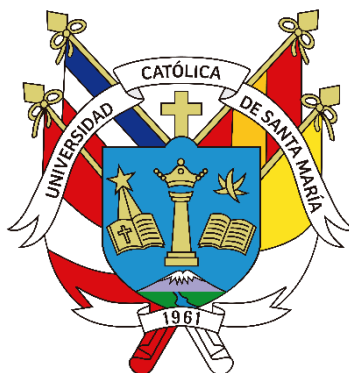


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico



Amenaza de parto pretérmino en gestante de 34 semanas con diabetes gestacional, síndrome antifosfolipídico, hipotiroidismo, incompatibilidad Rh Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo-EsSalud, junio 2024

Trabajo Académico presentado por la Licenciada:

Almenara Sandoval, Maria Gabriela

ORCID: 0009-0000-8623-4577

para optar el Título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesor (a):

Mg. Fernández Vásquez, Armida Angelita

ORCID: 0000-0003-4097-2712

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 17 de Diciembre del 2024

Dictamen: 013775-C-EPOYP-2024

Visto el borrador del expediente 013775, presentado por:

2021973992 - ALMENARA SANDOVAL MARIA GABRIELA

Titulado:

**AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTE DE 34 SEMANAS CON DIABETES
GESTACIONAL, SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO, HIPOTIROIDISMO, INCOMPATIBILIDAD RH
HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO-ESSALUD, JUNIO 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**29380862 - SOTOMAYOR MARTINEZ VICTORIA AURORA
DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH
DICTAMINADOR**



Amenaza de parto pretérmino en gestante de 34 semanas con diabetes gestacional, síndrome antifosfolípido, hipotiroidismo, incompatibilidad Rh Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo-EsSalud

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	8%
	Trabajo del estudiante	
2	core.ac.uk	3%
	Fuente de Internet	
3	tesis.ucsm.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	todosloshechos.es	1%
	Fuente de Internet	
6	Submitted to Universidad de Guayaquil	1%
	Trabajo del estudiante	
7	1library.co	1%
	Fuente de Internet	
8	Submitted to Universidad del Sagrado Corazon	<1%
	Trabajo del estudiante	
9	hdl.handle.net	<1%
	Fuente de Internet	
10	Submitted to Universidad de Salamanca	<1%
	Trabajo del estudiante	



DEDICATORIA

Dedicado en primer lugar a Dios, por darme la fuerza necesaria para continuar día con día en la lucha.

A mi esposo y a mis hijas por su apoyo incondicional y su paciencia para ayudarme a crecer profesionalmente y culminar esta Segunda Especialidad.

Maria Gabriela Almenara Sandoval



EPÍGRAFE

“Lo más auténtico que tenemos es nuestra capacidad de crear, de superar, de soportar, de transformar, de amar y de ser más grande que nuestro sufrimiento”

Ben Okri

RESUMEN

Objetivo: Analizar el caso clínico de la paciente con amenaza de parto pretérmino, diabetes gestacional, hipotiroidismo, síndrome antifosfolipídico e Incompatibilidad Rh valorando la atención clínica, la calidad del sistema sanitario y la conducta de la paciente identificando finalmente factores de riesgo.

Caso Clínico: Paciente de 32 años, con una gestación de 34 semanas por ecografía, multigesta Cesareada anterior (por presentación podálica), referida a la Sexta Semana de Embarazo del Centro de Atención Primaria III Melitón Salas Tejada al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo; acude a su Monitoreo Fetal en el Hospital el día 11/06/2024 a las 14:39 hrs, donde le detectan dinámica uterina sin dolor, refiriendo que desde hace aproximadamente 15 días presenta estos síntomas sin dolor, también indica que recibe tratamiento para Síndrome Antifosfolipídico (SAF), Enoxaparina 40 mg cada 24 hrs vía subcutánea, por Hipotiroidismo Levotiroxina 200 mg 2 tabletas en ayunas medicación por antecedentes y durante esta gestación diagnosticada con Diabetes Gestacional recibe Metformina 500 mg cada 24 hrs luego del almuerzo. Tras ser examinada y evaluada médico de turno decide hospitalización en el sector de Alto Riesgo Obstétrico en la cama 409-B.

Conclusión: Analizando el presente caso clínico se concluye que en esta gestación, el primer nivel de atención CAP III Melitón Salas Tejada actuó de manera oportuna, refiriendo a la paciente a un nivel de mayor complejidad como el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, en donde se cumplió con todos los protocolos para el manejo del Síndrome Antifosfolipídico, Hipotiroidismo, Incompatibilidad Rh por antecedentes y diagnosticada en esta gestación con Diabetes Gestacional, es así que los controles prenatales continuaron en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, donde se observa que no se cuenta con un registro completo en su Carnet de Control Prenatal. En el caso de hospitalización se cumplió con el manejo de las patologías en mención, según protocolo; por tal motivo en ambos niveles de atención se actuó oportunamente.

Se identificó que la paciente mostró interés por su salud ya que acudió a todos sus controles según fue programada.

Palabras clave: Amenaza de Parto Prematuro, Síndrome Antifosfolipídico, Diabetes Gestacional, Hipotiroidismo, Incompatibilidad Rh.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical case of the patient with threatened preterm birth, gestational diabetes, hypothyroidism, antiphospholipid syndrome and Rh incompatibility, assessing clinical care, the quality of the health system and the patient's behavior, finally identifying risk factors.

Clinical Case: 32-year-old patient, with a gestation of 34 weeks by ultrasound, multiple pregnancy, previous Cesarean section (due to breech presentation), referred from CAP III Melitón Salas Tejada at 6 weeks to the Carlos Alberto Seguin National Hospital, attended Fetal Monitoring in the Hospital on 06/11/2024 at 2:39 p.m., where they detected dynamic uterine pain without pain, stating that for approximately 15 days she has been presenting these symptoms without pain, also indicating that she is receiving treatment for Antiphospholipid Syndrome (APS), Enoxaparin 40 mg every 24 hours subcutaneously, for Hypothyroidism Levothyroxine 200 mg 2 tablets on an empty stomach, medication for history and during this pregnancy diagnosed with Gestational Diabetes, he receives Metformin 500 mg every 24 hours after lunch. After being examined and evaluated by the doctor on duty, she decided to hospitalize her in the High Obstetric Risk sector in bed 409-B.

Conclusion: Analyzing the present clinical case, it is concluded that in this pregnancy, the first level of care CAP III Melitón Salas Tejada acted in a timely manner, referring the patient to a level of greater complexity such as the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital, where All protocols were complied with for the management of Antiphospholipid Syndrome, Hypothyroidism, Rh incompatibility due to history and diagnosed in this pregnancy with Gestational Diabetes, thus the prenatal controls continued at the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital, where it is observed that no It has a complete record in its Prenatal Control Card. In the case of hospitalization, the management of the pathologies mentioned was complied with, according to protocol; For this reason, timely action was taken at both levels.

It was identified that the patient showed interest in his health since he attended all his check-ups as scheduled.

Keywords: Threat of Premature Birth, Antiphospholipid Syndrome, Gestational Diabetes, Hypothyroidism, Rh Incompatibility.

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
EPÍGRAFE	1
Ben Okri	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO CONCEPTUAL.....	3
1. Amenaza de Parto Pretérmino	4
1.1. Factores Asociados con el Parto Prematuro	4
1.1.1. Características Demográficas o Sociales	4
1.1.2. Embarazo y Condiciones Médicas	4
1.1.3. Característica de Comportamiento.....	5
1.2. Signos de un Parto Prematuro	5
1.3. Criterios Diagnósticos	5
1.3.1. Exámenes de Laboratorio	6
1.3.2. Estudios de Imagen.....	6
1.3.3. Marcadores Bioquímicos	6
1.4. Manejo de Amenaza de Parto Pretérmino.....	6
1.4.1. Dejar que la Gestante Llegue a Parto.....	6
1.4.2. Detener las Contracciones	7
1.4.3. Preparar el Feto para el Parto Prematuro	7
2. Diabetes Gestacional	7
2.1. Etiología y Fisiopatología	7
2.2. Factores de Riesgo	8
2.3. Diagnóstico	8
2.4. Complicaciones.....	9
2.4.1. Corto Plazo	9
2.4.2. Largo Plazo	10
2.5. Tratamiento.....	10
3. Síndrome Antifosfolipídico	10
3.1. Clasificación.....	11
3.1.1. Síndrome Antifosfolipídico trombótico	11
3.1.2. Síndrome Antifosfolipídico obstétrico	11
3.1.3. Síndrome Antifosfolipídico catastrófico.....	11
3.2. Diagnóstico	11
3.2.1. Criterios Clínicos Obstétricos	11

3.2.2.	Criterios de Laboratorio	11
3.2.3.	Exámenes de Laboratorio Específicos	12
3.2.4.	Gold Estándar	12
3.3.	Tratamiento	12
4.	Hipotiroidismo	12
4.1.	Fisiopatología de Hipotiroidismo en el Embarazo	13
4.2.	Factores de Riesgo	13
4.3.	Complicaciones del Hipotiroidismo en el Embarazo	14
4.3.1.	Complicaciones Fetales:	14
4.3.2.	Complicaciones Maternas	14
4.4.	Diagnóstico	14
4.5.	Tratamiento	14
5.	Incompatibilidad Rh.....	15
5.1.	Sensibilización Rh en el Embarazo	15
5.2.	Diagnóstico	16
5.2.1.	Exámenes de Laboratorio Maternos.....	16
5.2.2.	Seguimiento Durante el Embarazo.....	16
5.2.3.	Exámenes de Laboratorio Fetales/Neonatales.....	16
5.2.4.	Técnicas Diagnósticas Especializadas.....	16
5.2.5.	Gold Standard	16
5.3.	Complicaciones de la Incompatibilidad Rh durante el Embarazo	16
5.4.	Tratamiento	17
5.5.	Recomendaciones	17
CAPÍTULO II.....		19
MARCO METODOLÓGICO		19
Presentación del caso Clínico.....		20
1.	ANAMNESIS.....	20
2.	ENFERMEDAD ACTUAL.....	21
2.1.	Relato de la Enfermedad.....	21
2.2.	Funciones biológicas:.....	22
3.	ANTECEDENTES:.....	22
4.	Embarazo Actual.....	25
4.1.	Evaluación Nutricional:.....	26
4.2.	Molestias durante el embarazo actual:.....	26
4.3.	Consejería recibida	27
5.	Examen Físico (13/06/2024).....	27
6.	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	28
7.	EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO POR EMERGENCIA.....	28
8.	EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO EN HOSPITALIZACIÓN.....	29

9. ALTA E INDICACIONES.....	32
10. EXÁMENES DE LABORATORIO.....	32
11. ECOGRAFIA OBSTETRICA	32
12. DIURESIS	33
CAPÍTULO III.....	34
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS.....	47



INTRODUCCIÓN

La Amenaza de parto pretérmino según la Organización Mundial de la Salud es la presencia de las contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y las 37 semanas de gestación. Es un tema de importancia ya que representa el 10% de los nacimientos alrededor del mundo e incurre en una problemática pública obteniendo datos del Instituto Materno Perinatal una incidencia de 13.2% en gestantes con menos de 34 semanas en el año 2022 (1).

Siendo el parto prematuro es una de las principales causas de morbilidad infantil asociado con mayor riesgo al Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda, retrasos en el desarrollo del infante y parálisis cerebral.

La amenaza de parto pretérmino está asociada a diferentes factores de riesgo a los que está expuesta la gestante, por lo que en este trabajo académico se describirá cuatro patologías que aumentan el riesgo de una multigesta de 34 semanas que presenta diabetes gestacional, síndrome antifosfolipídico, hipotiroidismo e incompatibilidad Rh.

Aunque es una patología conocida hoy en día, aproximadamente el 9% de las mujeres embarazadas sufre de Diabetes Gestacional alrededor del mundo y un 4 % de gestantes en el Perú, esta patología puede ser desarrollada en cualquier etapa durante el periodo de embarazo, aunque se puede observar en las 24 y 28 semanas de gestación.

La presencia del Síndrome Antifosfolipídico en una gestante aumenta el riesgo ya que este síndrome es una enfermedad autoinmunitaria que afecta a mujeres entre 30 a 40 años; con una prevalencia mundial de 40-50 casos por 100.000 personas; además, siendo una patología compleja es que se publicó un estudio cohorte donde 247 mujeres europeas presentaron abortos recurrentes y pérdida fetal siendo en obstetricia una de las enfermedades vasculares placentarias que podría ocasionar amenaza de parto pretérmino (2).

Así mismo, la Dra. Susana Tara Britto manifiesta que el hipotiroidismo se presenta con mayor frecuencia en las mujeres en la edad fértil y se caracteriza por la poca producción de hormona en la glándula tiroides y que el no tratarse oportunamente se convierte en un riesgo antes y durante el embarazo, por consecuencia en el Perú se obtuvieron datos que del 3% - 5% de las gestantes presentan algún trastorno tiroideo durante el embarazo e internacionalmente se reporta una incidencia del 0.5% a 10% durante la gestación (3).

La Incompatibilidad Rh, se debe considerar este tema de suma importancia, ya que no hay la suficiente difusión de información a las futuras parejas que van a formar una familia, ya

que como hay incompatibilidad entre la madre Rh negativa y el feto Rh positivo es que se forman anticuerpos en respuesta a los eritrocitos del feto reconociéndolos como extraños por lo que en el Perú la incidencia de factor Rh Negativo es de 0.68% y en nuestras gestantes es de 0.21%, por lo cual se deberá pedir oportunamente los exámenes correspondientes para así colocarle la Inmunoglobulina anti-D a la madre y así no se produzcan complicaciones como la Enfermedad Hemolítica del Recién Nacido, aunque puede tener repercusiones negativas en la morbilidad perinatal (4).

Por lo tanto, debido a la complejidad de estos factores que aumentan el riesgo de amenaza de parto pretérmino es que en el presente trabajo académico el objetivo principal es analizar el caso clínico de la paciente con amenaza de parto pretérmino, diabetes gestacional, hipotiroidismo, síndrome antifosfolípido e Incompatibilidad Rh valorando la atención clínica, la calidad del sistema sanitario y la conducta de la paciente identificando finalmente factores de riesgo.

Para comprender mejor el presente trabajo, debido a la cantidad de patologías se dividirá en tres capítulos, marco conceptual, marco metodológico y discusiones, proporcionando las conclusiones y recomendaciones.



MARCO CONCEPTUAL

1. Amenaza de Parto Pretérmino

La Amenaza de parto pretérmino según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como un cuadro clínico caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos, acompañado de modificaciones cervicales que se produce antes de las 37 semanas de gestación en gestantes con membranas amnióticas íntegras (5).

Es el proceso clínico sintomático de importancia ya que representa el 10% de los nacimientos alrededor del mundo e incurre en una problemática pública ya que el parto prematuro es una de las principales causas de morbilidad infantil asociado con mayor riesgo al Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), retrasos en el desarrollo del infante y parálisis cerebral (1).

La etiología de la amenaza de parto pretérmino aun es desconocida, según investigaciones recientes se cree que la causa de esta problemática es multifactorial, ya que está asociada a diferentes factores como la demografía, genética, ambientales, reproductivas, etc. por lo que muchos de los factores mencionados se consideran prevenibles y así toma fuerza la importancia de un control riguroso en la futura madre (6).

1.1. Factores Asociados con el Parto Prematuro

Como se describió anteriormente la amenaza de parto pretérmino está asociada a diferentes factores, ya que varios de estos factores pueden aumentar la probabilidad que una gestante pueda tener un parto prematuro (6).

1.1.1. Características Demográficas o Sociales

- Adolescentes
- Mujeres gestantes mayores de 35 años
- Mujeres negras
- Mujeres nativas de Hawái y las islas del Pacífico
- Mujeres indias americanas o nativas de Alaska
- Mujeres con un ingreso económico menor
- Mujeres con estrés o con antecedente de este

1.1.2. Embarazo y Condiciones Médicas

- Gestante con antecedente de parto prematuro previo

- Gestante con presencia de infección
- Problemas de la coagulación
- Mujer gestante de más de 1 bebe (gemelos, trillizos o más)
- Problemas tiroideos
- Rotura prematura de membranas antes de las 37 semanas FUM
- Trastornos relacionados con el embarazo (preeclampsia, polihidramnios, etc.)
- Insuficiencia cervical
- Desnutrición
- Diabetes
- Malformaciones obstétricas (hipoplasia uterina, miomas uterinos, anomalías cervicales)

1.1.3. Característica de Comportamiento

- Mujeres que consumen tabaco
- Mujeres que consumen drogas

1.2. Signos de un Parto Prematuro

El trabajo de parto prematuro es una emergencia médica ya que puede estar en peligro la vida tanto de la madre como del feto, por lo que es necesario que esta situación sea atendida en un hospital especializado para disminuir las complicaciones, los signos que puede tener una gestante con parto pretérmino son (7):

- Dolor lumbar
- Presión pelviana
- Edema en manos, pies o cara
- Contracciones presentes más de cuatro veces por hora
- Náuseas, vómitos o diarrea
- Problemas con la vista (visión borrosa o doble)
- Presencia de ginecorragia o líquido que sale del canal vaginal
- Ausencia y disminución de movimientos fetales

1.3. Criterios Diagnósticos

El diagnóstico tradicionalmente se basa en la atención a las contracciones uterinas persistentes y diferenciar las verdaderas de las falsas, cuando estas contracciones son seguidas con un ritmo de 4 cada 20 min o 8 cada 60 minutos y modificaciones cervicales que incluyen la presencia de un borramiento $\geq 80\%$ o una dilatación cervical ≥ 2 cm (8) puede

confirmarse una amenaza de parto pretérmino (9).

1.3.1. Exámenes de Laboratorio

- **Hemograma y pruebas de Coagulación:** con determinación opcional de proteína C reactiva (10).
- **Sedimento de Orina y/o Urocultivo:** para descartar infección del tracto urinario (10).
- **Cultivo Vagino-Rectal:** para cribado del estreptococo del grupo B (10).

1.3.2. Estudios de Imagen

- **Ecografía Transvaginal:** para medición de la longitud cervical, considerando marcados diagnóstico de verdades APP (8).
- **Ecografía Abdominal Básica:** para valorar presentación fetal, cantidad de líquido amniótico y localización placentaria (10).

1.3.3. Marcadores Bioquímicos

- **Fibronectina Fetal (FFN):** test cualitativo en secreciones cervicovaginales siendo eficaz; como marcador se asocia con mayor riesgo de parto pretérmino en los próximos (7 días) con sensibilidad del 76.1% y especificidad del 81.9%, el resultado es positivo (≥ 50 ng/ml) (8).
- **Test de Fibronectina:** presenta alto valor predictivo negativo, siendo útil para evitar intervenciones innecesarias (8).

1.4. Manejo de Amenaza de Parto Pretérmino

Buscar y tratar la presencia de cualquier infección materna, para lo cual se deberá de realizar un examen general de orina, realizar pruebas de malaria si se está en una zona endémica (9).

1.4.1. Dejar que la Gestante llegue a Parto

- Si > 34 semanas FUM y se han roto membranas.
- Si el trabajo de parto presenta estas condiciones (cuello uterino borrado, dilatación de 5 cm) por lo que está demasiado avanzado para detenerlo sin importar la edad gestacional.
- Presencia de riesgo en la madre (mal estado general, preeclamsia, eclampsia, desprendimiento de placenta, hemorragias graves, etc.), cualquiera que sea la edad gestacional.
- Si hay confirmación de muerte fetal como la ausencia de movimientos fetales o

latidos cardíaco en los diferentes controles que tiene la gestante o por confirmación ecográfica.

1.4.2. Detener las Contracciones

- Reposo absoluto de la gestante (solo si las hay presencia de contracciones, pero sin cambios cervicales)
- Terapia tocolítica: el objetivo de esta terapia es posponer el parto para el uso de corticoesteroides que ayudan a que se desarrolle los pulmones del feto. Se utiliza la nifedipina VO 10 mg c/d 15 min, si persisten las contracciones uterinas (máx. 4 dosis o 40 mg), luego 20 mg cada 6 hrs, no se debe de administrar de forma sublingual por el riesgo de hipoperfusión placentaria y por consiguiente muerte fetal. La duración del tratamiento es de 48 hrs.

1.4.3. Preparar el Feto para el Parto Prematuro

Para ayudar en la maduración pulmonar del feto se deberá administrará dexametasona IM 6mg c/D 12 hrs durante 48 hrs, después de las 26 semanas de FUM y antes de las 34 semanas de FUM. En el caso de una infección materna es necesario iniciar con antimicrobianos antes de la administración con dexametasona.

2. Diabetes Gestacional

La Diabetes Mellitus Gestacional es un trastorno caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce o diagnostica por primera vez durante el embarazo (11), presentado por la presencia de hiperglucemia; sin embargo se resuelve después de dar a luz.

Aunque es una patología conocida hoy en día, aproximadamente el 9% de las mujeres embarazadas sufre esta condición, esta puede ser desarrollada en cualquier etapa durante el periodo de embarazo, aunque se puede diagnosticar entre las 24 y 28 semanas de embarazo (13).

En la actualidad se puede observar un aumento de los casos de Diabetes Gestacional condicionados a los estilos de vida poco saludables que tiene la mujer embarazada además de aumentar los factores como la edad materna y la inactividad de esta.

2.1. Etiología y Fisiopatología

Para poder explicar la etiología debemos de mantener conceptos básicos, ya que el páncreas durante el embarazo es incapaz de adaptarse a los cambios fisiológicos de la insulina durante

toda la gestación, ya que el cuerpo se vuelve más sensible a esta hormona por lo conlleva a que esta aumente su producción por parte de las células beta pancreáticas (14). Además, gracias a la secreción de la insulina se puede realizar la absorción de la glucosa por tejidos periféricos, reducción de la síntesis de esta glucosa en el hígado y el control de liberación de lípidos; pero si durante el embarazo no se llega a completar los niveles de insulina va haber una respuesta ineficiente desarrollándose una resistencia a la insulina. Por lo que gracias a las células beta del páncreas es que logran producir más insulina, tratando de mantener la demanda de esta y manteniendo los niveles de glucosa en sangre en la mujer embarazada.

Esta respuesta dada por las células beta es normal durante la gestación ya que es inducida por las hormonas plaquetarias para que las condiciones del feto sean óptimas y tenga los nutrientes necesarios por lo que va a seguir aumentando para poder mantener un equilibrio de glucosa, además, de tratar de adaptarse a los cambios metabólicos asociados con el embarazo ocasionando hiperglucemia.

2.2. Factores de Riesgo

Según recientes investigaciones la aparición de hiperglucemia está estrechamente relacionada con la edad de la gestante, por lo que según Monses et al, la Diabetes Mellitus Gestacional en su investigación proporcionó que el 8.5% de los casos que tuvo se encontró que fueron mujeres mayores de 30 años, así como los estudios de Lao et al. También mostraron que el riesgo aumenta con la edad de 35 a 39 años con respecto a las gestantes más jóvenes (4). Otros de los factores a considerar es el de un parto de un niño macrosómico donde hubo datos que aumentaban la incidencia hasta un 20% de los casos, por lo que también está considerada la pluriparidad y si es que la gestante tuvo embarazos previos con Diabetes aumenta hasta seis veces el factor predisponente (15).

Principalmente tener en cuenta aquellas gestantes que cuentan con un Índice de Masa Corporal igual o mayor de 30, por supuesto también están incluidas aquellas que tienen antecedentes heredofamiliares con diabetes y principalmente si han sido tratadas por el síndrome de ovario poliquístico aumentan más el riesgo.

2.3. Diagnóstico

Para poder realizar el diagnóstico adecuado para la Diabetes Mellitus Gestacional es importante hacerlo durante las semanas 24 y 28 ya que en esta etapa hay mayor estimulación de las hormonas placentarias para la oxigenación y la nutrición del feto; por lo que se debe

medir el nivel de glucosa en sangre por lo que debe ser diagnosticada en el primer control prenatal que tenga la gestante (16).

Sin embargo, en mujeres embarazadas que ya ha sido diagnosticadas con diabetes, estas se deben someter al procedimiento de las pruebas durante la 6 y 12 semana después del parto y se deberán de hacer seguimiento de estas ya que puede haber un desarrollo de diabetes tipo 2.

2.3.1. Screening

Periodo de Screening: Entre las 24-28 semanas de gestación en población general (17).

Screening Temprano: En primera consulta prenatal para pacientes con factores de riesgo (17).

2.3.2. Exámenes de Laboratorio

Test de O'Sullivan (Screening): Prueba de tamizaje realizada entre las semanas 24-28 de gestación.

- **Procedimiento:** Administración de 50g de glucosa oral, sin necesidad de ayuno (18).
- **Criterio Positivo:** Glucemia ≥ 140 mg/dL a la hora (18, 19).
- **Criterio Diagnóstico Directo:** Glucemia ≥ 180 mg/dL establece diagnóstico de diabetes gestacional (19).

Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa (CTOG)

Estrategia de un paso: 75g de glucosa en ayunas, con mediciones a las 0, 1 y 2 horas (20,21).

Estrategia en dos pasos (NIH):

- **Procedimiento:** 100g de glucosa tras ayuno de 8 horas (12).
- **Mediciones:** Glucemia basal, 1, 2 y 3 horas post-carga (12).
- **Criterio diagnóstico:** Dos valores por arriba de los valores de referencia (12).

Criterio de un paso (IADPSG):

- **Procedimiento:** 75g de glucosa tras ayuno de 8 horas (12).
- **Mediciones:** Glucemia basal, 1 hora y 2 horas post-carga (12).
- **Criterio diagnóstico:** Un valor alterado es suficiente para el diagnóstico (12).

2.4. Complicaciones

2.4.1. Corto Plazo

- Hipertensión Arterial
- Necesidad de programación de cesárea

- Preeclampsia
- Dificultad durante el parto ya que el neonato puede nacer más grande de lo habitual
- Polihidramnios
- Parto prematuro
- Neonato puede desarrollar hipoglicemia e ictericia en piel y conjuntiva de los ojos.
- Raramente mortinato (22).

2.4.2. Largo Plazo

- Puede volver a reaparecer en futuros embarazos
- Puede aumentar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en la vida de la gestante (22).

2.5. Tratamiento

Se deberá de realizar un tratamiento adecuado para reducir los riesgos de las complicaciones que pueda presentar tanto la madre como el feto, por lo que se deberá de utilizar terapias primarias para poder modificar los estilos de vida de la gestante, el hacer ejercicio y el cambio de dieta son de suma importancia ya que les ayuda a mantener un peso saludable.

Si es que al realizar estos cambios primarios la gestante sigue presentando niveles altos de glucosa en sangre, se deberá de tomar en consideración la utilización de fármacos hipoglucemiantes, como la metformina, glibenclamida e insulina; sin embargo, deberán de suspender esta medicación para el momento del post parto, debido al retorno rápido de la sensibilidad de insulina (23).

3. Síndrome Antifosfolipídico

El síndrome antifosfolipídico también como síndrome de Hughes es un trastorno autoinmune caracterizado por la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos asociados a manifestaciones clínicas específicas, incluyendo trombosis vascular y morbilidad obstétrica (24,25), es una enfermedad autoinmunitaria que afecta a mujeres entre 30 a 40 años.

Se produce cuando el sistema inmunitario genera anticuerpos contra proteínas unidas a fosfolípidos, donde estas proteínas anormales pueden causar la creación de coágulos en arterias y venas; lo que podría ocasionar un aborto espontáneo, afectar al feto u originar ataques cardíacos, ACV, embolia pulmonar y provocando el daño de múltiples órganos (26).

Además, se ha relacionado la producción de anticuerpos antifosfolipídicos con varios fármacos como la clorpromazina, la procainamida, la quinidina y la fenitoína.

3.1. Clasificación

El síndrome antifosfolípídico puede ser clasificado de acuerdo con los síntomas como obstétricas, trombóticas (27).

3.1.1. Síndrome Antifosfolípídico trombótico

Pacientes son diagnosticados con dicha enfermedad basándose en trombosis arterial o venosa junto con criterios de laboratorios para este síndrome.

3.1.2. Síndrome Antifosfolípídico obstétrico

El diagnóstico es en función de la morbilidad del embarazo, como parto prematuro causado por preeclampsia grave, insuficiencia placentaria o muerte fetal después de la décima semana de gestación.

3.1.3. Síndrome Antifosfolípídico catastrófico

Es una forma inusual y muy mortal, debido a complicaciones trombóticas que dañan a múltiples órganos.

3.2. Diagnóstico

Dicho síndrome es difícil de ser detectado hasta que la paciente presenta problemas causados por coágulos de sangre como abortos espontáneos repetidos o ataque al corazón. Según el colegio Estadounidense de Reumatología para detectar este síndrome se necesitan revisar tres análisis de sangre en el que debe tener un resultado positivo y comprobado dos veces con al menos 3 meses de diferencia (28).

3.2.1. Criterios Clínicos Obstétricos

- **Muerte fetal inexplicada:** Uno o más óbitos fetales morfológicamente normales ≥ 10 semanas de gestación (25, 29).
- **Parto prematuro:** Antes de las 34 semanas por preeclampsia o insuficiencia placentaria (25,29)
- **Abortos recurrentes:** Tres o más abortos espontáneos consecutivos inexplicados antes de la semana 10 de gestación (24,25).

3.2.2. Criterios de Laboratorio

- **Anticoagulante lúpico:** Presente en plasma en dos o más ocasiones separadas al menos por 12 semanas (24,25).

- **Anticuerpos anticardiolipinas:** Isotipos IgG y/o IgM en títulos medios o altos (>40 GPL o MPL o >percentil 99) en dos determinaciones separadas por ≥ 12 semanas (24,25).
- **Anticuerpos anti- $\beta 2$ glicoproteína-I:** Isotipos IgG y/o IgM (títulos >percentil 99) en dos ocasiones separadas por ≥ 12 semanas (25).

3.2.3. Exámenes de Laboratorio Específicos

- **Tiempo de tromboplastina parcial (TTP):** Se prolonga en presencia de anticuerpos antifosfolipídicos (30,31).
- **Tiempo diluido del veneno de víbora de Russell (DRVVT):** Más sensible que el TTP para detectar anticoagulante lúpico (30).
- **Inmunoensayos ELISA:** Para detección de anticuerpos anticardiolipina y anti- $\beta 2$ GP1 (30,31).

3.2.4. Gold Estándar

El diagnóstico definitivo requiere la presencia de al menos un criterio clínico y un criterio de laboratorio, con confirmación de positividad en dos determinaciones separadas por mínimo 12 semanas (32 ,24).

3.3. Tratamiento

Actualmente no hay cura para el síndrome antifosfolipídico; sin embargo, el tratamiento está dirigido a prevenir enfermedades o complicaciones relacionadas con coágulos. Por lo general en una aparición aguda de esa enfermedad se administran anticoagulantes intravenosos o subcutáneos, para luego administrar medicamentos orales como la Warfarina para evitar la manifestación de coágulos (33, 34).

En caso de pacientes gestantes con este síndrome es factible usar heparina y aspirina en dosis bajas, corticosteroides o inmunoglobulina por vía IV durante el embarazo para evitar un aborto espontaneo (28).

4. Hipotiroidismo

El hipotiroidismo gestacional se define por la disminución de T4 libre y el aumento de la TSH sérica, considerando los rangos específicos para cada trimestre del embarazo (35,36); por lo que es de suma importancia mantener los niveles de hormonas tiroideas, ya que es el trastorno tiroideo más común presente en el embarazo logrando tener complicaciones tanto en el embarazo como en el recién nacido (37, 38). Teniendo 2 tipos de Hipotiroidismo uno

clínico donde los valores de TSH $>4 \mu\text{UI/mL}$ + T4L disminuida, o TSH $>10 \mu\text{UI/mL}$ independientemente de T4L y el subclínico donde el valor de la TSH $>4 \mu\text{UI/mL}$ + T4L normal (36,35,32).

4.1. Fisiopatología de Hipotiroidismo en el Embarazo

En la actualidad se cree que el hipotiroidismo esta causado por la estimulación del eje hipotálamo-hipofisiario y explica por qué las mujeres presentan concentraciones bajas de hormona TSH, esto se produce a través de mecanismos (39):

- Presencia de aumento séricos de estrógenos además de aumentar la globulina fijadora de hormonas tiroideas por lo que produce la reducción de fracciones libres de TH.
- Presencia de mayor aclaramiento de yodo
- La degradación de las hormonas estimulantes de la tiroides por las desiodinasas placentarias
- Aumenta la concentración sérica de la hormona gonadotropina coriónica humana que estimula el tejido tiroideo gracias a la reacción cruzada por el receptor de la hormona estimulante de la tiroides que este puede generar bocio e hipotiroidismo transitorio gestacional.

Durante el primer trimestre ocurre la organogénesis y en la que el cuerpo requiere mayor demanda metabólica lo que conlleva a cambios es la estimulación de la glándula tiroidea; por lo que es un periodo crítico en la etapa del embarazo, estos cambios que ocurren ayudan al feto a que tenga THs durante el periodo en que aún no se desarrolla la tiroides fetal y no está completamente madura, sin embargo su desarrollo comienza en la semana 8 y funciona completamente entre las semanas 18 y 20 de gestación (40).

Por lo dicho anteriormente debemos de entender que el feto va a depender completamente de la transferencia placentaria de THs maternos ya que es un periodo crítico para la formación adecuado del sistema nervioso central.

4.2. Factores de Riesgo

- Edad avanzada
- Enfermedades crónicas
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Dislipidemia (41).

4.3. Complicaciones del Hipotiroidismo en el Embarazo

4.3.1. Complicaciones Fetales:

- Aborto espontáneo
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Oligohidramnios
- Parto prematuro
- Sufrimiento fetal
- Bajo peso al nacer (42, 43).

4.3.2. Complicaciones Maternas

- Preeclampsia
- Eclampsia
- Desprendimiento de placenta

4.4. Diagnóstico

Exámenes de Laboratorio

- **TSH sérica:** Prueba más sensible para diagnóstico de hipotiroidismo (44).
- **T4 libre:** Complementa el diagnóstico al estar disminuida en hipotiroidismo clínico (44).
- **Anticuerpos anti-TPO:** Se determinan cuando TSH $>4 \mu\text{UI}/\text{Ml}$ (36).

Valores de Referencia por Trimestre

- **Primer Trimestre:** TSH 0.1-2.5 mUI/L, T4 total 5-12 mcg/dL, T4L Valor pregestacional (35).
- **Segundo Trimestre:** TSH 0.2-3.0 mUI/L, T4 total 7.5-18 mcg/dL, T4L Valor pregestacional (35).
- **Tercer Trimestre:** TSH 0.3-3.0 mUI/L, T4 total 7.5-18 mcg/dL, T4L Valor pregestacional (35).

Gold Estándar

La determinación de TSH sérica es considerada la prueba gold standard para el diagnóstico de hipotiroidismo.

4.5. Tratamiento

Es importante el control prenatal durante la primera visita, por lo que al ser diagnosticada con hipotiroidismo se deberá iniciar con tiroxina en el primer trimestre para que disminuyan el

riesgo de complicaciones, ya que durante este periodo se presenta el desarrollo neurológico fetal, además para el desarrollo adecuado de la placenta (39).

En el caso de que la mujer embarazada no reciba tratamiento estas necesitan un seguimiento de que esta insuficiencia tiroidea progrese, de lo contrario deberán de iniciar el tratamiento inmediatamente (41, 15).

Criterios de Tratamiento

- **TSH >10 mUI/L:** Tratamiento obligatorio en primer trimestre
- **TSH 2.5-10 mUI/L:** Tratamiento recomendado si anti-TPO positivos.
- **TSH \leq 2.5 mUI/L:** No requiere tratamiento

5. Incompatibilidad Rh

La incompatibilidad Rh es una forma de enfermedad hemolítica del recién nacido que se desarrolla cuando una mujer embarazada tiene sangre Rh negativa y el feto tiene sangre Rh positiva (45), por lo que debemos definir que el factor Rhesus es una proteína hereditaria encontrada en la superficie de los glóbulos rojos, así que si las personas tienen el antígeno Rhesus D en la superficie de los eritrocitos significa que son Rhesus positivos de lo contrario los que no presentan esto es que son Rhesus negativo (46,47).

A partir de lo descrito anteriormente podemos entender que la incompatibilidad se da cuando la madre tiene Rhesus positivo y el feto un Rhesus negativo ocasionando una incompatibilidad materno-fetal, por lo que la madre lleva al desarrollo de anticuerpos Rh contra el feto, dado que el antígeno D se percibe como una amenaza que conduce a la hemólisis de eritrocitos fetales (46).

5.1. Sensibilización Rh en el Embarazo

Ocurre cuando la madre Rh negativa se expone por primera vez a los antígenos D presentes en los eritrocitos fetales, siendo que el Rh se transmite de forma dominante a través del padre, por lo que el primer contacto de con el antígeno D la madre va a formar anticuerpos IgM de alto peso molecular, estos no van a atravesar la barrera placentaria y por lo tanto no van a afectar al feto; por lo que puede pasar desapercibida esta condición en una gestación a término (48).

Cuando ocurre una segunda exposición al antígeno D, la madre va a desarrollar una respuesta inmune “amnésica” más rápida produciendo a gran velocidad inmunoglobulinas G de pequeño peso molecular que estas si van a lograr traspasar la barrera placentaria siendo una vez iniciado este proceso es irreversible. Por consiguiente, cada embarazo que se efectúe

posteriormente con el feto Rh positivo va a desencadenar las inmunoglobulinas maternas Anti-Rh (47).

5.2. Diagnóstico

5.2.1. Exámenes de Laboratorio Maternos

- **Tipificación ABO y Rh:** Determinación del grupo sanguíneo materno (49).
- **Test de Coombs indirecto:** Detección de anticuerpos anti-D en suero materno (49).
- **Titulación de anticuerpos:** Cuantificación de anticuerpos cuando el Coombs indirecto es positivo (49).

5.2.2. Seguimiento Durante el Embarazo

- **Control seriado del Coombs indirecto:** En gestantes Rh negativas con pareja Rh positiva (49).
- **Monitorización ecográfica:** Para detectar signos de anemia fetal e hidropesía (49).

5.2.3. Exámenes de Laboratorio Fetales/Neonatales

- **Test de Coombs directo:** Confirma el diagnóstico de anemia hemolítica inducida por anticuerpos (45).
- **Hemograma neonatal:** Evaluación de hemoglobina y hematocrito (49).
- **Bilirrubina sérica:** Monitorización de niveles para detectar hiperbilirrubinemia (49).

5.2.4. Técnicas Diagnósticas Especializadas

- **Amniocentesis:** Para determinación del genotipo Rh fetal y evaluación de anemia.
- **Test de Kleihauer-Betke:** Cuantificación de hemorragia materno-fetal.
- **Doppler de arteria cerebral media:** Evaluación no invasiva de anemia fetal.

5.2.5. Gold Standard

El diagnóstico se establece mediante la combinación del test de Coombs indirecto materno positivo y la confirmación con Coombs directo neonatal positivo (45).

5.3. Complicaciones de la Incompatibilidad Rh durante el Embarazo

- Enfermedad hemolítica del recién nacido
- Anemia fetal grave
- Hidropesía fetal

- Muerte intrauterina
- Anemia postnatal temprana y tardía
- Ictericia
- Letargo
- Taquicardia
- Taquipnea
- Hiperbilirrubinemia
- Disfunción neurológica y deterioro del desarrollo neurológico inducida por la bilirrubina
- Pérdida de la audición
- Parálisis cerebral
- Enfermedades cardiovasculares a largo plazo (48).

5.4. Tratamiento

Es importante la prevención de la sensibilización materna, por lo es necesario tener en cuenta la inmunoglobulina Rh D (RhIg), ya que esta consiste en anticuerpos anti Rh D que se dirigen a los eritrocitos Rh positivos previniendo así la sensibilización materna y disminuyendo notablemente las complicaciones (46).

Si se sabe o la madre tiene altas probabilidades de presentar incompatibilidad Rh durante el embarazo, se debe de administrar RhIg de manera profiláctica a mujeres Rh negativas no sensibilizadas a las 28 semanas de gestación. Si después del parto se descubre que el feto es Rh positivo, estas mujeres deberán de recibir inmediatamente la RhIg dentro de las 72 horas posteriores a su parto (48).

5.5. Recomendaciones

Se recomienda que las mujeres con Rh negativas que den a luz a neonatos Rh positivos se sometan a las pruebas cuantitativas (prueba Kb) para determinar el número correcto de dosis de inmunoglobulinas requeridas. Las inmunoprofilaxis RhIg se puede aplicar a aquellas madres que han tenido eventos de alto riesgo que pueden haber conducido a una hemorragia fetomaterna (50). Se considerará una dosis más pequeña para los eventos que ocurren en una etapa más temprana del embarazo, ya que el volumen de sangre fetal-placentaria es de 3 ml (1,5 ml de eritrocitos fetales) a las 12 semanas. Por lo que se debe considerar al menos 50 mcg para eventos durante el primer trimestre y 300 mcg si es después de las 12 semanas. Para la prevención se recomienda administrar la inmunoglobulina anti-D (RhoGAM), esta

se administra profilácticamente a las 28 semanas de gestación y dentro de las 73 horas posparto en madres con Rh negativas no sensibilizadas. También se administra tras aborto, amniocentesis, sangrado vaginal o trauma abdominal (56,57).





MARCO METODOLÓGICO

Presentación del caso Clínico

Multigesta primípara, de 32 años, con una gestación de 34 semanas por ecografía se encontraba con amenorrea por lactancia, referida a la Sexta Semana de Embarazo del Centro de Atención Primaria III Melitón Salas Tejada al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, por presentar Síndrome Antifosfolípido, Hipotiroidismo e Incompatibilidad Rh, diagnosticadas desde el 2021 antes de su tercer embarazo (de manera particular), cabe indicar que la paciente después de dos pérdidas durante su tercera gestación a las 28 semanas le colocaron su inmunoglobulina anti-D y también luego del nacimiento.

Es así, que continua sus controles en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, sin embargo, no todos estos controles figuran en su Carnet de Control Prenatal.

En esta cuarta gestación aproximadamente a las 30 semanas le colocan su inmunoglobulina Anti-D y le diagnostican Diabetes Gestacional y comienza su tratamiento con Metformina.

El día 11/06/2024 a las 14:39 hrs acude a su Monitoreo Fetal programado al Hospital, donde le detectan dinámica uterina sin dolor, la paciente refiere que desde hace aproximadamente 15 días presenta estos síntomas sin dolor, por lo que la derivan a emergencia; es ahí, donde la paciente también indica que recibe medicación por antecedentes: Enoxaparina 40 mg cada 24 hrs vía subcutánea, Levotiroxina 200 mg 2 tabletas en ayunas, Metformina 500 mg cada 24 hrs luego del almuerzo.

Tras ser examinada y evaluada, médico de turno decide hospitalización en el sector de Alto Riesgo Obstétrico en la cama 409-B.

Este análisis se basa en el contenido de una historia clínica del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, revisada bajo autorización y con fines académicos, resguardando la identidad de la paciente involucrada. Dicha información no está disponible públicamente, por lo que se considera una fuente no recuperable.

1. ANAMNESIS

Fecha de Elaboración de la HC: 11/06/2024

1.1. Filiación: (comunicación personal, 2024)

- **Nombre:** N.Y.T.D.
- **Edad:** 32 años
- **Cama:** 409-B

- **Seguro:** ESSALUD (HNCASE)
- **D.N.I:** XXXXXXXXX
- **Fecha de nacimiento:** 25/08/1991
- **Lugar de nacimiento:** Arequipa
- **Lugar de procedencia:** Arequipa
- **Domicilio:** XXXXXX
- **Grado de instrucción:** Superior, Ingeniera de Seguridad Industrial
- **Raza:** Mestiza
- **Sexo:** Femenino
- **Estado civil:** Casada
- **Religión:** cristiana
- **Idioma:** Castellano
- **Ocupación actual:** Ama de casa
- **Teléfono del paciente:** XXXXX
- **Nro. de historia clínica:** 599157
- **Fecha de elaboración:** 11/06/2024
- **Ocupación de la pareja:** Ingeniero de Seguridad Industrial
- **Persona responsable:** Esposo
- **Fecha de ingreso:** 11/06/2024
- **Fecha de Egreso:** 13/06/2024
- **Historia Clínica elaborado por:** María Gabriela Almenara Sandoval
- **Tipo de anamnesis:** Directa. *(Fuentes primarias confidenciales. 2024)*

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha: 11/06/2024 Hora: 14:39 horas

- **Tiempo de enfermedad:** 15 días
- **Síntoma principal:** Presencia de Contracciones Uterinas sin Dolor
- **Forma de inicio:** brusco
- **Curso:** progresivo. *(Fuentes primarias confidenciales.2024)*

2.1. Relato de la Enfermedad

Multigesta primípara de 32 años (cesareada anterior por presentación podálica), con una gestación de 34 semanas por ecografía (se encontraba con amenorrea por lactancia), el día 11/06/2024 a las 14:39 hrs acude a su cita de monitoreo fetal, donde le detectan dinámica

uterina sin dolor, refiriendo que desde hace aproximadamente 15 días presenta estos síntomas sin dolor, por lo que la derivan a emergencia, es ahí donde la paciente indica que recibe Enoxaparina 40 mg cada 24 hrs vía subcutánea, Levotiroxina 200 mg 2 tabletas en ayunas medicación por antecedentes y fue diagnosticada con Diabetes Gestacional y recibe Metformina 500 mg cada 24 hrs luego del almuerzo. Tras ser examinada y evaluada medico de turno decide hospitalización en el sector de Alto Riesgo Obstétrico en la cama 409-B. *(Fuentes primarias confidenciales.2024)*

2.2. Funciones biológicas:

- **Apetito:** disminuido
- **Sed:** conservado
- **Deposiciones:** conservado
- **Micción:** conservado
- **Sueño:** conservado. *(Fuentes primarias confidenciales.2024)*

3. ANTECEDENTES:

3.1. Antecedentes Fisiológicos:

- **Nacida de embarazo:** normal
- **Nacida de parto:** eutócico
- **Atención:** hospital
- **Lugar:** Arequipa
- **Lactancia materna/tiempo:** no sabe
- **Vacunas:** completas
- **Dentición:** normal
- **Crecimiento y desarrollo psicomotriz:** normal
- **Inicio de marcha:** al año. *(Fuentes primarias confidenciales.2024)*

3.2. Antecedentes Patológicos:

- **Enfermedades eruptivas de la infancia:** varicela a los 7 años
- **Enfermedades de la adolescencia:** ninguna
- **Enfermedades de la adultez:** no refiere
- **Patología de la cadera:** no
- **Intervenciones quirúrgicas:** Cesareada hace 2 años por situación podálica
- **Accidentes o traumatismos:** ninguno
- **Hospitalizaciones:** solo por cesárea

- **Transfusiones sanguíneas:** no refiere
- **Alergia a medicamentos:** no
- **Alergia a alimentos:** no. (*Fuentes primarias confidenciales.2024*)

3.3. Antecedentes Ginecológicos

- **Menarquia: cantidad/dolor:** 12 años
- **Régimen catamenial:** 5-6/28
- **Cantidad:** mojaba 2-3 toallas al día
- **Dismenorrea:** no
- **Inicio de relaciones sexuales:** 17 años
- **Nro. de parejas sexuales:** 03
- **Dispareunia:** no
- **Flujo genital:** no
- **Prurito vulvar:** no
- **Infecciones ginecológicas:** niega
- **I.T.S.:** ninguna
- **Uso de MAC.:** ninguno
- **PAP:** Negativo 2022
- **Examen de mamas:** solo autoexamen
- **Tratamiento de infertilidad:** no
- **Operaciones gineco-obstétricas:** solo cesárea. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

3.4. Antecedentes Obstétricos:

G: 3 P: 1 por cesárea A: 2 HV: 1 HM: 0

- **Nro. De gestaciones:** 03
- **Nro. De partos a término:** 01 (38 SEMANAS)
- **Nro. De partos prematuros:** 00
- **Nro. De abortos:** 02
- **Nro. De hijos vivos:** 01

G1: 2018, EG 4 semanas, Aborto Incompleto, PO Legrado Uterino en el Hospital III Yanahuara.

G2: 2020, EG 4 semanas, Aborto Incompleto, Tratamiento Médico.

2021, Diagnosticada y tratada de Síndrome Antifosfolípido, Hipotiroidismo de manera particular.

G3: 2022, Durante la tercera gestación diagnóstico de Rh Negativo, a las 28 semanas y

luego del nacimiento le colocaron su inmunoglobulina anti-D.

RN Sexo femenino, el 25 de abril del 2024, EG 38 semanas, Cesárea por Presentación Podálica

G4: GESTA ACTUAL: A las 30 semanas se le coloca Inmunoglobulina anti-D, y es diagnosticada y tratada de Diabetes Gestacional. *(Fuentes primarias confidenciales. 2024)*

3.5. Antecedentes Familiares:

- **Padre:** Hipertensión Arterial
- **Madre:** ninguna
- **Hermano /a.:** aparentemente sanos
- **Nro. Hermano/a:** segunda de 3 hermanos, única mujer
- **Pareja:** aparentemente sano
- **Hijo /s:** 01 aparentemente sana. *(Fuentes primarias confidenciales.2024)*

3.6. Antecedentes Hereditarios:

Enfermedades de padres y hermanos:

- **Sífilis:** niega
- **Diabetes:** no
- **Taras nerviosas y mentales:** niega
- **Malformaciones congénitas:** niega
- **Enfermedades y causa de fallecimiento:** ninguna. *(Fuentes primarias confidenciales. 2024)*

3.7. Antecedentes del Esposo

- **Enfermedades venéreas:** niega
- **Antecedentes de partos múltiples en su familia:** niega
- **Malformaciones congénitas en su familia:** no. *(Fuentes primarias confidenciales. 2024)*

3.8. Antecedentes Cósmico-Ambientales

- **Vivienda:** familiar
- **Zona:** residencial
- **Material:** noble
- **Nro. de habitaciones:** 8
- **Nro. de habitantes:** 5
- **Saneamiento:** agua y desagüe
- **Eliminación de basura:** carro recolector de basura

- **Residencias anteriores:** Solo vivió en la casa de sus padres
- **Armonía en la familia:** buena armonía
- **Ambiente laboral:** ninguno
- **Crianza de animales:** no. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

3.9. Antecedentes Socio-Económicos

- **Ocupación del jefe de familia:** Ingeniero de Seguridad Industrial
- **Nivel educacional:** Superior Completa
- **Nro. De personas Dependientes:** 2
- **Ingreso familiar mensual:** S/. 4000 .00
- **Persona responsable de sustento familiar:** Esposo (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

3.10. Antecedentes Psicosociales

- **Situación familiar:** buena
- **Situación personal:** buena
- **Vida afectiva:** tranquila
- **Horas de sueño:** Ocho (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

3.11. Hábitos y Costumbres

- **Fuma:** niega
- **Ingiere bebidas alcohólicas:** niega
- **Consume drogas:** ninguna
- **Bebe gaseosas:** de vez en cuando
- **Bebe té:** esporádicamente
- **Bebe café:** no
- **Nro. De veces al día en que se alimenta:** 3 veces al día
- **h) Tipo de alimentación:** predominio de carbohidratos. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

4. Embarazo Actual

- **Fórmula obstétrica:** G4 P1 HV1 HM0 A2
- **Fecha de última menstruación:** 21/10/2023, amenorrea por lactancia (fecha de parto 25/04/2022)
- **Fecha probable de parto:** 27/07/2024
- **Nro. De controles prenatales:** se tiene 7 controles, de los cuales solo hay 3 controles

según carnet de CPN, paciente refiere controles sin registro.

- **Inicio de su control prenatal:** 6 semanas (CAP III Melitón Salas Tejada EsSalud)
- **Lugar de controles prenatales:** Centro de Atención Primaria III Melitón
Salas Tejada EsSalud
: Centro Médico Daniel Alcides Carrión
: Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin
Escobedo- ESSALUD
- **Examen de mamas:** mamas simétricas, turgentes.
- **Examen de Papanicolau:** último en el 2022 resultado negativo. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

4.1. Evaluación Nutricional:

- **Peso previo:** 72.000 gr.
- **Talla:** 1.52 cm.
- **IMC:** 31.1 (ponderado fetal 2390, percentil 50)
- **Peso actual:** 78.500
- **Ganancia de peso:** 6 kg.
- **Actividad sexual:** no
- **Gestación planificada:** no
- **Estimulación prenatal:** no
- **Psicoprofilaxis obstétrica:** no. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

4.2. Molestias durante el embarazo actual:

Antecedentes del primer trimestre: Náuseas y vómitos después de las comidas, recibe tratamiento ambulatorio.

Antecedentes del segundo trimestre: Durante el segundo trimestre desaparecen las náuseas y vómitos

Antecedentes del tercer trimestre: Hace quince días aproximadamente presento contractilidad uterina sin dolor.

- **Administración profiláctica de sulfato ferroso:** si
- **Trabaja haciendo esfuerzo físico:** no
- **Exposición a agentes químicos, tóxicos, radiaciones:** radiación solar
- **Tamizaje de VIH / SIDA:** negativo
- **Tamizaje de violencia familiar:** negativo. (*Fuentes primarias confidenciales.*)

2024)

4.3. Consejería recibida

- **Nutricionales:** si
- **Métodos anticonceptivos:** no
- **VIH /SIDA:** si
- **Violencia familiar:** no
- **Signos de alarma:** si
- **Plan de parto:** si
- **Visita domiciliaria:** no
- **Vacunación antitetánica:** 3 dosis
- **Examen odontológico:** no. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

5. Examen Físico (13/06/2024)

- **Signos Vitales:** P/A: 112/77 Pulso: 89 x' T: 36.3 °C R: 20 x' LCF: 148 x' SAT O2: 94%
- **General:** AREG, AREN, ABEH, paciente lúcida orientada en tiempo, espacio y persona.
- **Piel y faneras:** Piel trigueña, tibia, rosada, buen llenado capilar, no edemas.
- **Cabeza:** Cabello de color castaño claro, buena implantación, cejas simétricas, conjuntivas palpebrales pálidas, agudeza visual conservado, pabellón auditivo con buena implantación, labios rosados y secos, mucosas orales secas, piezas dentarias completas.
- **Cuello:** Cuello simétrico, no se palpa adenopatías ni tumoraciones.
- **Tórax:** Tórax simétrico, no ruidos agregados.
- **Mamas:** Mamas simétricas, pezones formados, no se palpa tumoraciones.
- **Cardiovascular:** Pulso radial con frecuencia y amplitud conservada, ritmos cardiacos sin alteraciones, no se evidencia soplos cardiacos.
- **Abdomen:** Abdomen blando, útero gravídico, altura uterina de 35 cm, LCF: 148 latidos por minuto. Feto único vivo al momento del examen.
- **Genitales:** No hay presencia de sangrado vaginal.
- **Columna vertebral y extremidades superiores:** Simetría de masa muscular, tono conservado, sin puntos dolorosos vertebrales, amplitud de movimientos conservados en miembros superiores.

- **Neurológico:** Lúcida, funciones motoras sensitivas conservadas, ausencia de signos meníngeos.
- **Extremidades inferiores:** simétricas, miembros inferiores, sin edemas. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

6. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Gestación de 34 semanas
- Amenaza de Parto Pretérmino
- Diabetes Gestacional
- D/C Cérvix Corto.
- Multigesta Primípara
- Hipotiroidismo por Antecedente
- Síndrome Antifosfolípídico por Antecedente
- Incompatibilidad por Rh. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

7. EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO POR EMERGENCIA

Fecha : 11/06/2024 a las 14:39

Edad Gestacional : 34 semanas

a) Tiempo de enfermedad: 15 días

b) Síntoma principal: Presencia de Contracciones Uterinas sin Dolor

c) Historia de la enfermedad:

Paciente de 32 años, natural y procedente de Arequipa; acude a monitoreo fetal, refiere tener contractibilidad uterina sin dolor desde hace 15 días, donde durante el procedimiento le detectaron Dinámica Uterina y el mismo día tenía su Control Prenatal; por lo que tras ser examinada y evaluada por el médico de turno es que se decide su hospitalización.

- **Examen Preferencial:** LOTEPE, AREG, AREN, AREH,
- **Abdomen:** AU 35 cm., útero no hipertónico, LCF 150 X'; SPP LCD, Cicatriz de cesárea segmentaria anterior
- **Especuloscopia:** genitales de nulípara sin pérdida de líquido ni sangre LVT 8 cm., no presencia de flujo vaginal, no presencia de sangrado transvaginal, no solución de continuidad periorificial, OEC puntiforme
- **Tacto Vaginal:** cérvix posterior, duro, no dilatación, no borramiento, fondo de saco anterior y posterior libres, no presencia de lesión periorificial.
- **Extremidades:** s/e. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

7.1. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Gestación de 34 semanas
- Amenaza de Parto Pretérmino
- D/C Cérvix Corto.
- Multigesta Primípara
- Diabetes Gestacional
- Hipotiroidismo por Antecedente
- Síndrome Antifosfolípido por Antecedente
- Incompatibilidad Rh. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

7.2. INDICACIONES:

- Se Hospitaliza
- Dieta Blanda
- Reposo Absoluto
- Control de Funciones Vitales: P.A. cada 4 horas
- Control Obstétrico: LCF, Movimientos Fetales, Dinámica Uterina.
- Control de Signos de Alarma
- Control de Diuresis por Turno
- Higiene Vulvoperineal
- Riesgo Cardiovascular
- MEF por la tarde
- Ecografía Obstétrica: Cervicometría (efectuar en piso). (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

7.3. MEDICACIÓN:

- ClNa al 0.9 % 1000 CC. x 30 gotas por minuto
- Nifedipino 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis, luego cada 8 horas VO
- Enoxaparina 40 mg. cada 24 horas SC
- Levotiroxina 100 µg. 2 tabl. en ayunas
- Monitoreo Electrónico Fetal
- Diuresis horaria. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

8. EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO EN HOSPITALIZACIÓN

Día 11/06/2024 a las 15:36

Estado general: REG REH REN. En posición: Decúbito dorsal

Funciones vitales

- **Temperatura:** 36.5 °C
- **Pulso:** 83 X'
- **Presión arterial:** 108/70 mm Hg
- **Respiración:** 18 x'
- **Frecuencia cardiaca:** 83 x' (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

8.1. Examen Clínico General

- **Piel y TCSC:** piel trigueña tibia
- **Cabeza:** normocéfalo
- **Cráneo:** cabello bien implantado
- **Cara:** normal
- **Ojos:** conjuntivas palpebrales rosadas, pupilas isocóricas
- **Oídos:** pabellones auriculares simétricos
- **Nariz:** normorrinea, tabique normal
- **Boca:** labios rosados, piezas dentarias completas
- **Cuello:** cilíndrico, no adenopatías. Tiroides: no palpable
- **Aparato respiratorio:** tórax móvil amplexación conservada
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

8.2. Exámen Obstétrico:

a) Mamas

- **Inspección:** mamas simétricas pezones hiperpigmentados
- **Palpación:** mamas turgentes.

b) Abdomen

- **Inspección Abdomen:** B/D, presencia de útero grávido, útero no hipertónico, cicatriz de cesárea segmentaria anterior, presenta estrías y línea bruna.
- **Palpación Altura Uterina:** 35 cm., Maniobras de Leopold Feto: LCD
- **Auscultación:** feto único vivo, al momento del examen, Latidos cardio fetales 150 X', RHA presentes

c) Genitales externos de nulípara:

no presencia de sangrado ni pérdida de líquido

d) Extremidades superiores:

móviles no edema

- **Extremidades inferiores:** móviles, no presencia de edema. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

8.3. Ecografía Obstétrica:

- Biometría para 34 semanas, PF2390 gr(p), Placenta corporal posterior derecha,

Grado II/III, LA: ILA 12Adecuado pozo Max.

- Movimientos respiratorios y corporales presentes, tono fetal conservado (PBF; 8/8),
- Cervicometria: 20 mm Funcional 18 mm
- Doppler Conservado A UMB 0.87 < P95 ACM 2.67 > P5 ART UTERINA 0.70 < P95

Día: 12/06/2024

- Gestación de 34 semanas +1 día
- Multigesta primípara
- Amenaza de Parto Pretérmino
- Diabetes Gestacional
- Cesareada Anterior
- Hipotiroidismo por Antecedente
- Síndrome Antifosfolípido
- Incompatibilidad Rh

Paciente tranquila, percibe movimientos fetales, niega dinámica uterina, niega pérdidas transvaginales. *(Fuentes primarias confidenciales. 2024)*

8.4. Indicaciones:

- Dieta blanda + LOAV
- Reposo Relativo
- Control Funciones Vitales P.A. c/4 horas
- Control Obstétrico: LCF, movimientos fetales, Dinámica Uterina
- Control de Signos de Alarma
- Control de Diuresis
- Higiene Vulvoperineal
- MEF cada 12 horas M-N
- Hemoglucolest 6 am, 12 m y 6 pm
- I/C Hematología y Endocrinología

8.5. Medicación:

- Nifedipino 1 tb cada 12 horas VO
- Enoxaparina 40 mg. cada 24 horas SC
- Levotiroxina 200 µg. L.V/ 150 ug S-D
- Metformina 500 mg, cada 24 horas luego del almuerzo. *(Fuentes primarias confidenciales. 2024)*

9. ALTA E INDICACIONES

Paciente sale de alta el día 13/06/2024 con 34 semanas 3 días por Ecografía; refiere estar tranquila, percibe movimientos fetales, niega dinámica uterina, niega pérdidas transvaginales. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

Evolución favorable.

9.1. Indicaciones:

- Alta
- Reposo Relativo
- Control movimientos fetales, Dinámica Uterina
- O/C Signos de Alarma
- O/C Higiene Vulvoperineal
- MEF 15/06/2024
- Control de peso por Nutrición
- Control Prenatal en 15 días
- Acudir por Emergencia en cualquier momento, ante cualquier signo de Alarma

9.2. MEDICACION:

- Enoxaparina 40 mg. cada 24 horas SC
- Levotiroxina 200 µg. L.V/ 150 ug S-D
- Metformina 500 mg, cada 24 horas luego del almuerzo. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

10. EXÁMENES DE LABORATORIO

FECHA: 07-12-2023

- **Hb:** 14.1
- **VDRL:** no hay resultado
- **Glucosa:** no hay resultado
- **Examen de orina completo:** No se consignó
- **Grupo Sanguíneo:** “A” Rh-
- **VIIH 07/12/2023:** (-) (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

11. ECOGRAFIA OBSTETRICA

- **12/01/2024:** Ecografía primer Trimestre, gestación de 12 semanas y 3 días.
Edad gestacional por ECO 1T 34 semanas 0 días
- **04/06/2024:** Biometría para 32 semanas, PF 2340 Gr (p), Placenta corporal posterior

derecha, Grado II/III, LA: Adecuado pozo Max 5

Movimientos respiratorios y corporales presentes. Tono Fetal conservado(pbf:8/8),
Cervicometría 15mm.

- **11/06/24:** Biometría para 34 semanas, PF2390 Gr(p), placenta corporal posterior derecha, grado II/III, LA: ILA 12 adecuado pozo máx. 5
Cervicometría: 20 mm funcional 18 mm
Doppler conservado
- A UMB 087 < P95 ACH 2.67 > P5 ART Uterina 0.70 > P95. (*Fuentes primarias confidenciales. 2024*)

12. DIURESIS

- **11/06/2024:** 1000 cc
- **12/06/2024:** 2800 cc
- **13/06/2024:** 950 cc.

La información utilizada proviene de la revisión de historias clínicas confidenciales, con fines académicos, protegidas por la Ley N.º 29733 sobre protección de datos personales en el Perú. Los datos han sido anonimizados para preservar la privacidad de la paciente.



DISCUSIÓN

De acuerdo con el Manual de Niveles de Atención en EsSalud, un nivel de Atención primaria es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad, el cual se dedica a actividades de preventivo- promocionales, actividades recuperativas y de rehabilitación, prevención de enfermedades. Por lo tanto, en nuestro caso clínico para la paciente su centro de atención es el CAP III Melitón Salas Tejada, dado que a la sexta semana de gestación y por los riesgos de las enfermedades diagnosticadas según el protocolo es referida a un centro de mayor Complejidad que es el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, donde continua con sus controles prenatales, pero estos controles no se reflejan en el Carnet de Control Prenatal.

De acuerdo con la Biblioteca Central de EsSalud, indica que la diabetes gestacional generalmente se presenta en el segundo, tercer trimestre y que no cumple con los criterios de la diabetes manifiesta. Para lo cual la gestante en uno de sus controles a las 30 semanas de gestación fue diagnosticada de diabetes gestacional, iniciando el tratamiento respectivo, por lo cual se cumple con el criterio del diagnóstico para la enfermedad es de vital importancia realizar los controles de glucosa para poder detectarla durante los Controles Prenatales (32).

Según la Guía de la Gestante de EsSalud, nos indica que toda gestante tiene que realizarse sus exámenes completos de laboratorio incluidas el Grupo Sanguíneo y Factor Rh, y toda paciente con Rh negativo deberá ser atendida con un manejo multidisciplinario, y a su vez deberán colocarle la Inmunoglobulina Anti – D entre la 24 – 30 semanas de gestación; sin embargo en nuestro caso la paciente no sabía que era Rh Negativo a pesar que tuvo dos gestas que terminaron en aborto, y al ser omitidos estos exámenes perjudicarían la salud de la gestante y su producto, y esto podría influir en el embarazo actual; es así que recién en su tercera gestación aplican el protocolo y a las 28 semanas y después del parto se le coloca la Inmunoglobulina anti-D y durante el embarazo actual se coloca a las 30 semanas de gestación (33).

Según la Guía Práctica Clínica en Obstetricia y Perinatología 2023 nos indica que son contracciones uterinas evidenciables al tacto, que a la vez puede haber un borramiento del cérvix uterino menor al 50% y/o dilatación menor a 2 cm. Teniendo presente lo mencionado,

nuestra paciente al asistir a su Monitoreo Fetal se le detectan contracciones pero estas son indoloras y nos indica que ya las tenía hace aproximadamente 15 días, ante esta situación ella pensó que era algo normal ya que no le indicaron que este es un signo de alarma para una Amenaza de Parto Pretérmino (34).

Según la Guía Práctica Clínica para prevención de manejo de Parto Pretérmino de EsSalud 2018, nos indica que el Embarazo Pretérmino ocurre antes de las 37 semanas de gestación, con antecedentes de Parto pretérmino espontaneo y cérvix corto detallado en la ecografía vaginal. Esta guía se ajusta al caso clínico presentado ya que la paciente cursa con 34 semanas de gestación, teniendo mayor riesgo de amenaza de embarazo Pretérmino por los antecedentes de Síndrome Antifosfolipídico, Hipotiroidismo e Incompatibilidad Rh, teniendo un cérvix corto de 15 mm por ecografía vaginal, así mismo, la paciente ya tuvo dos abortos anteriormente y la hace una candidata potencial para este diagnóstico (35).

En el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo el manejo ha sido adecuado y multidisciplinario y correspondía hacerlo en un nivel de mayor complejidad.

En el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, y en vista que la madre tenía 34 semanas de embarazo más 1 día, actuaron de forma muy oportuna y con el tratamiento adecuado. En consecuencia, se educa a la gestante para el reconocimiento y manera de actuar ante los signos de alarma según todo los Síndromes con que interactúa su gestación.



CONCLUSIONES

- Primero** Al analizar el presente caso clínico se determina que en el primer nivel de atención se implementó el protocolo de referencia de manera oportuna, estableciendo la derivación de la paciente hacia un centro de mayor complejidad asistencial como el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, considerando los antecedentes de múltiples comorbilidades maternas concomitantes. Sin embargo, se evidenció un seguimiento subóptimo en la atención de este embarazo clasificado como de alto riesgo obstétrico.
- Segundo** En el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, específicamente en el área de Consulta Externa, se identificó un déficit en el registro completo de la historia clínica perinatal del Carnet de Control Prenatal, lo cual compromete la continuidad asistencial y el seguimiento longitudinal de la gestante.
- Tercero** Durante la fase de hospitalización se ejecutó adecuadamente el manejo terapéutico de la amenaza de parto pretérmino y la diabetes gestacional, implementando protocolos estandarizados y estableciendo un abordaje multidisciplinario mediante interconsultas especializadas a los servicios de Endocrinología, Medicina Interna y Hematología, considerando la complejidad de las patologías maternas asociadas.
- Cuarto** Se evidencian deficiencias asistenciales en niveles de atención previos, específicamente en el manejo de gestaciones anteriores de la paciente en estudio, donde múltiples patologías fueron diagnosticadas de manera tardía y en el ámbito privado, resultando en dos pérdidas gestacionales previas. Esta situación refleja limitaciones en la detección temprana y el seguimiento adecuado de factores de riesgo obstétrico.
- Quinto** Se identificaron múltiples factores de riesgo obstétrico en la gestante que requieren manejo multidisciplinario especializado en el nivel terciario de atención sanitaria, incluyendo amenaza de parto pretérmino, diabetes mellitus gestacional, síndrome antifosfolipídico, hipotiroidismo gestacional e isoimmunización Rh. Estas comorbilidades constituyen indicadores de embarazo de alto riesgo que demandan vigilancia estrecha y protocolos de atención especializados.

Sexto La paciente demostró adherencia terapéutica y participación activa en su proceso de atención prenatal, evidenciada por el control antropométrico adecuado, cumplimiento de la suplementación vitamínica prescrita y asistencia regular a las citas de monitoreo fetal. No obstante, se identificaron déficits en la educación sanitaria respecto al reconocimiento de signos y síntomas de alarma obstétrica, limitando la capacidad de consulta oportuna ante complicaciones.



RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesionales sanitarios que realizan control prenatal en todos los niveles de atención sanitaria completar exhaustivamente todos los campos de la historia clínica perinatal del Carnet de Control Prenatal, dado que constituye el instrumento fundamental para garantizar la continuidad asistencial y el seguimiento longitudinal de la gestante en cualquier nivel de atención. Es imperativo priorizar la consejería prenatal especializada, enfatizando la educación materna sobre factores de riesgo obstétrico y estrategias de prevención secundaria.
2. Se exhorta a las instituciones de salud a mantener el cumplimiento riguroso de los protocolos de referencia para embarazos de alto riesgo obstétrico hacia centros de mayor complejidad asistencial, asegurando la derivación oportuna y el acceso a servicios especializados de medicina materno-fetal.
3. Los profesionales sanitarios responsables del control prenatal deben implementar un seguimiento longitudinal integral de las patologías obstétricas, incluyendo la evaluación post-gestacional y el establecimiento de programas de atención preconcepcional, particularmente en pacientes con antecedentes de alto riesgo obstétrico. Esta estrategia permite la optimización del estado de salud materno previo a futuras concepciones.
4. Se recomienda la implementación de programas educativos estructurados dirigidos a gestantes para el reconocimiento temprano de signos y síntomas de alarma obstétrica, facilitando la consulta médica inmediata ante la presencia de complicaciones gestacionales y mejorando los resultados perinatales.
5. Es fundamental establecer un sistema de monitoreo continuo de la gestante durante todo el proceso reproductivo, abarcando los períodos prenatales, intranatal, postnatal y puerperal, con énfasis particular en la vigilancia durante el puerperio tardío debido al riesgo aumentado de complicaciones en embarazos de alto riesgo.
6. Considerando la presencia de múltiples comorbilidades que configuran un embarazo de alto riesgo obstétrico, se recomienda proporcionar consejería especializada en planificación familiar y métodos anticonceptivos, con especial énfasis en la anticoncepción de larga duración dada la complejidad del caso clínico y el riesgo de recurrencia de complicaciones en futuras gestaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morniroli D, Tiraferri V, Maiocco G, De Rose DU, Cresi F, Coscia A, et al. Beyond survival: the lasting effects of premature birth. *Front Pediatr* [Internet]. 2023;11. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2023.1213243>
2. Restrepo Ocampo C, Arango Gutiérrez L, Rodríguez Padilla LM, Mesa Navas MA, Velásquez Franco CJ, Gutiérrez Marín JH, et al. Manifestaciones clínicas y desenlaces maternos y perinatales en gestantes con síndrome antifosfolípido obstétrico de una institución de alta complejidad: estudio descriptivo. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2020;27(2):73–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.01.002>
3. Zamora Idrogo RA. Frecuencia y características clínicas de hipotiroidismo en gestantes atendidas en un centro de salud de Chiclayo en mayo, 2021 [Internet]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/5896/1/TL_ZamoraIdrogoRosa.pdf
4. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 91. Nieto Editores; 2023.
5. Española De Ginecología S. Guía de Asistencia Práctica. Parto pretérmino Preterm delivery [Internet]. 2020. Available from: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
6. Defilipo EC, Chagas PS de C, Drumond C de M, Ribeiro LC. Factors associated with premature birth: a case-control study. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 24];40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020486in>
7. CDC. Preterm birth [Internet]. *Maternal Infant Health*. 2024 [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://www.cdc.gov/maternal-infant-health/preterm-birth/index.html>
8. Amenaza de parto pretérmino [Internet]. 2014 [citado el 19 de junio de 2025]. Available from: <https://sego.es/documentos/gap/3-PDF-Amenaza-de-parto-pretermino21.pdf>
9. Department of Health, Human Services. Pregnancy - premature labour [Internet]. Gov.au. [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/pregnancy-premature-labour>
10. Española De Ginecología S. Guía de Asistencia Práctica* Parto pretérmino Preterm delivery [Internet]. 2020. [citado el 19 de junio de 2025]. Available from: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
11. Nivel alto de glucosa en la sangre durante el embarazo: qué hacer-Diabetes gestacional - Síntomas y causas [Internet]. Mayo Clinic. Jun 11, 2022. [citado el 20 de junio de 2025]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/gestational->

- diabetes/symptoms-causes/syc-20355339
12. Diagnóstico de la diabetes mellitus gestacional: evaluación de los nuevos criterios IADPSG OSASUN SAILA DEPARTAMENTO DE SALUD MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD [Internet]. 2014. [citado el 21 de junio de 2025]. Available from: https://www.euskadi.eus/web01-a2liburu/es/contenidos/informacion/biblioteca_central/es_9528/scp/215918.pdf
 13. Doctissimo. Menace d'accouchement prématuré (MAP) et prématurité [Internet]. Doctissimo. 2018 [cited 2024 Jun 24]. Available from: https://www.doctissimo.fr/html/grossesse/patho_femme_enceinte/gr_4006_accouchement_premature.htm
 14. Médecins Sans Frontières, 4.10 Threatened preterm delivery [Internet]. Msf.org. [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/ONC/english/4-10-threatened-preterm-delivery-51416778.html>
 15. Thompson D, Berger H, Feig D, Gagnon R, Kader T, Keely E, et al. Diabetes and pregnancy. Can J Diabetes [Internet]. 2013;37:S168–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.01.044>
 16. NCT (National Childbirth Trust). Gestational diabetes [Internet]. NCT (National Childbirth Trust). NCT; 2011 [citado el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.nct.org.uk/pregnancy/worries-and-discomforts/pregnancy-related-conditions/gestational-diabetes>
 17. Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, Jiménez-Flores CN, Serrano-Ortiz I, et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Medicina interna de México [Internet]. 2017 Feb 1;33(1):91–8. [citado el 20 de junio de 2025]. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091
 18. Diagnóstico de la diabetes gestacional [Internet]. Clilab.cat. 2024 [citado el 22 de junio de 2025]. Available from: <https://clilab.cat/es/diagnostico-diabetes-gestacional>
 19. Euphorianet. Conoce sobre diabetes, nuestros productos y lo que somos [Internet]. Diabetrics Healthcare SAS. 2023. [citado el 21 de junio de 2025]. Available from: <https://www.diabetrics.com/curva-de-tolerancia-a-la-glucosa>
 20. Pruebas y diagnóstico para la diabetes gestacional | NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2017 [citado el 22 de junio de 2025].

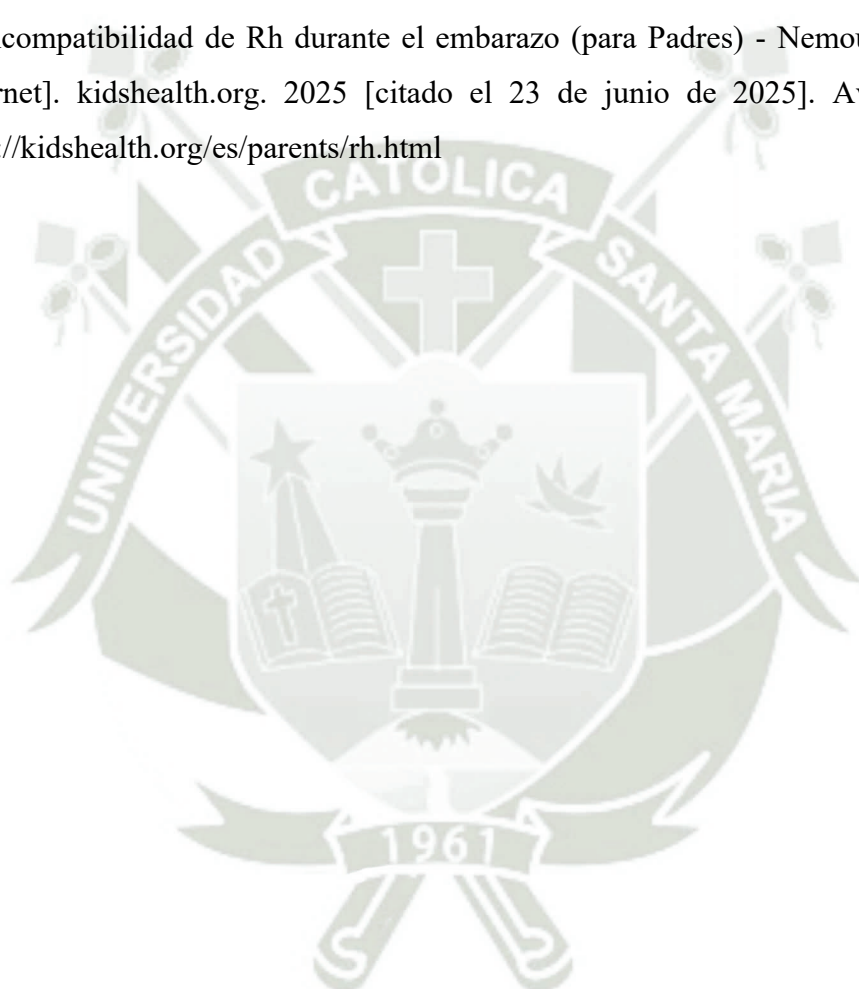
- Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es/gestacional/pruebas-diagnostico>
21. Diagnóstico, De La T, Maestro C. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC Evidencias y Recomendaciones [Internet]. 2016 [citado el 22 de junio de 2025]. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/320GER.pdf>
 22. Johns Hopkins Medicine, Gestational diabetes mellitus (GDM) [Internet]. Hopkinsmedicine.org. 2019 [citado el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/diabetes/gestational-diabetes>
 23. Nakshine VS, Jogdand SD. A comprehensive review of gestational diabetes mellitus: Impacts on maternal health, fetal development, childhood outcomes, and long-term treatment strategies. Cureus [Internet]. 2023 [citado el 17 de junio de 2024];15(10). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.47500>
 24. Streiff MB. Síndrome antifosfolípido [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2023. [citado el 20 de junio de 2025]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/trastornos-tromb%C3%B3ticos/s%C3%ADndrome-antifosfol%C3%ADpido>
 25. Castrillo A, Bolaños Bravo G, Vargas Pacheco N. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI (616) 607 -610, 2015 SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS EN OBSTETRICIA [Internet]. [citado el 19 de junio de 2025]. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/616/art17.pdf>
 26. Modzelewski R, Stefanowicz-Rutkowska MM, Matuszewski W, Bandurska-Stankiewicz EM. Gestational diabetes mellitus—recent literature review. J Clin Med [Internet]. 2022 [citado el 17 de junio de 2024];11(19):5736. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11195736>
 27. Sweeting A, Wong J, Murphy HR, Ross GP. A clinical update on gestational diabetes mellitus. Endocr Rev [Internet]. 2022 [citado el 17 de junio de 2024];43(5):763–93. Disponible en: <https://academic.oup.com/edrv/article/43/5/763/6511028>
 28. Wicklow B, Retnakaran R. Gestational diabetes mellitus and its implications across the life span. Diabetes Metab J [Internet]. 2023;47(3):333–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4093/dmj.2022.0348>
 29. Abalovich M, Alcaraz G, Ase E, Bergoglio L, Cabezon C, Gutierrez S, et al. Guía de tiroides y embarazo. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo [Internet].

- 2016 Jan 1;53(1):5–15. [citado el 21 de junio de 2025]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-endocrinologia-metabolismo-185-articulo-guia-tiroides-embarazo-S0326461016300079>
30. Síndrome antifosfolípido [Internet]. www.labtestsonline.es. 2022 [citado el 19 de junio de 2025]. Available from: <https://www.labtestsonline.es/conditions/sindrome-antifosfolipido>
31. Chaturvedi S, Mccrae K. Diagnóstico y manejo del síndrome antifosfolípido [Internet]. 2022 [citado el 22 de junio de 2025]. Available from: https://smiba.org.ar/curso_medico_especialista/lecturas_2022/Diagn%C3%B3stico%20y%20manejo%20del%20s%C3%ADndrome%20antifosfol%C3%ADpido..pdf
32. American College of Rheumatology, Síndrome antifosfolipídico [Internet]. Rheumatology.org. [citado el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://rheumatology.org/patients/sindrome-antifosfolipidico>
33. Bustamante JG, Goyal A, Rout P, Singhal M. Antiphospholipid Syndrome. StatPearls Publishing; 2024.
34. NHS, Antiphospholipid syndrome (APS) [Internet]. nhs.uk. [citado el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/antiphospholipid-syndrome/>
35. ¿QUÉ ES LA GLÁNDULA TIROIDES? Hipotiroidismo Durante el Embarazo CUÁL ES LA INTERACCIÓN ENTRE LA FUNCIÓN TIROIDEA DE LA MADRE Y EL BEBÉ? [Internet]. 2020 [citado el 20 de junio de 2025]. Available from: <https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/espanol/hipotiroidismo-durante-el-embarazo.pdf>
36. Martínez. HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO Y EMBARAZO [Internet]. 2022 [citado el 19 de junio de 2025]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1397405/hipotiroidismo-subclinico-y-embarazo.pdf>
37. Mukherjee S, Singh P, Bhati J. Study of hypothyroidism among pregnant women in the first trimester of pregnancy in a tertiary care hospital. *ijmscrr* [Internet]. 2022 [citado el 17 de junio de 2024];5(05):764–9. Disponible en: <https://ijmscrr.in/index.php/ijmscrr/article/view/321>
38. Siscart J, Perejón D, Serna MC, Oros M, Godoy P, Sole E. Prevalence, risk factors, and consequences of hypothyroidism among pregnant women in the health region of Lleida: A cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2023;18(10):e0278426. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0278426>

39. Abadi KK, Jama AH, Legesse AY, Gebremichael AK. Prevalence of hypothyroidism in pregnancy and its associations with adverse pregnancy outcomes among pregnant women in A general hospital: A cross sectional study. *Int J Womens Health* [Internet]. 2023 [citado el 17 de junio de 2024];15:1481–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/ijwh.s429611>
40. Solha STG, Mattar R, Teixeira P de F dos S, Chiamolera MI, Maganha CA, Zaconeta ACM, et al. Screening, diagnosis and management of hypothyroidism in pregnancy: Number 10 - October 2022. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2022 [citado el 17 de junio de 2024];44(10):999–1010. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-1758490>
41. Pearce EN. Management of hypothyroidism and hypothyroxinemia during pregnancy. *Endocr Pract* [Internet]. 2022;28(7):711–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eprac.2022.05.004>
42. Monika, Khoiwal S, Mourya A, Sharma N, Jorwal A. Study of hypothyroidism in pregnancy and it's fetomaternal outcome: a prospective study at tertiary care hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 [citado el 17 de junio de 2024];11(12):3355. Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/12315>
43. Vella K, Vella S, Savona-Ventura C, Vassallo J. Thyroid dysfunction in pregnancy - a retrospective observational analysis of a Maltese cohort. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022;22(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-05266-x>
44. Hipotiroidismo Y, Gestación H, Gestación. Boletín 003 -Agosto 2024: Hipotiroidismo y gestación -SOGV / Sección Medicina Materno Fetal Sociedad Obstetricia y Ginecología de Venezuela FISIOLÓGÍA TIROIDEA Y EMBARAZO FISIOLÓGÍA TIROIDEA Y EMBARAZO CRIBADO DE ENFERMEDAD TIROIDEA A LAS GESTANTES CRIBADO DE ENFERMEDAD TIROIDEA A LAS GESTANTES [Internet]. [citado el 22 de junio de 2025]. Available from: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2024/08/Boletín-003-Hipotiroidismo-Agosto-2024.pdf>
45. Rueda-Galvis MV, Builes-Barrera CA. Fisiología de la tiroides e hipotiroidismo en el embarazo. *Revisión de tema. Medicina y Laboratorio*. 2022 Jan 11;26(1):15–33.
46. Neamțu S-D, Department of Hematology, Faculty of Pharmacy, University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania, Novac MB, Neamțu A-V, Stanca ID, Boldeanu MV, et al. Fetal–maternal incompatibility in the Rh system. Rh isoimmunization associated with hereditary spherocytosis: case presentation and review of the literature.

- Rom J Morphol Embryol [Internet]. 2022 [citado el 17 de junio de 2024];63(1):229–35.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.47162/rjme.63.1.26>
47. Costumbrado J, Mansour T, Ghassemzadeh S. Rh Incompatibility. StatPearls Publishing; 2024.
48. Geta T, Atinafu B, Kassa T. Knowledge about Rh-incompatibility and its associated factors among antenatal care recipients in public hospitals of Wolaita zone, 2022: facility-based cross-sectional study. *bmjph* [Internet]. 2024 [citado el 17 de junio de 2024];2(1):e000422. Disponible en: <https://bmjpublichealth.bmj.com/content/2/1/e000422>
49. Dom, Cien. Ciencias de la Salud Artículo de revisión. 2021;7:1225–40. [citado el 23 de junio de 2025]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8383803.pdf>
50. Irinmwina EO, Mbah CA, Oyate GB, Festa OC, John-Iganga AA. Effect of Rhesus factor incompatibility on maternal outcome (fertility): A comprehensive review. *Int J Front Life Sci Res* [Internet]. 2023;5(2):001–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.53294/ijflsr.2023.5.2.0081>
51. Aliyo A, Ashenafi G, Abdusalam M. Rhesus negativity prevalence and neonatal outcomes among pregnant women delivered at Bule Hora University Teaching Hospital, west guji zone, south Ethiopia. *Clin Med Insights Pediatr* [Internet]. 2023;17:117955652211455. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/11795565221145598>
52. Villanueva T, Izquierdo M, Eco. Aguirre G, Marcos H, Dra. Arias L, Mosquera D, et al. Guía Rápida de Atención Primaria en Salud [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 25]. Available from: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/3571>
53. Ministerio de Salud. Guías Técnicas para la Atención, Diagnóstico y Tratamiento de 10 Condiciones Obstétricas en el Marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal [Internet]. Lima; 2011 [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
54. Alvarado Ñato CJ, Pérez Aliaga CF, Guevara Ríos E, Meza Santibañez L, García de los Ríos Villazón R. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 26]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202023.pdf>

55. Incompatibilidad RH: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. medlineplus.gov 2025 [citado el 23 de junio de 2025]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001600.htm>
56. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino [Internet]. Lima: EsSalud; 2018. Available from: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/GPC-Parto-pretermino_V.-Extensa-Anexos.pdf
57. La incompatibilidad de Rh durante el embarazo (para Padres) - Nemours Kidshealth [Internet]. kidshealth.org. 2025 [citado el 23 de junio de 2025]. Available from: <https://kidshealth.org/es/parents/rh.html>



ANEXOS

ANEXO 01: Exámenes de Laboratorio

HEMOGLUCOTES POSTPANDRIAL 101

LABORATORIALES

06/06/24:L: 11.40 HB :13.3 PLAQ: 188 / ECO : L :8-10 X C HE: 0 CE: REGULAR CANTID B: 3 +



Anexo 02: Registro de Ecografía Obstétrica Realizada

ECOGRAFÍA

04/06/2024 BIOMETRIA PARA 32 sem, PF2340 gr (p), PLACENTA CORPORAL POSTERIOR DERECHA. GRADO II/III, LA: ADECUADO POZO MAX. 5
MOV RESPIRATORIOS Y CORPORALES PRESENTES. TONO FETAL CONSERVADO (PBF:8/8), CERVICOMETRIA: 15mm

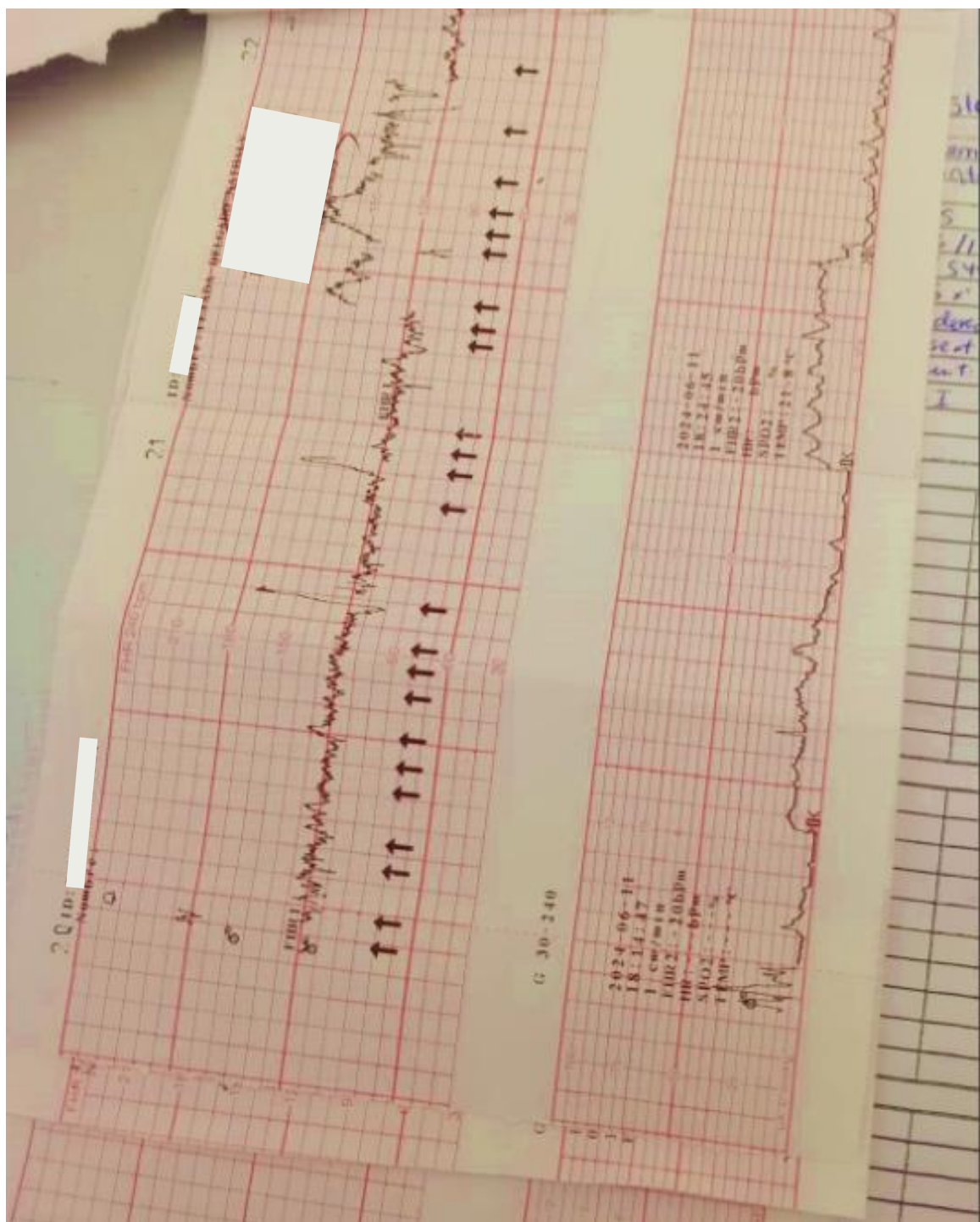
Ecografía 06/06/2024

11/06/2024 BIOMETRIA PARA 34 sem, PF2390 gr (p), PLACENTA CORPORAL POSTERIOR DERECHA. GRADO II/III, LA: ILA 12ADECUADO POZO MAX. 5
MOV RESPIRATORIOS Y CORPORALES PRESENTES. TONO FETAL CONSERVADO (PBF:8/8),
CERVICOMETRIA: 20mm FUNCIONAL 18MM
DOPPLER CONSERVADO
A UMB 0.87 < P95 ACM 2.67> P 5 ART UTERINA 0.70 > P95

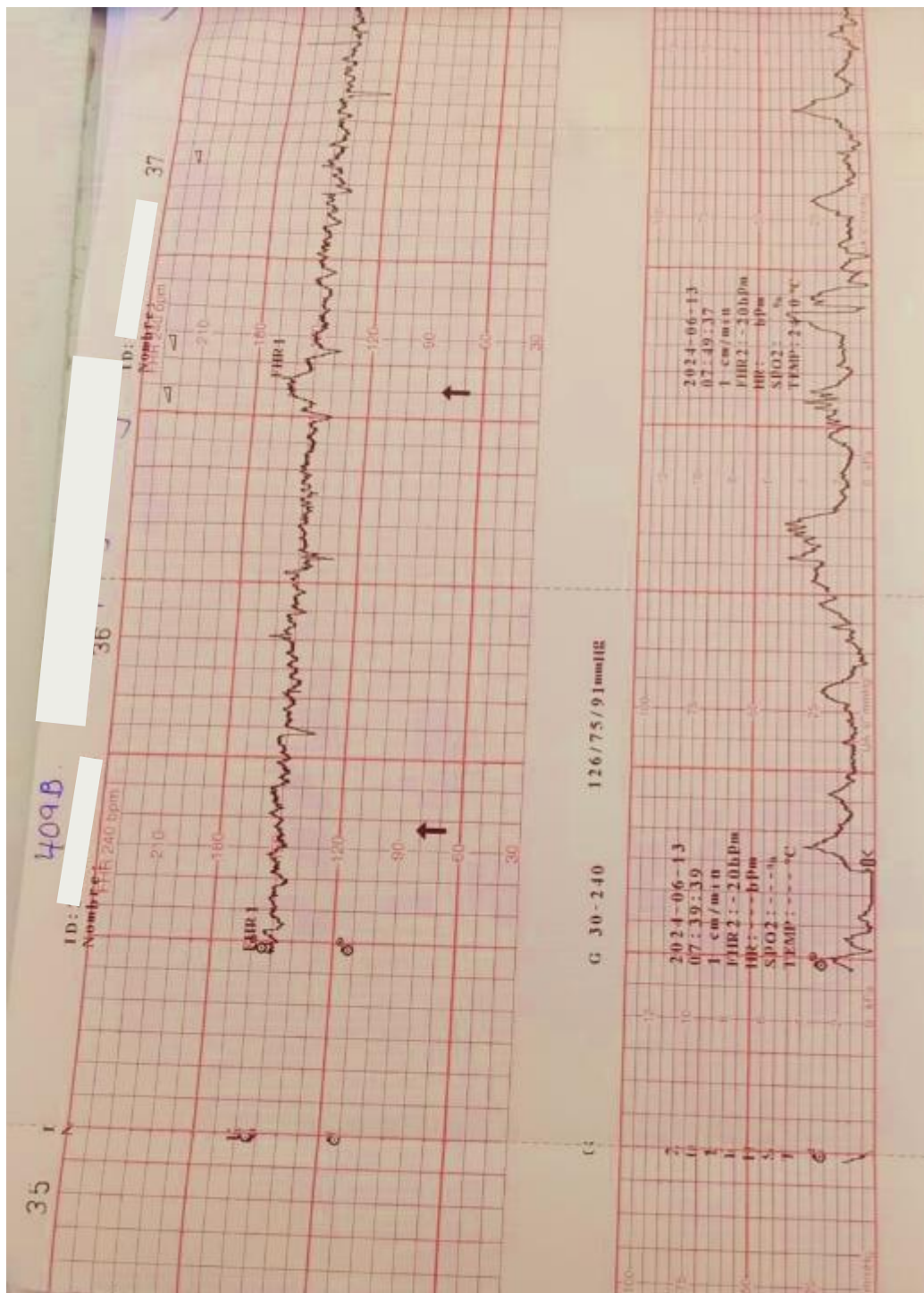
Ecografía 11/06/2024



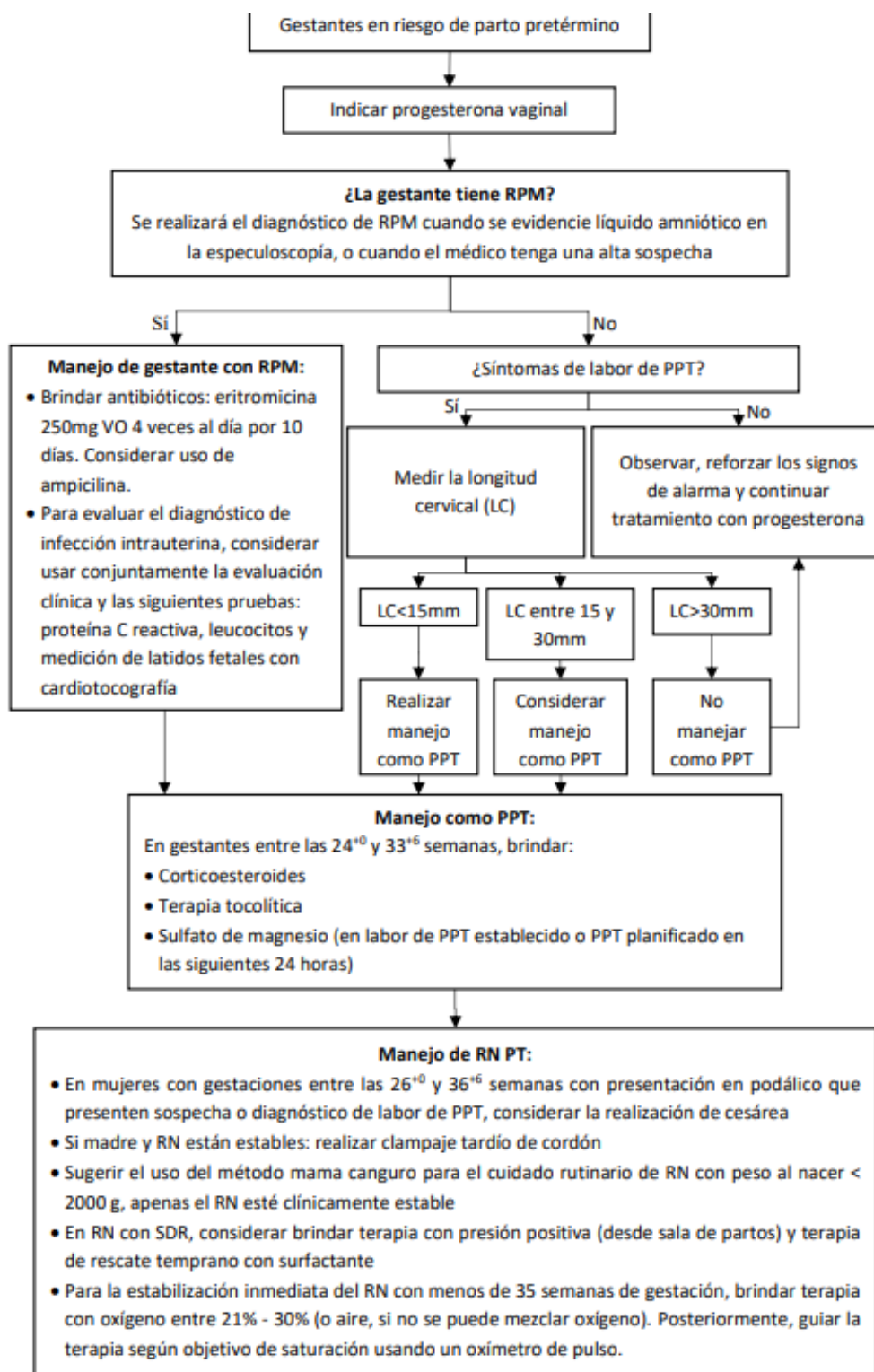
Anexo 04: Registro de Monitoreo Fetal 11/06/2024



Registro de Monitoreo Fetal 13/06/2024



Anexo 05 Flujograma de Prevención de Manejo de Parto Pretérmino



Fuente: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino (35)