterior, se desarrolla abdomen en péndulo, las distocias cervicales son aquellas donde existen contracciones uterinas normales, pero el cuello uterino permanece rígido, obstaculizando la expulsión (moreno & chica, 2016).

### 1.3.3 Distocias de las fuerzas expulsivas

Cuando las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o frecuentes, el trabajo de parto puede prolongarse, y si bien suele finalizar sin complicaciones, predispone al desarrollo de corioamnionitis, hemorragias del alumbramiento, y fatiga materna (moreno & chica, 2016).

### 1.3.4 Distocias de presentación cefálica

Estas pueden deberse a alteraciones de la variedad de presentación o bien a la actitud de la cabeza. La última fase de mecanismo del parto implica una rotación de 45 a 135 grados, dependiendo básicamente de la variedad de posición y del tipo de pelvis, condiciones diversas en ocasiones ignoradas, pueden no permitir esta rotación, dando lugar a posiciones persistentes (posterior o transversa); en sí éstas no constituyen distocia, y solo se consideran como tales cuando se prolonga el segundo período del trabajo de parto (Mario Becldes Maxwe, 1987).

### 1.3.5 Distocias en cuanto a la variedad de posición

**Posterior persistente.** La frecuencia de posiciones occipito posteriores en etapa temprana del parto; el parto suele ser más lento, las membranas con frecuencia se rompen antes de tiempo, las contracciones uterinas pueden ser insuficientes, la dilatación es incompleta ya que la cabeza no se ajusta bien a la pelvis y no hace presión uniforme en el orificio externo (Mario Becldes Maxwe, 1987).



**Transversa persistente.** La pelvis misma es el factor principal en lo que se refiere a la variedad de posición transversa. Puede resultar de desproporción no muy notable o de insuficiencia de las fuerzas del parto (Mario Becldes Maxwe, 1987).

### 1.3.6 Distocia en cuanto a la actitud de la cabeza

Las desviaciones de esa posición producen anomalías que ocasionan a) presentación de bregma, cuando la cabeza queda erguida en posición militar, sin flexionarse ni extenderse sobre el cuello, b) presentación de frente, cuando la cabeza está en extensión parcial sobre el cuello, y c) presentación de cara, en la cual la cabeza está en extensión completa sobre el cuello (Mario Becldes Maxwe, 1987).

### 1.3.7 Distocia por presentación pélvica

La presentación podálica es una mala cuña de dilatación y puede hacer que la cabeza quede atrapada durante el parto y comprima el cordón umbilical causando hipoxemia fetal, más común es la podálica o de nalgas. Hay varios tipos: **Presentación pelviana franca:** las caderas del feto están flexionadas y las rodillas extendidas. **Presentación pelviana completa:** el feto parece estar sentado con las caderas y las rodillas flexionadas- **Presentación de uno o ambos pies:** una o ambas piernas están completamente extendidas y aparecen antes que las nalgas (Williams, 2018).

### 1.3.8 Distocia de hombros

La distocia de hombros consiste en la dificultad en el desprendimiento espontáneo de los hombros tras la salida de la cabeza fetal, se ha intentado definir la distocia considerando un límite de tiempo en que se deben desprender los hombros tras la expulsión de la cabeza, pero este intervalo se relaciona principalmente con las secuelas que con el problema clínico. (Nogales Lora, Aguilar Díaz, & Ballesteros Quinto, 2020)



#### 1.4. Etiología

Las principales causas de anomalías en la progresión del trabajo de parto según (Redacción médica, 2021)

Tenemos:

- Disminución de la contractilidad uterina
- Desproporción céfalo-pélvica
- Anillo de Bandl
- Anestesia epidural
- Obesidad materna
- Anomalías en la progresión del trabajo de parto
- Mujeres sin hijos
- Mujeres con hijos

#### 1.5 Factores de riesgo (Moldenhauer, 2020)

- Un feto grande
- Obesidad materna
- Diabetes mellitus
- Distocia de hombro en un embarazo anterior
- Parto vaginal operatorio (instrumental)
- Trabajo de parto rápido
- Trabajo de parto prolongado

#### 1.6 Diagnóstico

El diagnóstico es clínico. Los signos de distocia de hombros son (Clinical, 2018):

- Dificultad en el expulsivo de la cara y el mentón.
- Retracción de la cabeza fetal contra el periné (signo de la tortuga).
- Ausencia del descenso de los hombros tras la tracción axial moderada de la cabeza fetal.



## 1.7 MANEJO

### MANIOBRAS DE PRIMER NIVEL:

Son maniobras externas sobre la madre que modifican la posición de la pelvis y del feto.

#### **Maniobra de Mc Roberts:**

La mujer está en posición de litotomía, será necesario retirar sus piernas de los soportes y realizar la tracción de rutina en la cabeza fetal para evaluar si los hombros se han liberado. Esta maniobra produce la rotación cefálica de la sínfisis púbica y aplanamiento del sacro, aumentando el diámetro anteroposterior de la pelvis. **(Clinical, 2018)**

#### **Maniobra de Rubín:**

Según **(Clinical, 2018)** se requiere de un ayudante que realice una fuerte presión suprapúbica con la palma de la mano o la muñeca en sentido lateral y caudal sobre el hombro anterior del feto para desalojarlo de la sínfisis púbica produciendo la aducción de los hombros y reduciendo el diámetro biacromial haciendo que el hombro anterior rote hacia el diámetro pélvico oblicuo facilitando su salida.

### MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL

#### **Maniobra de Jacquemier**

Para efectuar esta maniobra según (García, 2002) se inserta una mano en la vagina bajo el hombro posterior hará que el antebrazo se flexione, se desliza el brazo sobre el tórax cuidadosamente seguida de la rotación de la cintura escapular a un diámetro oblicuo, con ayuda de compresión suprapúbica, de forma que el hombro posterior se coloque bajo la sínfisis del pubis y pueda desencajarse.

#### **Maniobra de Woods/Rubin 2**

Consiste en imprimir al hombro posterior un movimiento de rotación de 180° para convertirlo en anterior, la rotación se realizará con dos dedos de la mano derecha en sentido de las agujas del reloj, aplicando la fuerza sobre la escápula o la clavícula, en función del dorso fetal, y no rotando la cabeza. Para



mantener el hombro anterior en aducción, esta maniobra puede acompañarse de compresión suprapúbica. (García, 2002)

### **Maniobra de Gaskin**

Consiste en cambiar a la mujer de posición, de forma que quede apoyada sobre sus manos y sus rodillas en esta posición, la fuerza de la gravedad actúa sobre el feto; por otra parte, en la posición a gatas se produce una modificación de los diámetros pélvicos respecto a la posición en decúbito y ambos fenómenos pueden resultar útiles para liberar los hombros, especialmente si el posterior se halla impactado por delante del promontorio sacro. (García, 2002)

### **MANIOBRA DE TERCER NIVEL**

#### **Maniobra de Zavanelli**

Supone (Jose J. Santonja Lucas, 2012) la reintroducción de la cabeza en el canal del parto y la extracción fetal mediante cesárea. Existen publicados con éxito muchos casos, pero probablemente hay otros muchos intentos fracasados que no se han publicado. Es de gran dificultad, necesita relajación uterina con Nifedipino o  $\beta$ -miméticos, con un feto que ya sufre de hipoxia. Quizás podría considerarse cuando el desprendimiento de la cabeza fetal es parcial, y quedan ambos hombros sobre el estrecho superior.



## 1.8 EPIDEMIOLOGIA

En el Ecuador el parto prematuro está notablemente elevado en el embarazo gemelar, causando el 50% de los partos menor a las 37 semanas, el 10% antes de las 32 semanas y en embarazo triple aún mayor 30% (menor a 32 semanas). (Patricio, 2016)

En 1996 se dio a conocer que en Ecuador la frecuencia de embarazos múltiples alcanza el 1,04 %. Su frecuencia es distinta en varios estados, dándose la mayor frecuencia en países como Nigeria y la menor frecuencia se da en Japón, esto muestra una desigualdad geográfica con abundancia en la raza negra. (Drs. Milagros Romero-Fasolino<sup>1</sup>, 2015)

## 1.9 JUSTIFICACIÓN

La siguiente investigación se enfoca en el estudio de las distocias como complicación de un parto vaginal gemelar que produce óbito fetal de uno de los productos a la semana 36. 2.

Así, el presente informe investigativo permitiría visualizar y conocer a mayor profundidad este tipo de complicación que debe tener a su vez un correcto en los diferentes niveles de atención en salud y así generar cambios que mejoren el desarrollo de técnicas a implementar para adaptarse a las nuevas circunstancias que se presenten en partos complicados como los gemelares y así evitar la muerte materno neonatal.





## 1.10 OBJETIVOS

### 1.10.1 Objetivo general

- Definir la conducta a seguir durante una complicación que se presente en un parto gemelar de alto riesgo.

### 1.10.2 Objetivos específicos

- Reconocer la importancia de mantener la vitalidad materna fetal.
- Describir las complicaciones de los embarazos gemelares.



### 1.11 Datos generales

Nombres completos: **XXX**

Sexo: **Femenino**

Cedula de identificación: 1206417238

**Edad:** 30 años

Fecha de nacimiento: 08/10/1990

**Estado civil:** Unión  
libre

Nacionalidad: **ecuatoriana**

**Ocupación:** Ama  
De Casa

Nivel de estudio: **Primaria**

**Raza:** Mestiza

Dirección: Vinces – agosto valencia

**Religión:** católica

Nivel sociocultural/económico: **bajo**

**Hospital:** básico  
Nicolás Cotto Infante

Fecha de ingreso: 05/05/2020

**FUM:** 25/08/2019

**Tabla 1. Fuente:** Historia clínica de la paciente

## 2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 30 años de edad, múltipara. Acude a esta casa de salud por presentar cuadro clínico de embarazo gemelar de +/- 36,2 semanas de gestación datos obtenidos por FUM. Al momento presenta dolor tipo contráctil irradiado a región lumbosacra de aproximadamente 10 horas de evolución. Antecedentes patológicos personales: no refiere

### HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE



<b>Antecedentes patológicos personales</b>	<b>no refiere</b>
<b>Antecedentes patológicos familiares</b>	Madre hipertensa
<b>Antecedentes quirúrgicos</b>	no refiere
<b>Alergias</b>	no refiere
<b>Hábitos</b>	Ninguno
<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS</b>	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	Irregulares 3 días
Inicio de vida sexual:	14 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas: 5	
Partos 5	
abortos: 0	
cesáreas 0	
Fecha de la última menstruación:	25/08/2020
Controles prenatales del embarazo actual:	4
Edad gestacional:	36.2 semanas por FUM y
Papanicolaou:	Ninguno

Tabla 2: Historia clínica de la paciente



## 2.2 ANAMNESIS

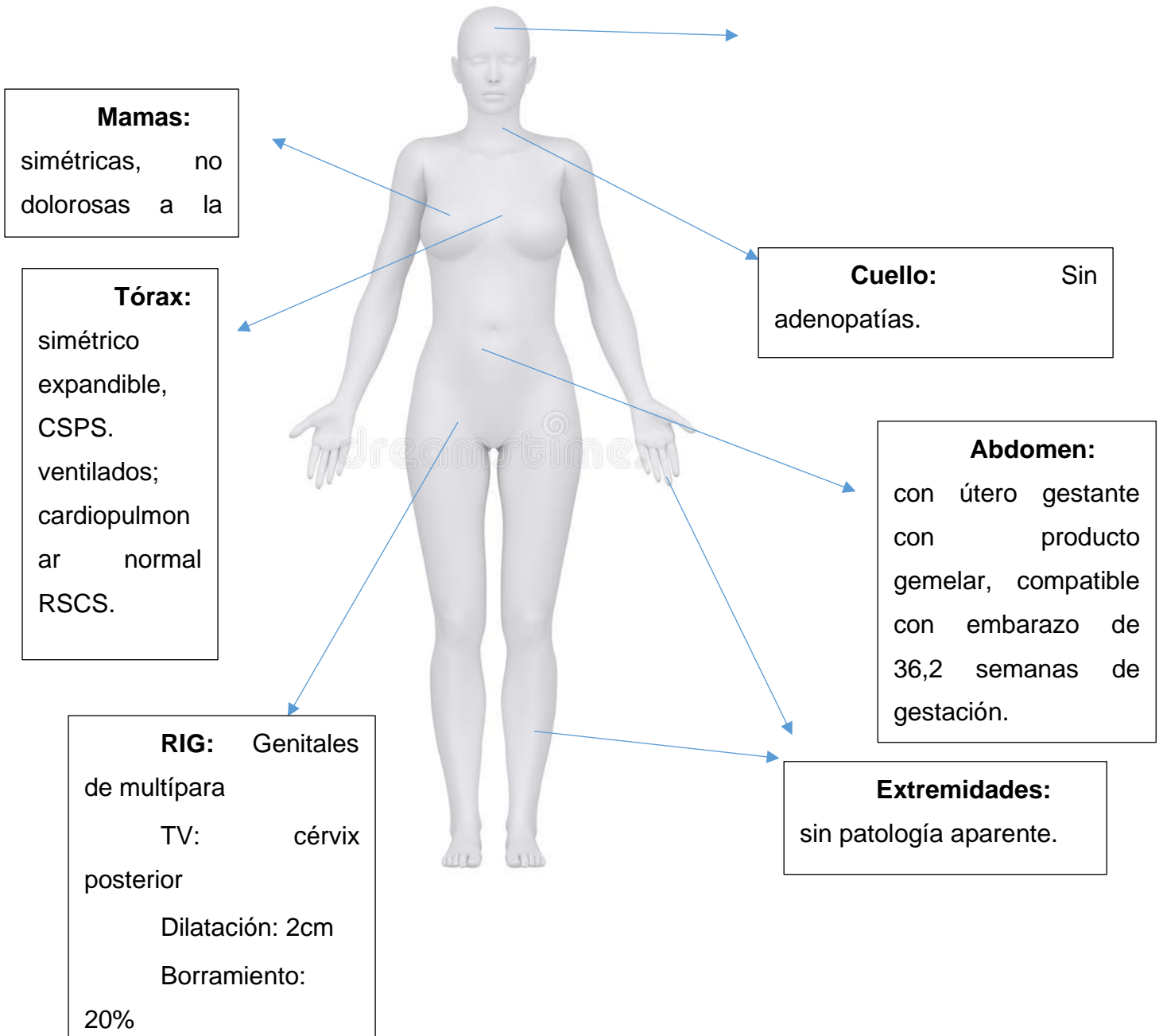
Paciente de sexo femenino de 30 años de edad refiere cuadro clínico de dolor en el hipogastrio irradiado a región lumbosacra de leve intensidad de más o menos 10 horas de evolución. Presenta embarazo de más o menos 36.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación Feto 1: FCF: 140; Feto 2: FCF: 135 Movimientos fetales activos, actividad uterina esporádica, al tacto vaginal Cérvix central Dilatación: 2cm, Borramiento: 10%, Membranas integrales, no se observa pérdida de líquido amniótico ni sangrado transvaginal. El ingreso hospitalario con nifedipino 10mg IV oral c/20min por 3 dosis, dexametasona 6ml IM STAT, solución salina 0.9% 20 gotas x min.

## 2.3 EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se puntualiza la observación física de la paciente en la siguiente figura.

**General:** Consciente, orientada

<p><b>Cabeza:</b> normo- cefálica, Conjuntivas normales, vía aérea permeable, pabellón</p>
--



Al momento del ingreso reportan los siguientes signos vitales:

**Clasificación del score mama Parámetros en paciente**



<b>Sístole</b>	115 mmHg
<b>diástole</b>	72mmHg
<b>FC</b>	98 lpm
<b>FR</b>	20rpm
<b>T</b>	37 °C
<b>Sat O2</b>	98%
<b>Estado de conciencia</b>	CONCIENTE
<b>PROTEINURIA</b>	(-)

#### 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso:

**Ecografía:** no se realizó.

#### EXÁMENES DE LABORATORIO – 05/05/2020

Exámenes de ingreso

Leucocitos	# 10.660x 10 <sup>3</sup> /uL
Neutrófilos	# 81.7% 10 <sup>3</sup> /uL
Linfocitos	# 13.9%10 <sup>3</sup> /uL
HGB:	9.0 gr/dl
HCTO	32.4% gr/dl
PLT	240x mm <sup>3</sup>
VIH	no reactivo
VD6RL	negativo
Tiempos de coagulación	<b>TP:</b> 11 U/L <b>TTP:</b> 25 U/L
Grupo sanguíneo	AB+



### EXÁMENES DE LABORATORIO – 08/05/2020 Exámenes de alta

Leucocitos	15.00X10 <sup>3</sup> /UI
Neutrófilos	82.7%
Linfocitos	12.1%
HGB:	6.7g/dl
HCTO	24.6%
PLT	253x10 <sup>3</sup> /uL

### 2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

La paciente ingresa en horas de la mañana por emergencia con diagnóstico presuntivo de embarazo gemelar de 36, 2 semanas de gestación más amenaza de parto pretérmino, se realiza exámenes complementarios que reportan anemia moderada por los cuales se requiere de hospitalización y tocólisis con nifedipino posteriormente luego de valoración por ginecólogo de guardia prescribe evolución a parto normal considerando embarazo gemelar.

- **Diagnostico presuntivo:** Embarazo gemelar de 36.2 semanas gestación más amenaza de parto pretérmino.
- **Diagnóstico diferencial:** Se consideró como una macrosomia fetal ya que se presentaron complicaciones al momento de la salida del segundo feto debido a distocia hombros. ( clinic barcelona,)
- **Diagnóstico definitivo:** Luego de 48 horas se confirmó que se trataba de un trabajo de parto obstruido debido a distocia gemelar, porque se presenta ruptura de membranas, se obtiene primer producto vivo; se activa código rojo, la paciente es trasladada a hospital de mayor complejidad en ambulancia para extracción del segundo producto debido a distocia de hombro y a que fallaron maniobras durante el parto, no es audible frecuencia cardiaca fetal y se produce expulsión espontanea del producto por lo que regresa a la casa de salud.



## **2.6 CONDUCTA A SEGUIR**

Luego de ingresar a hospitalización con tocólisis, ginecólogo suspende la misma y debe ser sometida a parto normal, durante el parto se extrae primer producto sin complicación luego se produce ruptura de segundo saco produciendo actividad uterina para expulsión del segundo producto pero se evidencia salida miembro superior distal por lo que se procede a realizar maniobras de mc Robert y Mazzanti que no resultan exitosas luego de varios intentos, madre en trabajo poco colaboradora por lo que se detienen las maniobras. Se constata latidos cardíacos con doppler y se evidencia vitalidad fetal, se toma la decisión de traslado de paciente en trabajo de parto a centro de mayor complejidad, se obtuvo respuesta para el traslado para extracción del segundo producto, durante el traslado no se evidencia latido cardíaco fetal y se produce expulsión espontánea del producto, por lo que se deduce retorno a la unidad para tratamiento integral.

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

El embarazo gemelar tiene un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. Con los controles adecuados son de gran importancia para que el embarazo sea óptimo con bajo riesgo. Comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado para la correcta atención de determinadas complicaciones relacionadas con el embarazo (Organización Mundial de la Salud, 2016). La atención prenatal da el apoyo en el momento decisivo de la vida de la mujer dando énfasis en la importancia en cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 2016).





Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal (Ministerio de Salud Pública, 2016). Los embarazos múltiples se los considera como embarazo de alto riesgo tanto para la madre como para los fetos uno de los factores es el parto prematuro (Wu, 2018)

## **2.8 SEGUIMIENTO.**

Paciente que ingreso el día 5 de mayo del 2020 con diagnóstico de embarazo gemelar de 36,2 semanas más amenaza de parto pretérmino se procede a evolución de parto normal presenta complicación durante la expulsión del segundo producto, evidenciando distocia de hombros y aplicando maniobras; feto se óbito y se produce expulsión espontanea del mismo.

Paciente pasa a sala de posparto con signos vitales dentro de los parámetros normales con abdomen blando depresible, útero contraído bajo cicatriz umbilical, loquios normales, bajo hidratación con lactato de ringer 1000cc a 30gotas por minuto; cefazolina 1gr IV c/8horas; metronidazol 500mg IV c/8horas; paracetamol 500mg VO c/6horas.

### **Alta medica**

Paciente femenina de 30 años de edad que cursa 24 horas de hospitalización al momento estable con signos vitales dentro de los parámetros normales, útero bien contraído loquios escasos, diuresis conservada. Exámenes de laboratorio:

Leucocitos: 15.00 x10; Neutrófilos: 82.7%x10; Linfocitos: 12.1%; Eosinófilos: 2.5 %; Monocitos: 1.9; Recuento de glóbulos rojos: 2.97x10; Hemoglobina: 10.9 g/dL; Hematocrito: 24.6%; Plaquetas: 253x10. Bajo levonorgestrel 0.03% 1 diaria, Ampicilina 1gr c/8horas, Paracetamol 500mg VO C/8horas



### **3. OBSERVACIONES**

Se revisan varias fuentes bibliográficas para así enfatizar en las complicaciones que se suelen presentar en el parto y la poca capacidad resolutive de este tipo de caso a nivel básico.

Además de la poca colaboración de parte de pacientes y familiares; y de parte de profesionales ante estos procedimientos.

Debido a lo mencionado anteriormente se evidencia que a nivel de salud en asistencia a parto bajo complicaciones la unidad de salud se encuentra con poca capacidad resolutive.

Se debe así capacitar al personal de salud con frecuencia en este tipo de temas para así evitar muerte materno neonatal.

### **4. CONCLUSIONES**

Se puede evitar parto normal en pacientes que se encuentre con embarazo gemelar sometiéndolas así a cesárea para evitar complicaciones como distocia de hombros que conlleven a óbito fetal.

Las distocias son complicaciones poco predecibles, pero sí manejables siempre y cuando se conozca de las técnicas y tener la experticia suficiente para implementarlas ante este tipo de situaciones.



## 5.- Bibliografía

- A. Rodríguez Márquez, E. R. (2013). *DISTOCIA DE HOMBROS*. Médica Panamericana.
- Clinical, B. (2018). *distocia de hombros*. Barcelona: Hospital de Barcelona.
- cuenca, u. d. (2017).  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>. Obtenido de  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Drs. Milagros Romero-Fasolino<sup>1</sup>, 2. M.-R. (2015). *Complicaciones feto-neonatales del embarazo múltiple*. Rev Obstet Ginecol Venez.
- García, R. (2002).  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33031/1/545183.pdf>.
- Jose J. Santonja Lucas, F. T. (2012).  
<https://www.uv.es/jjsanton/Obstetricia%20General/DistociaHombros2012.pdf>, 15.
- María Luisa Cañete Palomo. (2003). Hospital Virgen de la Salud. *URGENCIAS EN GINECOLOGÍA*, 269.
- Mario Becldes Maxwe. (1987). *distocia de origen fetal*. *Revista Médica de Costa Rica*, 20.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Control Prenatal . *Guia Practica Clinica*, 48.
- Moldenhauer, J. S. (2020). *MANUAL MSD*. Obtenido de  
<https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/distocia-fetal>
- moreno, d. r., & chica, d. a. (2016). *PARTO DISTÓCICO Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES ATENDIDAS*. cuenca.
- MSP. (2013). *Diagnóstico*. quito: guia practica clinica.



Nogales Lora, F., Aguilar Díaz, E., & Ballesterero Quinto, I. (2020). Distocia de hombros en paritorio.

Pilar Valenzuela M. 1, J. B. (Enero de 2009). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Obtenido de

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000100010#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20diferencial%20debe%20hacerse,a%20uno%20de%20los%20gemelos.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000100010#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20diferencial%20debe%20hacerse,a%20uno%20de%20los%20gemelos.))

Williams. (2018). trabajo de parto anormal. En williams, *Williams obstetricia*. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100459056>.

Wu, D. X. (2018). GESTACION MULTIPLE . *REVISTA MEDICA SINERGIA*, 6.