



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Ecografía Obstétrica y Monitoreo

Electrónico Materno Fetal

**Aporte ecográfico sobre corionicidad en gestación gemelar en un hospital
de nivel IV marzo 2026**

Trabajo Académico presentado por:

Peralta Sanchez, Maria Alejandra

ORCID: 0009-0007-0612-9138

para optar el Título de Segunda Especialidad en Ecografía Obstétrica
y Monitoreo Electrónico Materno Fetal

Asesor:

Mg. Herrera Cárdenas, Marcos Erveth

ORCID: 0000-0001-5221-7269

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO
ELECTRÓNICO MATERNO FETAL**

SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 07 de Mayo del 2026

Dictamen: 018442-C-EPOYP-2026

Visto el borrador del expediente 018442, presentado por:

2023977812 - PERALTA SANCHEZ MARIA ALEJANDRA

Titulado:

**APORTE ECOGRÁFICO SOBRE CORIONICIDAD EN GESTACIÓN GEMELAR EN UN HOSPITAL DE
NIVEL IV MARZO 2026**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

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

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA Y MONITOREO ELECTRÓNICO MATERNO FETAL

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**29380862 - SOTOMAYOR MARTINEZ VICTORIA AURORA
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
DICTAMINADOR**



APORTE ECOGRÁFICO SOBRE CORIONICIDAD EN GESTACIÓN GEMELAR EN UN HOSPITAL DE NIVEL IV MARZO 2026

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%	10%	4%	6%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.isuog.org	Fuente de Internet	4%
2	eprints.uanl.mx	Fuente de Internet	1%
3	www.iss.it	Fuente de Internet	1%
4	www.revistamedica.org	Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unheval.edu.pe	Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unjbg.edu.pe	Fuente de Internet	1%
7	cdn.www.gob.pe	Fuente de Internet	1%
8	Submitted to uncedu	Trabajo del estudiante	1%
9	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca	Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

Dedicatoria

A mi familia, cuyo apoyo incondicional ha constituido un pilar fundamental en la consecución de mis metas y en la continuidad de mi desarrollo personal y profesional.

A los docentes cuyas enseñanzas, rigor académico y compromiso con la formación superior han sido determinantes para fortalecer mi vocación y consolidar el camino que me esfuerzo por seguir.



Epígrafe

“Todo aquello que el hombre ignora no existe para él. Por eso el universo de cada uno se resume al tamaño de su saber”.

Albert Einstein



RESUMEN

Objetivo: Evaluar aporte ecográfico sobre corionicidad en gestación gemelar, en una gestante de 25 años con gestación doble y amenaza de parto pretérmino atendida en un hospital de nivel IV, analizando la interpretación de los hallazgos ecográficos y su influencia en la toma de decisiones obstétricas.

Metodología: Reporte de caso con revisión retrospectiva de la historia clínica materna, evaluación ecográfica y cardiotocográfica documentada durante el control prenatal y al ingreso, parámetros clínicos maternos, correspondientes a una gestante atendida en marzo de 2026 en un hospital de nivel IV.

Resultados: Gestante de 25 años (G3P2002) con diagnóstico gestación doble y falso trabajo de parto antes de las 37 semanas, ingresó por dolor tipo contracción negando pérdida de tapón mucoso, pérdida de líquido amniótico, ni sangrado con antecedente de infección del tracto urinario en el embarazo y captación tardía de embarazo en el Hospital de Ilo, donde se inició tocólisis y maduración pulmonar pero al no ver mejoras es referida al Hospital de Arequipa donde se realizó una ecografía al ingreso reportándose Feto 1: en longitudinal cefálico izquierdo, Ponderado fetal: 2310 gr., Arteria cerebral media: 1.64, Arteria Umbilical: 0.75, índice Cerebro placentario: >1 , Pozo máximo: 34, placenta corporal anterior grado II y Feto 2 en longitudinal cefálico derecho, Ponderado Fetal: 2260 gr., Arteria cerebral media: 1.51, Arteria Umbilical 0.86, índice Cerebro placentario: >1 , Pozo máximo: 31, placenta corporal posterior grado II, edad gestacional de 33 semanas con 6 días y cervicometría de 32 mm. Durante la evaluación, el MFE fue categoría I, sin presencia de actividad uterina; se continuo con maduración pulmonar y tocólisis, además de vigilancia continua.

Conclusión: El caso muestra que el aporte ecográfico sobre corionicidad en el caso de una gestación gemelar es muy importante para realizar el seguimiento correspondiente en caso de detección tardía de corionicidad.

Palabras clave: Ecografía obstétrica, Embarazo doble, Amenaza de parto pretérmino.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the contribution of ultrasound findings on chorionicity in twin pregnancy, in a 25-year-old pregnant woman with twin pregnancy and threat of preterm labor treated in a level IV hospital, analyzing the interpretation of the ultrasound findings and their influence on obstetric decision-making.

Methodology: Case report with retrospective review of maternal medical records, documented ultrasound and cardiotocographic evaluations during prenatal care and at hospital admission, and maternal clinical parameters, corresponding to a pregnant woman treated in March 2026 at a level IV hospital.

Results: A 25-year-old pregnant woman (G3P2002) diagnosed with twin pregnancy and false labor before 37 weeks, was admitted for contraction-type pain, denying loss of mucus plug, loss of amniotic fluid, or bleeding. She had a history of urinary tract infection during pregnancy and late pregnancy detection at the Ilo Hospital, where tocolysis and lung maturation were initiated. However, due to lack of improvement, she was referred to the Arequipa Hospital. An ultrasound was performed upon admission, reporting Fetus 1: in left longitudinal cephalic presentation, fetal weight: 2310 g, middle cerebral artery: 1.64, umbilical artery: 0.75, cerebroplacental index: >1 , maximum well: 34, anterior placenta grade II; and Fetus 2 in right longitudinal cephalic presentation, fetal weight: 2260 g, middle cerebral artery: 1.51, umbilical artery: 0.86, index Cerebroplacental thickness: >1 , maximum well: 31, posterior placenta grade II, gestational age of 33 weeks and 6 days, and cervical length of 32 mm. During the evaluation, the fetal heart rate monitoring (FHM) was category I, with no uterine activity present; fetal lung maturation and tocolysis were continued, along with continuous monitoring.

Conclusion: The case demonstrates that ultrasound assessment of chorionicity in twin pregnancies is crucial for appropriate follow-up when chorionicity is detected late.

Keywords: Obstetric ultrasound, Twin pregnancy, Threatened preterm labor.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

EPÍGRAFE

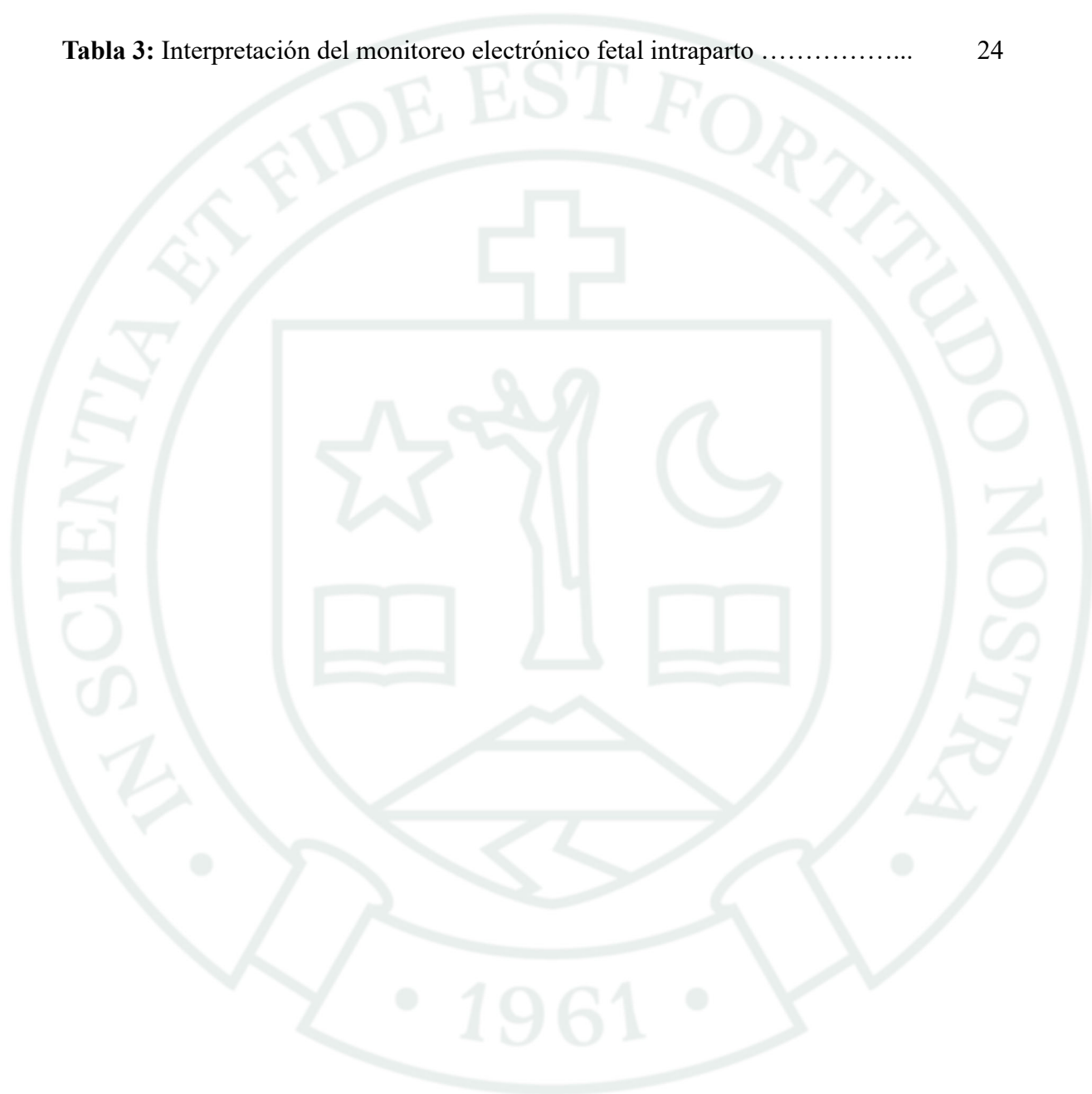
RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	4
MARCO CONCEPTUAL	4
1. MARCO CONCEPTUAL.....	5
1.1. Corionicidad:.....	5
1.2. Gestación múltiple:	6
1.3. Ecografía obstétrica:.....	9
1.4. Parto pretérmino:.....	18
1.5. Monitoreo electrónico fetal:	19
CAPITULO II.....	26
MARCO METODOLOGICO.....	26
2. Presentación del caso clínico	27
2..1. Datos de filiación	27
2..2. Enfermedad Actual:	27
2..3. Antecedentes personales	28
2..4. Ecografías realizadas:.....	30
2..5. Examen físico general y regional	31
2..6. Evaluación ecográfica:.....	32
2..7. Exámenes de Laboratorio 09/03/2026:	34
2..8. Impresión Diagnostica:	35
CAPITULO III	36
DISCUSIÓN.....	36
3..1. Análisis del caso clínico.....	37
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

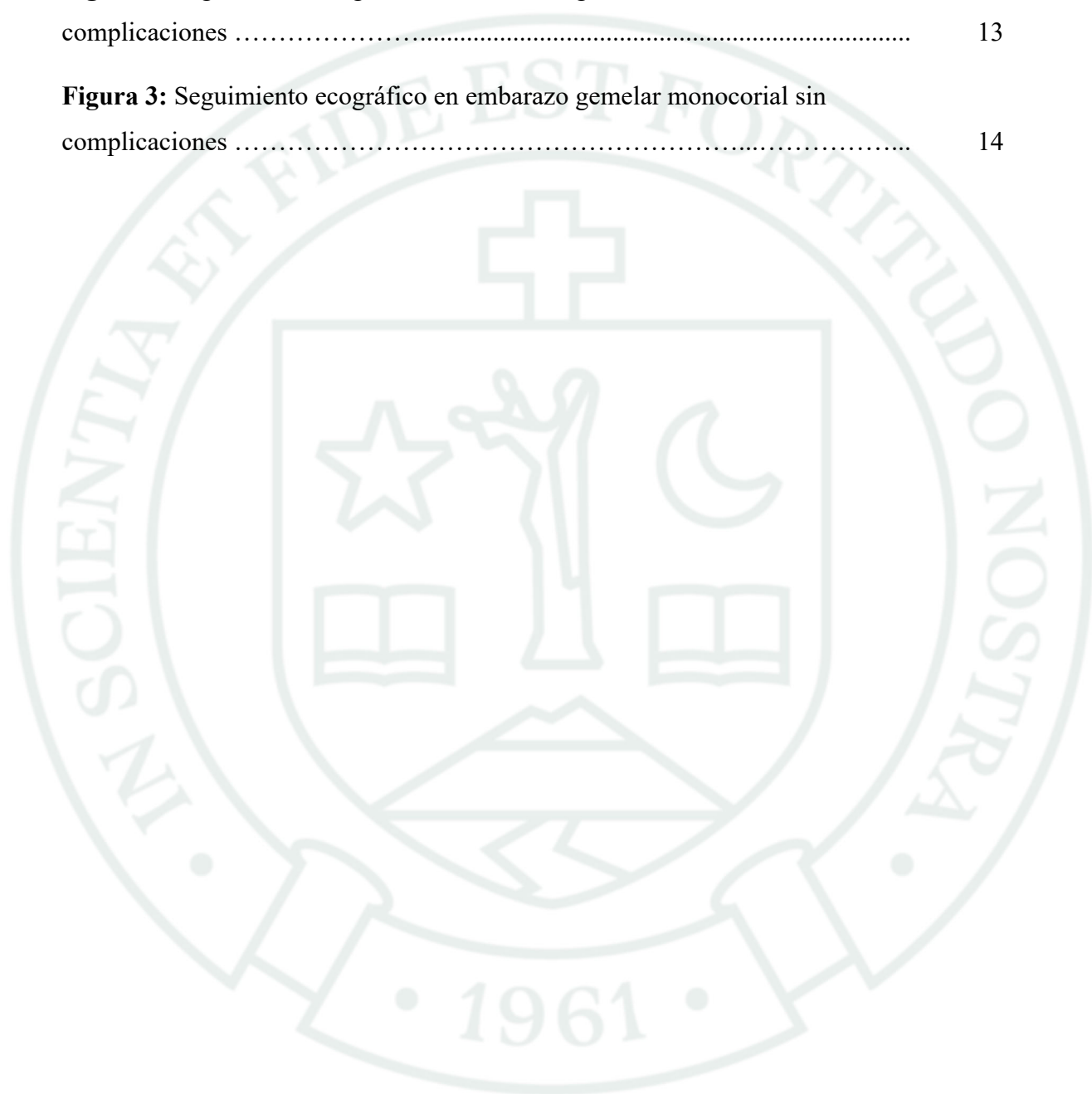
INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Embarazos múltiples sin diferencia por sexo	8
Tabla 2: Test de Fisher modificado	21
Tabla 3: Interpretación del monitoreo electrónico fetal intraparto	24



INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Signo T y Signo Lambda	12
Figura 2: Seguimiento ecográfico en embarazo gemelar bicorial sin complicaciones	13
Figura 3: Seguimiento ecográfico en embarazo gemelar monocorial sin complicaciones	14



INTRODUCCIÓN

Un embarazo gemelar se define como el desarrollo simultáneo de dos o más fetos en el útero. Se ha reportado que la incidencia de este tipo de embarazo ha ido aumentando en las últimas décadas, debido principalmente a los nuevos métodos de inseminación artificial, las mejoras tecnológicas disponibles y la edad materna. Se estima que 32 de cada 1.000 embarazos son múltiples. La mortalidad perinatal aumenta hasta tres veces más que en la población general debido a complicaciones como el parto prematuro que ocurre antes de las 37 semanas de gestación y que ocurre hasta en el 60% de estos embarazos, la restricción del crecimiento fetal y la hipoxia intraparto, y un riesgo 2,5 veces mayor de muerte materna en comparación con los embarazos únicos. El embarazo gemelar también se asocia con muerte fetal en uno de los fetos con una incidencia del 0,5 al 6,8%. El primer paso para evaluar un embarazo gemelar es determinar la corionicidad y el amnios. Debe determinarse antes de la semana 13,6 de embarazo. Alrededor del 70% de los embarazos gemelares son bicoriónicos, mientras que el 30% restante son monocoriónicos. Los embarazos monocoriónicos tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal en comparación con los embarazos bicoriónicos (1).

La corionicidad es un factor decisivo a la hora de evaluar el riesgo de embarazo múltiple. Aunque el conocimiento de la cigosidad tiene importancia clínica limitada, la determinación temprana del número fetal y la corionicidad es esencial para un tratamiento obstétrico adecuado. La ecografía prenatal permite un diagnóstico temprano y preciso de la corioamnionitis. Las características ecográficas de monocorionicos y bicoriónicos en el primer trimestre, al final del primer trimestre y en el segundo y tercer trimestre comparten muchas similitudes, pero se producen diferencias significativas a medida que avanza el embarazo. Aunque algunos hallazgos ecográficos tienen valores predictivos muy altos y pueden usarse de manera confiable para detectar corioamnionitis, otros son menos confiables. Por lo tanto, se deben evaluar tantos signos como sea posible durante una ecografía obstétrica (2).

Varios estudios han confirmado la precisión de los signos "lambda" y "T" para predecir la corionicidad en el primer trimestre, comparando el diagnóstico ecográfico con la histología placentaria o el género discordante al nacer. La sensibilidad informada oscila entre 89,8% y 100%; la especificidad varía del 97,4% al 99,8%. La edad gestacional en el momento del examen ecográfico varió entre los estudios. Informan una sensibilidad del 100%,

pero examinaron a pacientes 7 a 14 semanas, respectivamente. 5 a 14 semanas por semana, por lo que estos buenos resultados también incluyeron a pacientes examinadas en las primeras etapas del embarazo (menos de 10 semanas), cuando el diagnóstico ecográfico se basa en el número de sacos coriónicos y no en el signo T/lambda (3).

Entre las herramientas más empleadas para la vigilancia del bienestar fetal se encuentra la ecografía obstétrica y el monitoreo electrónico fetal, los cual han demostrado utilidad para identificar imágenes y patrones cardiotocográficos sugestivos y facilitar la toma de decisiones clínicas (4). Su aplicación permite una evaluación funcional continua del feto y, en escenarios de riesgo, se integra con la valoración clínica materna y con la información obstétrica disponible, incluyendo la evaluación ecográfica prenatal o al ingreso cuando esta se encuentra documentada.

A pesar del valor social que ha alcanzado la ecografía prenatal, su objetivo principal es brindar información sobre el estado y desarrollo del bebé, incluida la detección temprana de anomalías, evaluar el desarrollo anatómico, el crecimiento, el estado del feto, calcular la edad gestacional, evaluar el ritmo cardíaco, observar el estado de la placenta, evaluar el peso anatómico del feto y la patología del líquido anatómico, la patología del líquido amniótico. embarazo. Durante el embarazo, como parte del cuidado prenatal, los médicos recomiendan de tres a cuatro exámenes de ultrasonido para ver el desarrollo del bebé en las diferentes etapas del embarazo (5).

Actualmente es necesario que todas las obstetras estén capacitadas respecto a ecografía obstétrica, ya que esto beneficia a nuestras gestantes y evita posibles futuras complicaciones especialmente en zonas rurales que no se tiene acceso a médicos especialistas y esto nos ayuda también a referir de forma oportuna a las pacientes (6).

El control ecográfico de embarazos gemelares es un gran reto para los profesionales de salud, pero bastante importante ya que ayuda al seguimiento, descarte de posibles futuras complicaciones como prematuridad, rotura prematura de membranas, entre otras(7).

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar el aporte ecográfico obstétrica sobre corionicidad en la gestación gemelar, así como el pronóstico materno-perinatal, en una gestante de 25 años con embarazo gemelar y amenaza de parto pretérmino que atendida en un hospital de nivel III. El caso permite analizar la interpretación de los hallazgos ecográficos,

cardiotocográficos y su influencia en la toma de decisiones obstétricas durante su hospitalización.

Finalmente, el presente trabajo se estructura en tres capítulos: el Capítulo I desarrolla el marco conceptual y la revisión teórica; el Capítulo II describe el diseño metodológico y el caso clínico; y el Capítulo III presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones finales.





CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. Corionicidad:

1.1.1. Concepto:

Si dos o más fetos crecen al mismo tiempo, se habla de embarazo múltiple. Aunque los embarazos gemelares suelen producir sólo dos fetos.

Hay dos tipos de embarazo gemelar: gemelos fraternos (fraternos) y gemelos fraternos monocigoto (idéntico). Un embarazo gemelar se define como aquel en el que tenemos dos fetos en un embarazo.

El número de embarazos múltiples ha aumentado significativamente en los últimos años.

A medida que aumenta el riesgo de problemas maternos y fetales, afectará nuestro enfoque al respecto con atención prenatal y posnatal. El principal elemento que incide en el pronóstico del embarazo es su corionicidad.

1.1.2. Clasificación:

- Gemelos bizigóticos (BZ): Suponen 2/3 de los embarazos gemelares espontáneos y resultan de la fecundación de dos ovocitos por dos espermatozoides. Todos son bicoriales biamnióticos.
- Gemelos monocigóticos (MZ): Constituyen 1/3 de los embarazos gemelares y se producen por la división de un cigoto que se produce cuando un único ovocito es fecundado por un espermatozoide. Los gemelos resultantes serán genéticamente idénticos excepto por los heterocariotipos. Dependiendo del momento de división del cigoto, los embarazos monocigóticos se clasifican en:
 - Bicoriales biamnióticos (BCBA) (1/3 de MZ): división preimplantacional en estado de blastoma o mórula (4 días después de la fecundación).

- Monocoriales biamnióticos (MCBA) (99%): división a los 4-8 días de la fecundación (el trofoblasto se ha diferenciado, pero no el disco embrionario).
- Monocoriales monoamnióticos (AMCM) (1%): distribución entre 8-13 días después de la fecundación (tanto la cavidad amniótica como el disco embrionario ya están diferenciados).
- Siameses (<1%): Escisión >13 días después de la fertilización. La división del disco embrionario es incompleta y los gemelos son unidos (8).

1.2. Gestación múltiple:

1.2.1. Concepto:

Presencia de dos o más fetos, los embarazos múltiples indican un mayor riesgo de mortalidad perinatal. Según estas estadísticas, la muerte de un gemelo se produce hasta en un 6% de los embarazos múltiples. La incidencia global después de las 20 semanas de gestación (SDG) se estima entre el 2,6% y el 6,2% de todos estos embarazos. Se ha demostrado que la corionicidad, más que la cigosidad, influye en el resultado de esta complicación debido a la arquitectura placentaria de la circulación sanguínea en embarazos mono coriónicos. Se asocian tasas de pérdida de hasta el 30-50% con embarazos mono coriónicos y monos amnióticos. Si esto sucede antes de los 14 semanas de gestación, el embrión puede desaparecer; De 14 a 20 semanas de gestación, el tamaño y volumen del feto disminuye. Y si ocurre después de las 20 semanas de gestación, el feto permanece en el útero hasta el final del embarazo (9).

1.2.2. Seguimiento ecográfico:

1.2.2.1. Monocorial biamniótica: Controles cada 2 semanas con medida de longitud cervical desde las 12 semanas hasta las 34 semanas. Entre las 14 a 26 semanas realizar ecografía morfológica para descartar STFF y restricción de crecimiento intrauterino mediante CA, vejigas y pozo máximo de líquido amniótico.

1.2.2.2. Bicorial biamniótica:

Controles cada 4 semanas desde las 12 semanas hasta las 34 semanas y cada 2 semanas en cuellos acortados.

- Semana 12: Se debe evaluar viabilidad, corionicidad, biometría, estudio morfológico precoz, marcadores de cromosomopatías y longitud cervical.
- Semana 16: Evaluar longitud cervical.
- Semana 20: Ecografía morfológica y longitud cervical.
- Semana 24,28 y 32: Biometría y longitud cervical
- Semana 34: Biometría fetal
- Semana 36: Biometría, Índice de líquido amniótico, posiciones fetales (10).

1.2.2.3. Evaluación de crecimiento de acuerdo a percentiles:

En la siguiente imagen se evidencia los percentiles de peso de cada feto de embarazo gemelar de acuerdo a las semanas de gestación correspondiente.

Tabla 1: Embarazos múltiples sin diferencia por sexo

Semana	2	5	10	25	50	75	90	95	97
26	790	790	790	803	838	908	935	935	935
27	720	720	770	865	960	1120	1175	1180	1180
28	740	740	740	905	1098	1195	1270	1745	1745
29	800	800	910	1050	1260	1420	1470	1765	1765
30	965	1110	1180	1260	1450	1550	1800	1825	1910
31	1070	1120	1160	1400	1540	1670	1800	1890	1890
32	1250	1300	1390	1535	1715	1900	2200	2270	2300
33	1300	1430	1460	1640	1800	1980	2300	2500	1550
34	1270	1290	1545	1750	2050	2260	2540	2670	2765
35	1470	1650	1770	1985	2200	2380	2600	2760	2800
36	1700	1820	1960	2100	2305	2520	2770	2865	2930
37	1880	1920	2000	2250	2500	2770	3000	3100	3190
38	1990	2070	2230	2420	2700	2900	3120	3280	3370
39	1980	2050	2185	2450	2695	3000	3165	3300	3360
40	1755	1900	2130	2555	2850	3220	3540	3640	3690
41	2004	2250	2280	2540	2650	2920	3140	3350	4300
42	2750	2750	2750	2750	2815	2880	2880	2880	2880

Nota: Puertas DL. Ecografía Obstétrica. 1st ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2015 (7).

1.3. Ecografía obstétrica:

La ecografía obstétrica es un método diagnóstico no invasivo basado en ultrasonido que permite la evaluación sistemática del embarazo mediante la visualización del feto, la placenta, el líquido amniótico y las estructuras uterinas. Su aplicación posibilita determinar la edad gestacional, valorar el crecimiento fetal, identificar anomalías estructurales y evaluar las condiciones anatómicas materno-fetales a lo largo de la gestación, constituyéndose en una herramienta fundamental de la práctica obstétrica moderna (11).

Desde el punto de vista clínico, la ecografía obstétrica tiene como finalidad principal la vigilancia del desarrollo fetal y la detección temprana de condiciones que puedan comprometer el curso normal del embarazo. En la atención de gestantes de bajo y alto riesgo, permite evaluar el crecimiento fetal, la localización y maduración placentaria, el volumen de líquido amniótico y la presencia de malformaciones congénitas, proporcionando información esencial para la planificación del seguimiento prenatal y la toma de decisiones obstétricas oportunas (10).

La ecografía obstétrica guarda una relación directa con la evaluación del bienestar fetal al aportar información estructural y biofísica que complementa la vigilancia funcional realizada mediante el monitoreo electrónico fetal. La valoración del crecimiento fetal, el volumen de líquido amniótico y la morfología placentaria permite identificar de manera indirecta situaciones de compromiso fetal, como insuficiencia placentaria o restricción del crecimiento intrauterino, contribuyendo a una evaluación integral del estado fetal y al sustento clínico de las decisiones obstétricas durante el embarazo y el trabajo de parto (12).

1.3.1. Ecografía del primer trimestre:

Esta ecografía ha evolucionado a lo largo de los años desde una ecografía básica hasta ser comparada con una ecografía del segundo trimestre, y si bien sus objetivos no son los mismos, no son menos importantes. Señalamos también algunos factores que han contribuido a la popularización de esta ecografía, como la creciente demanda de la calidad de las mediciones de la translucidez nuchal (NT), los avances tecnológicos en nuestros equipos de ecografía, la preocupación de los ecografistas por "ver más cosas" y valorar antes el riesgo

de embarazo y determinar el nivel adecuado de seguimiento del embarazo y el nivel adecuado.

Al realizar una de estas ecografías, las metas estarán relacionadas con la edad gestacional en la que se realiza (EG estimada por regla y/o ecografía). Usamos el nombre embrión hasta las 10,6 semanas y feto a partir de las 11,0. La mayoría de los objetivos del estudio sistemático ya estaban definidos en el 2015 y siguen vigentes:

- Identificar el número de productos. En caso de embarazos múltiples, se determina la amnionicidad y la corionicidad.
- Confirmar viabilidad (presencia de latido fetal).
- Verificar edad gestacional
- Medir TN como marcador de varias patologías.
- Identificar patologías uterinas o anexiales (13).

En gestaciones gemelares se debe evaluar:

- ◆ Datación de edad gestacional: Lo ideal es que la edad gestacional de un embarazo gemelar se determine cuando la longitud craneal caudal (LCR) esté entre 45 y 84 mm (es decir, entre 11 0 y 13 6 semanas. Para embarazos espontáneos, se debe utilizar la mayor de las dos estimaciones.
- ◆ Corionicidad: Debe determinarse a las 13 o 6 semanas de gestación utilizando el espesor de la membrana en el sitio de inserción de la membrana amniótica en la placenta, la identificación del signo T o lambda y el número de masas placentarias. Se debe registrar y conservar una imagen ecográfica que muestre la corionicidad para referencia futura. Si la corionicidad no se puede determinar mediante ecografía transabdominal o transvaginal en una evaluación de rutina, se debe buscar una segunda opinión en un centro de referencia terciario. En el momento en que se determina la corionicidad, también se debe determinar y documentar la amnionicidad. Los embarazos

gemelares en monocorionicos momoamnioticos deben derivarse a un centro terciario con experiencia en su manejo (14).

- ◆ Se debe hacer todo lo posible para determinar la corionicidad de un embarazo gemelar. La corionicidad debe determinarse entre las 11 0 y 13 6 semanas de gestación utilizando el espesor de la membrana en el sitio de inserción de la membrana amniótica en la placenta, la identificación del signo T o signo lambda y el número de masas placentarias visualizadas mediante ultrasonido. Es importante inspeccionar cuidadosamente la membrana divisoria; En un embarazo gemelar biamniótico bicoriónico, los gemelos están separados por una gruesa capa de membranas coriónicas fusionadas a dos finas capas de líquido amniótico, una a cada lado, dando la apariencia de una "lambda completa" en comparación con sólo dos finas capas de líquido amniótico (signo T) que separan dos fetos en un embarazo biamniótico. En mujeres que se presentan por primera vez después de las 14 semanas de gestación, la corionicidad se determina mejor utilizando los mismos hallazgos ecográficos, contando específicamente las capas de membrana y anotando el sexo del feto discordante. La confiabilidad del número de masas placentarias es cuestionable porque las placentas bicoriónicas suelen ser adyacentes entre sí y aparecen como una sola masa, y el 3% de los embarazos gemelares monocoriónicos tienen dos masas placentarias en la ecografía, cuya presencia no excluye las anastomosis vasculares. Probablemente sería más preciso utilizar una combinación de funciones de ultrasonido en lugar de solo una (14).

Figura 1: Signo T y Signo Lambda

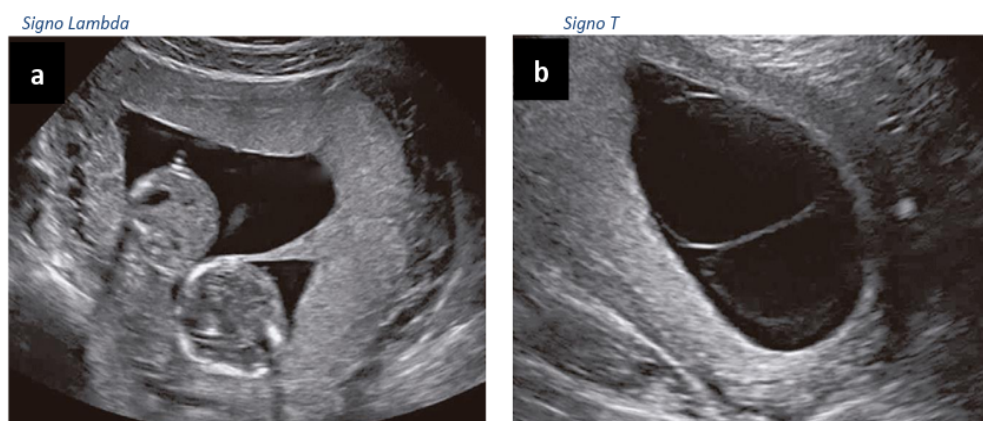


Figura 1 Imágenes ecográficas en el primer trimestre de: (a) un embarazo gemelar bicorial biamniótico, en el que los gemelos están separados por una gruesa capa de membranas coriónicas fusionadas; (b) un embarazo gemelar monocorial biamniótico, en el que los gemelos están separados solo por dos delgadas capas amnióticas.

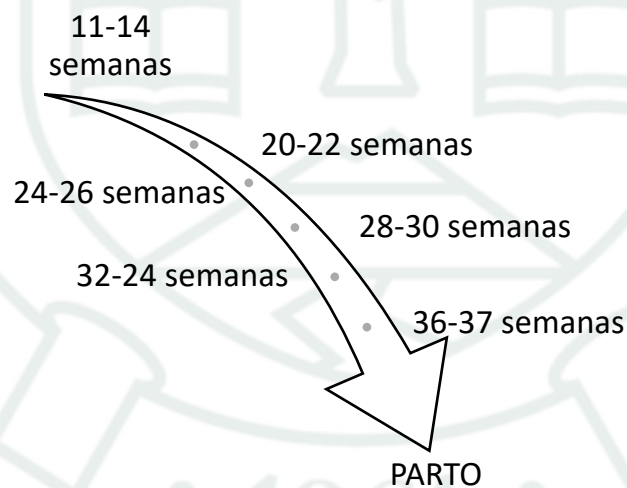
Nota: Salomon LJ, Alfirevic Z, Bilardo CM, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in fetal genetic screening. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023;61(1):102–115. doi:10.1002/uog.26041 (14).

- ◆ **Etiquetar o identificar a los fetos gemelares:** Es importante contar con una estrategia confiable y consistente para la identificación prenatal de gemelos. Las opciones incluyen identificarlos según su posición, ya sea izquierda y derecha o arriba y abajo; o ubicarlos en el primer trimestre de acuerdo con la inserción del cordón en relación con los márgenes placentarios y la inserción de la membrana. En algunos centros de atención médica, el gemelo A es el feto de la derecha y el gemelo B es el de la izquierda. Esta información debe documentarse claramente en las notas de los pacientes para garantizar un etiquetado coherente durante el seguimiento o los exámenes de seguimiento. Es una buena idea describir cada gemelo con tantas características como sea posible para permitir esto (14).
- ◆ **Fenómeno de "SWITCH" perinatal:** Cabe señalar que los gemelos con la inscripción "Gemelo A" y "Gemelo B" durante los exámenes de ultrasonido prenatal. No siempre nacerán en este orden, especialmente si el parto se realiza por cesárea. Es importante advertir a los padres y trabajadores de la salud que asistieron al parto sobre este

hecho, especialmente en embarazos gemelares cuando identificamos inconsistencias debido a anomalías estructurales que no están presentes, por ejemplo, mediante una evaluación externa; como hernia diafragma congénito o defectos cardíacos. En tales casos es Se debe realizar un examen de ultrasonido inmediatamente antes del parto y también antes de iniciar cualquier intervención neonatal específica (14).

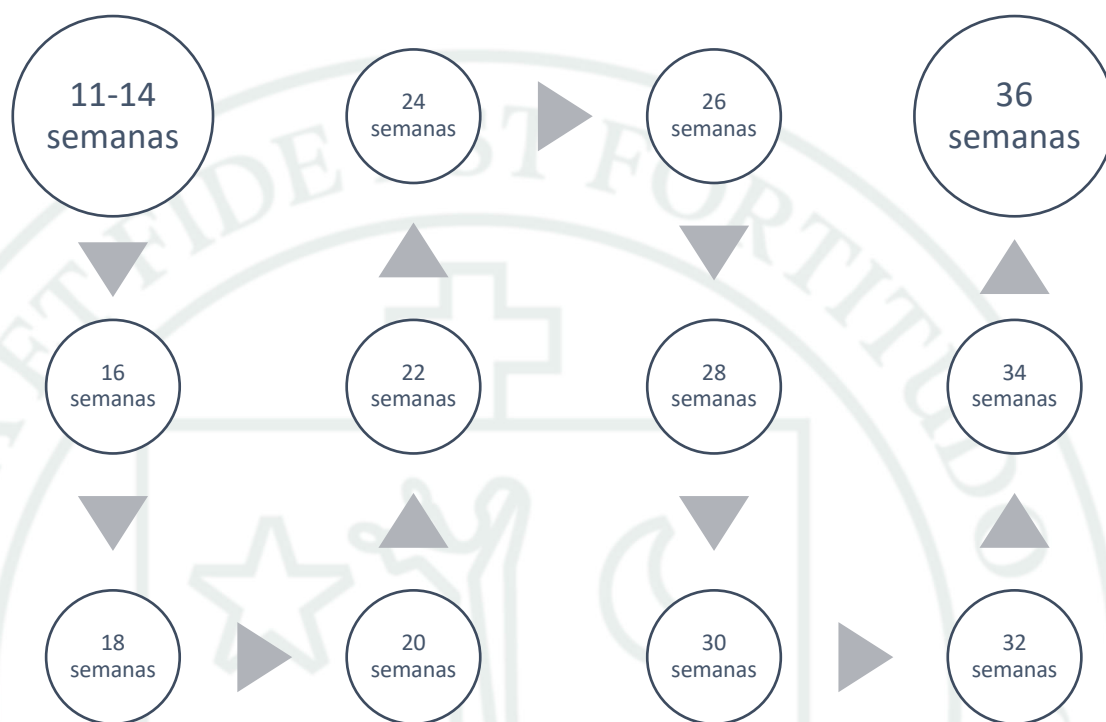
- ◆ **Monitoreo ecográfico regular de embarazos gemelares:** Mujeres con embarazo gemelar bicoriónico sin complicaciones, primero se debe realizar una investigación del primer trimestre, estudio detallado en el segundo trimestre y luego escaneando cada 4 semanas. En caso de ser gemelos monocoriales no complicados, exploración en el primer trimestre y debe evaluarse cada 2 semanas después de las 16 semanas. Se deben evaluar los gemelos monocoriónicos complejos más a menudo, dependiendo de la situación y la gravedad (14).

Figura 2: Seguimiento ecográfico en embarazo gemelar bicorial sin complicaciones



Nota: Salomon LJ, Alfievic Z, Bilardo CM, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in fetal genetic screening. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023;61(1):102–115. doi:10.1002/uog.26041 (14).

Figura 3: Seguimiento ecográfico en embarazo gemelar monocorial sin complicaciones



Nota: Salomon LJ, Alfirevic Z, Bilardo CM, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in fetal genetic screening. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023;61(1):102–115. doi:10.1002/uog.26041 (14).

1.3.2. Ecografía genética:

La ecografía genética es una modalidad especializada de la ecografía obstétrica orientada a la identificación de marcadores ecográficos estructurales y funcionales asociados a anomalías cromosómicas y malformaciones congénitas. Se fundamenta en la evaluación sistemática de parámetros anatómicos fetales específicos, como la translucencia nuchal, el hueso nasal, el ductus venoso y la anatomía fetal detallada, permitiendo estimar el riesgo genético fetal durante las distintas etapas de la gestación (13).

La finalidad clínica de la ecografía genética es contribuir al tamizaje prenatal de anomalías cromosómicas y estructurales, facilitando la identificación temprana de fetos con mayor probabilidad de presentar alteraciones genéticas. Esta evaluación permite estratificar el riesgo fetal, orientar la indicación de pruebas diagnósticas invasivas o no invasivas y optimizar el seguimiento prenatal, favoreciendo una toma de decisiones informada y basada en evidencia científica en el manejo obstétrico (14).

La ecografía genética se relaciona de manera indirecta con la evaluación del bienestar fetal, ya que la detección precoz de anomalías cromosómicas o malformaciones congénitas permite anticipar posibles complicaciones perinatales y establecer estrategias de vigilancia individualizadas. En gestantes con hallazgos ecográficos sugestivos de alteración genética, la planificación del seguimiento obstétrico y perinatal contribuye a una evaluación integral del feto y a la prevención de desenlaces adversos, complementando otras herramientas de vigilancia fetal utilizadas durante el embarazo y el parto (15).

1.3.3. Ecografía del segundo trimestre:

La ecografía del segundo trimestre se realiza principalmente para la evaluación anatómica del feto. En manos de expertos se pueden detectar las anomalías estructurales clínicamente más importantes. Sin embargo, existen diferencias significativas en las tasas de detección entre centros y operadores. Una ecografía fetal en el segundo trimestre también sirve como referencia para comparar ecografías posteriores en la evaluación del crecimiento fetal. Antes de que comience la exploración, el profesional de la salud debe informar a la mujer o a la pareja sobre los posibles beneficios y limitaciones de la ecografía periódica a mitad del embarazo.

Una ecografía de rutina a mitad del embarazo incluye la siguiente evaluación:

- Latidos del corazón
- El número de fetos (corionicidad y amnionicidad en caso de embarazos múltiples)

- Edad gestacional/tamaño del feto
- Anatomía fetal
- La apariencia y ubicación de la placenta
- Volumen de líquido amniótico (16)

1.3.3.1. Corionicidad en ecografía del segundo trimestre:

El diagnóstico de corionicidad puede ser difícil, ya que el signo lambda desaparece hasta en el 7% de los embarazos bicoriales biamnióticos y más pasadas las 20 semanas, y en los monocoriales, el adelgazamiento de la membrana interfetal puede dificultar su visualización. Para establecer el diagnóstico nos podemos basar en los siguientes hallazgos:

- Sexo del feto: Si los sexos son iguales y hay duda sobre la corionicidad, el seguimiento se realizará como monocoriales. Sin embargo, hasta el 50% de los CM son del mismo sexo en ambos fetos.
- Número de placentas: La cual tiene fiabilidad cuestionable, ya que 1/3 de las placentas bicoriales están fusionadas, y hasta un 3% de las monocoriales pueden ver placentas de doble cavidad o sucenturiales.
- Espesor de la membrana amniótica: la membrana bicorial es más gruesa (ya que presenta 2 capas amnióticas de corion) que la monocorial. Sin embargo, este hallazgo no es altamente replicable dentro de los profesionales de salud y entre observadores (8).

1.3.4. Ecografía morfológica:

El objetivo principal de esta ecografía es obtener la máxima información sobre el desarrollo del feto, permitiendo así a los padres tener un mayor poder de decisión respecto a las distintas opciones ofrecidas, en base a la detección definitiva de cualquier anomalía. Teniendo en cuenta que el cribado se realiza a priori en una población sana, el resultado de esta prueba en la mayoría de los

casos no mostrará ninguna anomalía, lo que tranquilizará a los padres y al entorno familiar. Debido a que no es posible agrupar, la ecografía del segundo trimestre debe realizarse bajo el supuesto de que cada feto debe considerarse en alto riesgo de anomalías, ya que más del 75% de los fetos con anomalías estructurales no tienen factores de riesgo identificables (17).

Esta ecografía se divide de la siguiente manera para una adecuada evaluación:

- Cabeza
- Cara
- Cuello
- Columna
- Tórax
- Corazón
- Abdomen
- Pared
- Extremidades
- Anexos (18)

1.3.5. Ecografía Doppler:

La ecografía Doppler obstétrica es una modalidad de ultrasonido que permite evaluar, de forma no invasiva, la hemodinámica materno-fetal mediante el análisis de la velocidad del flujo sanguíneo y de índices derivados (p. ej., índice de pulsatilidad) en vasos seleccionados, como arterias uterinas, arteria umbilical y arterias fetales, con el objetivo de inferir el estado de la perfusión útero-placentaria y fetal (17).

En la práctica clínica, su finalidad principal es identificar disfunción placentaria y estratificar riesgo perinatal en gestaciones con sospecha o diagnóstico de compromiso fetal (p. ej., restricción del crecimiento fetal, trastornos hipertensivos del embarazo), apoyando la vigilancia seriada y la decisión sobre oportunidad de finalización del embarazo cuando los hallazgos sugieren deterioro hemodinámico o aumento del riesgo de muerte fetal (19).

Su relación directa con el bienestar fetal radica en que las alteraciones Doppler (por ejemplo, aumento de resistencia en arteria umbilical en contextos de insuficiencia placentaria) se asocian a mayor riesgo de eventos perinatales adversos y permiten complementar la evaluación fetal cuando los hallazgos clínicos o cardiotocográficos son indeterminados, contribuyendo a una evaluación integral del estado fetal (20).

La ecografía (biometría fetal, evaluación de líquido amniótico y actividad fetal) y la glucometría Doppler se integran como pruebas de vigilancia fetal complementarias a la cardiotocografía: mientras el monitoreo fetal (NST/CTG) refleja el estado funcional fetal en el momento de la evaluación, la ecografía y el Doppler aportan información anatómica y hemodinámica relacionada con la función placentaria y la adaptación fetal a la hipoxemia, permitiendo una evaluación más completa del riesgo y de la progresión del compromiso fetal (19).

En el marco del trabajo de parto, esta integración es especialmente útil cuando el trazado cardiotocográfico es indeterminado (p. ej., categoría II) o cuando existen factores de riesgo materno-fetales: la ecografía puede aportar hallazgos de contexto (p. ej., volumen de líquido amniótico, crecimiento fetal) y el Doppler puede apoyar la sospecha de disfunción placentaria, fortaleciendo la justificación clínica de la conducta obstétrica y la vigilancia continua (21).

1.4. Parto pretérmino:

1.4.1. Concepto:

El parto prematuro es la complicación más común en medicina materno-fetal. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (2018), esto supone entre el

6,5-9% del total de nacimientos ocurridos en nuestro entorno, aunque en centros de referencia estas cifras pueden llegar al 12,5%. El nacimiento prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad entre los recién nacidos y la segunda causa de morbilidad y mortalidad entre los niños menores de 5 años. La incidencia de estas complicaciones perinatales es inversamente proporcional a la edad gestacional al momento del parto. Los efectos del parto prematuro en los recién nacidos, sus padres y la sociedad hacen del parto prematuro un importante problema de salud pública. Además, la investigación sobre el parto prematuro es una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los próximos años. También es uno de los principales objetivos de la Estrategia Global de las Naciones Unidas para Reducir la Mortalidad Neonatal (22).

1.4.2. Hallazgos ecográficos:

1.4.2.1. Longitud cervical en amenaza de parto pretérmino:

- <25 mm antes de las 32 semanas
- <15 mm desde las 32 semanas (7)

1.4.2.2. Acortamiento cervical antes de las 34 semanas:

- Cérvix 15-25 mm: Realizar cervicometría cada 2 semanas.
- Cérvix <15 mm: Incrementar los controles (7)

1.5. Monitoreo electrónico fetal:

1.5.1. Concepto:

El monitoreo electrónico fetal (MEF) constituye actualmente la herramienta más empleada a nivel mundial para evaluar la salud del feto y detectar oportunamente signos de hipoxia intraparto (23). Su denominación surgió entre las décadas de 1960 y 1970, marcando la transición del monitoreo mecánico al electrónico en la práctica obstétrica (24).

No obstante, el MEF presenta limitaciones importantes: en embarazos de alto riesgo su sensibilidad para predecir compromiso fetal es baja, y en embarazos

de bajo riesgo su implementación debe valorar cuidadosamente el aumento de intervenciones obstétricas frente a los beneficios potenciales en términos de seguridad perinatal (25).

La evaluación del bienestar fetal durante la gestación, el trabajo de parto y el parto constituye un pilar esencial en la atención integral del binomio madre-bebé, siendo determinante para optimizar los resultados perinatales. Dicha valoración integra parámetros que permiten una interpretación continua y correlacionada del estado fetal, tales como la frecuencia cardíaca fetal, la variabilidad, las aceleraciones, las desaceleraciones, los movimientos fetales y las contracciones uterinas (26).

1.5.2. Clasificación del Monitoreo Electrónico fetal:

1.5.2.1. MEF ante parto:

El test no estresante (NST) tiene como finalidad identificar la hipoxia fetal y, de esta manera, contribuir a la reducción de las tasas de muerte perinatal. Para su interpretación se deben considerar las condiciones maternas pregestacionales y gestacionales, así como los factores fetales y placentarios que puedan aumentar el riesgo de hipoxia fetal (27).

- **Condiciones para la realización del NST:**
- Registrar el monitoreo fetal durante 20 minutos.
- Documentar los movimientos fetales.
- Mantener a la gestante en posición semisentada a 45°.
- Fijar la velocidad del papel a 1 cm/min.
- **Evaluación de NST mediante TEST DE FISHER:** Donde se toma en cuenta 5 variables, frecuencia cardíaca fetal, variabilidad, aceleraciones, desaceleraciones y actividad fetal tomando puntajes de 0,1 y 2 de acuerdo a los parámetros que se evidencia en el monitoreo.

Tabla 2. Test de Fisher modificado

Variables	0	1	2
Línea de base (lpm)	<100 y >180	100–119 o 161–180	120–160
Variabilidad (lpm)	<5 o =0	6–9 o ≥25, pero <6	10–25 o 6–10
Aceleraciones	0	Periódicas o esporádicas (1–4)	Esporádicas ≥5; ninguna o temprana
Desaceleraciones	Repetidas o desviaciones; ninguna	Variables o alejadas no repetidas	<5 movimientos
Actividad fetal	No hay	1–4 movimientos/minuto	≥5 movimientos

Nota: Quispe Ore D. Vía de culminación del parto en gestantes a término con monitoreo fetal electrónico: Hospital Jesús de Nazareno, abril–junio 2021. Ayacucho: UNSCH; 2023 (28).

- **Interpretación del NST:**

- Feto activo–reactivo: resultado normal.
- Feto activo–no reactivo: resultado patológico.
- Feto hipoactivo–no reactivo: resultado patológico.

- **Pautas de reactividad:**

Se deben observar al menos 2 aceleraciones en 10 minutos o aceleraciones en 30 minutos.

Tras la estimulación vibro acústica, se deben presentar aceleraciones durante un mínimo de 3 minutos.

Para la estimulación manual, se moviliza suavemente la cabeza fetal durante un minuto; si se obtiene una aceleración ≥ 15 latidos por minuto con una duración mínima de 15 segundos, la prueba se considera reactiva (27).

1.5.2.2. MEF intraparto:

El monitoreo electrónico fetal intraparto consiste en la vigilancia continua de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y de las contracciones uterinas durante las fases de dilatación y expulsivo. Este procedimiento permite identificar alteraciones en el estado ácido-base fetal y orientar la conducta clínica inmediata. La clasificación del MEF intraparto se establece en tres categorías principales: normal (categoría I), indeterminada (categoría II) y anormal (categoría III), según los patrones cardiotocográficos observados (28).

- **Evaluación de MIP:**

Categoría 1: considerados normales, son firmemente predictivos de un estado ácido-base fetal normal.

Para estar comprendidos dentro de esta clasificación deben cumplirse los siguientes parámetros:

- Línea de base: 110–160 lpm.
- Variabilidad moderada.
- Desaceleraciones tardías o variables ausentes.
- Desaceleraciones precoces presentes o ausentes.
- Aceleraciones presentes o ausentes.

Categoría 2: considerados indeterminados, no son concluyentes y pueden predecir un estado ácido–base anormal. Requieren vigilancia continua.

Para estar comprendidos dentro de esta clasificación se consideran los siguientes parámetros (25):

- Línea de base: bradicardia no acompañada de ausencia de variabilidad, taquicardia, variabilidad mínima o marcada.
- Ausencia de variabilidad no acompañada de desaceleraciones recurrentes.
- Aceleraciones: ausencia de aceleraciones inducidas tras estimulación fetal.
- Desaceleraciones: periódicas o episódicas, variables recurrentes acompañadas de variabilidad mínima o moderada, desaceleración prolongada (≥ 2 minutos, pero < 10 minutos), desaceleraciones tardías recurrentes con variabilidad moderada de la línea de base, desaceleraciones variables con retorno lento a la línea de base, aceleraciones pre y post desaceleración, o aceleración prolongada post-desaceleración (28).

Categoría 3: considerados anormales, son altamente predictivos de alteración ácido–base fetal y requieren evaluación inmediata.

Para estar comprendidos dentro de esta clasificación deben cumplirse los siguientes parámetros (28):

- Ausencia de variabilidad de la línea de base, acompañada de cualquiera de los siguientes hallazgos:

Desaceleraciones tardías recurrentes.

Desaceleraciones variables recurrentes.

Bradicardia.

-Patrón sinusoidal.

- Interpretación de resultados de MIP:

En el siguiente cuadro se evidencia un resumen de la interpretación de los resultados de monitoreo y las medidas a tomar de acuerdo a cada categoría identificada.



Tabla 3. Interpretación del monitoreo electrónico fetal intraparto

Categoría	Características	Significado fisiopatológico	Medidas
MIP I – Normal	Cuatro parámetros en rango normal (contracciones uterinas, FCF, variabilidad y aceleraciones)	Predicción fuerte de estado ácido-base fetal y normal	No requiere medidas de acción específicas
MIP II Indeterminado	Cualquier patrón que no cumpla criterios de categoría I ni III	No predicen alteración del estado ácido-base fetal, pero pueden clasificarse como normales	Requiere evaluación, monitoreo continuo y reevaluación clínica
MIP III – Anormal	Variabilidad disminuida (mínima o ausente) más uno de los siguientes: -desaceleraciones tardías, -desaceleraciones variables, - bradicardia - patrón sinusoidal	Se asocia con estado ácido-base fetal alterado	Precisa evaluación inmediata, reanimación fetal intraparto e interrupción del embarazo en 20–30 minutos

Nota: Coayla Carpio JV. *Alteración del bienestar fetal y cardiotocografía*, Hospital 2-II Moquegua 2021 [tesis de segunda especialidad]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2022 (28).

CAPITULO II
MARCO METODOLOGICO

2. Presentación del caso clínico

Anamnesis

2..1. Datos de filiación

- **Iniciales:** M. C. Q.
- **Edad:** 25 años
- **Sexo:** Femenino
- **Estado civil:** Conviviente
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Lugar de nacimiento:** Tacna
- **Fecha de nacimiento:** 17/12/2000
- **Residencia actual:** ----
- **Grado de instrucción:** Secundaria completa
- **Fecha de ingreso hospitalario:** 10 de marzo de 2026
- **Fuente de información:** La propia paciente

2..2. Enfermedad Actual:

- a. **Tiempo de enfermedad:** 1 día con 10 horas aproximadamente
- b. **Signos y síntomas:** Dolor tipo contracción
- c. **Historia de la enfermedad:** Paciente gestante de 25 años que es referida del Hospital II de Ilo con diagnósticos de Amenaza Pretérmino, Embarazo gemelar y Bi cesareada anterior. Con ecografía de captación de 16 semanas con 6 días, actualmente con gestación de 33 semanas con 4 días de acuerdo a ecografía

realizada. Se percibe movimientos fetales, niega pérdida de tapón mucoso, niega pérdida de líquido, niega sangrado.

Funciones vitales:

- PA: 115/70 mmhg
- FC: 100 X'
- T°: 36.4 °C
- FR: 20 X'
- SPO2: 96%

Funciones biológicas:

- Apetito: 5 veces/día
- Sed: 10 vasos/día
- Sueño: 6 horas
- Micción: 5 veces/día
- Deposiciones: 1 vez/día

2..3. Antecedentes personales

a. Antecedentes fisiológicos:

- Nacida de parto eutócico, lactancia materna recibida.
- Esquema de vacunación completo (dato no documentado en historia clínica, referido por la paciente).
- No se reportan alergias conocidas a medicamentos o alimentos.
- Cirugía previa: Bi cesareada

- No se registran antecedentes de transfusiones, traumatismos ni enfermedades crónicas conocidas.
- No se consigna historia de enfermedades psiquiátricas ni uso habitual de medicamentos.

b. Antecedentes gineco-obstétricos

- **Menarquia:** 13 años
- **Inicio de relaciones sexuales:** 18 años
- **Parejas sexuales:** 03
- **Régimen catamenial:** 7 días / Irregular
- **Fórmula obstétrica:** G2P2002
- **Embarazos anteriores:**
 - **G1 en el 2019 por cesárea con un peso de 3450 gr al nacer.**
 - **G2 en el 2023 por cesárea con un peso de 3550 gr al nacer.**
 - **Fecha de ultimo de parto: 12/09/2023**
- **Métodos anticonceptivos (MAC):** Inyectable trimestral por 1 años, su último inyectable que se colocó fue en el mes de marzo.
- **Citología (Papanicolaou), examen mamario y enfermedades de Transmisión sexual:** Negativo en el año 2023
- **Tratamiento de infertilidad:** Niega

c. Antecedentes familiares:

- **Cónyuge:** Vive con el paciente sano aparentemente, con 40 años de edad.
- **Hijos:** 2 hijos vivos de sexo masculino aparentemente sanos, con 6 y 2 años de edad respectivamente.

d. Antecedentes socioeconómicos:

- **Vivienda:** Propia
- **Alimentación:** Variada con 5 raciones al día
- **Seguro de salud:** La paciente contaba con SIS desde el 2019 y desde el 2023 obtuvo Es salud hasta la fecha.

e. Embarazo actual:

- FUR: 16/07/2025 x ecografía del segundo trimestre.
- FPP: 21/04/2026
- Bicesareada anterior
- Embarazo múltiple bicorial biamniótico

2..4. Ecografías realizadas:

La paciente refiere haberse realizado 4 ecografías particulares siendo la primera ecografía de captación del embarazo en el segundo trimestre, pero al momento solo presenta 1 ecografía particular.

Ecografía del 11/11/2025:

- Realizada de forma particular en ILO, encontrándose dos fetos activos con latidos cardio fetales de 151 y 166 x' respectivamente y con pesos de 164 y 158 gramos respectivamente.
- No se registró cervicometría.
- No se registró medición de división interfetal.
- Diagnósticos
 - Gestación doble activa bicoriónica biamniótica de 16 semanas 6 días
 - Fecha probable de parto 22/04/2026.

- Además, con recomendaciones de empezar controles prenatales en establecimiento de salud origen y ecografía morfológica de 20 a 24 semanas.
- De acuerdo a imágenes anexadas en la ecografía particular se evidencia el signo LAMBDA además de dos placentas corporales, sirviendo este como criterio diagnóstico para el evaluador.

2..5. Examen físico general y regional

Al ingreso hospitalario, la paciente fue evaluada por el equipo de obstetricia. A continuación, se consignan los hallazgos del examen físico general:

2.5.1. Signos vitales

- **Presión arterial inicial:** 110/70 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 105 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 20 rpm
- **Temperatura:** 36.2 °C
- **Saturación de oxígeno:** 94–96%
- **Altura uterina:** 37 cm
- **Frecuencia cardíaca fetal:** F1: 145 y F2: 150 lpm
- **Actividad uterina:** presente, regular (+)

2.5.2. Examen general

- **Estado general:** Aparentemente Regular Estado General, Regular Estado Hidratación, Regular Estado Nutricional
- **Facies:** Compuesta
- **Piel:** Trigueña, turgor y elasticidad conservados
- **Tejido celular subcutáneo:** Abundante

- **Cabello:** Negro, buena implantación, llenado capilar < 2 segundos
- **Ojos:** Pupilas reactivas, conjuntivas rosadas, escleras normales
- **Nariz:** Normorrínea, sin secreciones
- **Oídos:** Conductos auditivos sin secreciones
- **Boca:** Mucosa húmeda, dentadura conservada, orofaringe no congestiva
- **Cuello:** Sin adenopatías, tiroides no palpable
- **Tórax:** Simétrico, murmullo vesicular presente, sin ruidos agregados
- **Corazón:** Ruidos cardíacos rítmicos (RCR), sin soplos
- **Abdomen:** Blando, depresible, sin dolor a la palpación, útero grávido
- **Genitales externos:** Multípara, vello rasurado, sin sangrado vaginal
- **Tacto vaginal:** Sin modificación cervical, con cuello posterior con flujo blanquecino escaso
- **Extremidades:** Simétricas, sin edema
- **Neurológico:** Glasgow 15/15, ROT 2/4, sin signos meníngeos ni focalización

Los hallazgos físicos obtenidos durante la evaluación inicial reflejaron un estado general conservado, sin signos de compromiso neurológico ni respiratorio.

2..6. Evaluación ecográfica:

Ecografía obstétrica de ingreso: 10/3/26

FETO 1: Biometría para 33 semanas con 6 días

Placenta corporal anterior grado II/III con ILA adecuado pozo máximo de 34 mm

Pondeado Fetal: 2310 gr

Doppler fetal con Arteria Cerebral Media: 1.64 , Arteria Umbilical: 0.75
y índice cerebro placentario: <1

FETO 2: Biometría para 33 semanas con 6 días

Ponderado Fetal: 2260 gr

Doppler fetal con Arteria Cerebral Media: 1.51 , Arteria Umbilical: 0.86
y índice cerebro placentario: <1

Placenta corporal posterior grado II/III con ILA adecuado pozo máximo
de 31 mm

Cervicometría 32 mm

Diagnostico:

- Gestación doble bicorial biamniótica de 33 semanas 6 días (No se describe en ecografía realizada en el hospital nivel III, ni tampoco se consigna imágenes de diagnóstico realizado)
- Vitalidad fetal conservada
- Doppler fetal conservado

Monitoreos electrónicos fetales realizados:

1. Monitoreo electrónico fetal del 10/3/26 a las 11:46 am

a. FETO 1:

FCF: 145 X'

VARIABILIDAD: Moderada

ACELERACIONES: Presentes

DESACELERACIONES: No

RESULTADO: Categoría 1

b. FETO 2:

FCF: 150 X'

VARIABILIDAD: Moderada

ACELERACIONES: Presentes

DESACELERACIONES: No

RESULTADO: Categoría 1

2..7. Exámenes de Laboratorio 09/03/2026:

Hemograma:

- Leucocitos: 6.54
- Hemoglobina: 11.5mg/dl
- Abastondados: 0%
- Plaquetas: 383
- Segmentados: 58%
- Glucosa: 82
- Urea: 16.8
- Creatinina: 0.39
- Serológicos: Negativo
- Grupo sanguíneo y factor Rh: O+

Examen completo de orina:

- Leucocitos: 20.25 xc

- Bacterias: 2+

2..8. Impresión Diagnostica:

Multigesta secundípara

Gestación doble de 33 semanas con 6 días

ARO: Bicesareada anterior

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- Dieta blanda
- Reposo relativo
- Control de funciones vitales
- Control obstétrico
- Exámenes de laboratorio
- Sedimento urinario
- Electrocardiograma
- Interconsulta a medicina

Prescripción médica:

- CLNa al 0.9% 1000 cc a 30 gotas por minuto
- Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas x 2 dosis (Recibió 2 dosis en ILO)
- Nifedipino 1 tableta cada 8 horas vía oral



CAPITULO III

DISCUSIÓN

3.1. Análisis del caso clínico

El caso clínico corresponde a una gestante de 25 años, multigesta secundípara con gestación doble, amenaza de parto pretérmino (presuntivo), antecedente de bicesareada anterior, además de contar con antecedente de índice de masa corporal pregestacional de 31 clasificado como Obesidad Grado I y antecedente de infección urinaria en el embarazo, siendo considerados como factores de riesgo relevantes para desencadenar un trabajo de parto pretérmino en el artículo de investigación de Huarcaya (29).

Otro punto importante es que la paciente fue captada por una ecografía de segundo trimestre particular en Ilo obteniendo la siguiente impresión diagnóstica: Gestación doble activa bicorionica biamniótica de 16 semanas y 6 días debido a que el medico evidencio signo Lambda y la presencia de 2 placentas sirviendo estos como herramienta diagnóstica aunque de acuerdo a, Fecha probable de parto: 22/04/2026 y las siguientes recomendaciones: Empezar controles prenatales en establecimiento de salud origen y ecografía morfológica de 20 a 24 semanas.

De acuerdo a LERMA nos indica que este hallazgo ecografico debe ser evaluado en el primer trimestre para evitar tasa de errores y en caso se evalué en trimestres posteriores se debe evaluar grosor de la membrana interfetal que debe ser igual o mayor a 2 mm en caso de gestaciones bicoriales biamnióticas (7).

Tomando en cuenta que según ISUOG (International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology) y otras guías importantes nos indica que lo recomendable es verificar corionicidad antes de las 14 semanas de gestación incluyendo el tabique Inter gemelar completo como el signo lambda o el signo T, pero pasado el primer trimestre de debe dar importancia al espesor de la membrana y el número de placentas, tomando en cuenta que las placentas succenturiatas podrían confundir el diagnóstico y más cuando los fetos son del mismo sexo como en este caso clínico se debería llevar un manejo como el de fetos monocoriales (14).

Además, que recalca que las pacientes con embarazo gemelar bicorial sin complicaciones deben realizarse una ecografía en el primer trimestre, una ecografía para anomalías en el segundo trimestre y ecografías cada 4 semanas a partir de entonces. Por otro lado, los gemelos bicoriales con complicaciones deben someterse a ecografías con

mayor frecuencia, según la afección y su gravedad. A diferencia de este caso clínico ya que la paciente solo refiere haberse realizado 4 ecografías en todo el embarazo, pero no las presento porque refirió no tenerlas ni tener quien haga evidencia de estos exámenes.

Además, que en casos de gestación doble en cada consulta ecografía se debe realizar medición de longitud cervical para evaluar riesgo de parto pretérmino y la captación tardía de por si es un factor de riesgo agregado para presentar complicaciones (30).

La gestante ingresó el 9 de marzo del 2026 al Hospital Nivel II por referir dolor tipo contracción y negando pérdida de tapón mucoso, liquido o sangrado diagnosticándola con 1) O47.0 Falso trabajo de parto y 2) O30.0 Embarazo doble. Iniciando tratamiento de tocólisis y maduración pulmonar, pero al no ver mejora es referida el día 10/03/2026 al Hospital Nivel IV donde se continua con el tratamiento de amenaza de parto pretérmino y se admite a la paciente con los siguientes diagnósticos: 1) Z35.8 Supervisión de otros embarazos de alto riesgo, 2) O30.0 Embarazo doble y 3) O47.0 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación.

Además, se le indica dieta blanda, reposo relativo, control de funciones vitales, control obstétrico de monitoreo fetal, latidos cardio fetales, dinámica uterina, movimientos fetales, ecografía obstétrica, Doppler fetal, exámenes de laboratorio, sedimento urinario, EKG e interconsulta a medicina en piso.

Encontrando hallazgos ecográficos compatibles con embarazo gemelar bicorial biamniótico pero no se describe espesor de membrana interfetal para tal diagnóstico, por otro lado se encuentra no compatible con amenaza de parto pretérmino como longitud cervical de 32 mm con FETO 1 Y FETO 2 en percentil 90 y 75 respectivamente descartando discordancia fetal a diferencia de los hallazgos ecográficos en el caso de Camargo (31) donde se evaluó el caso clínico de una gestante de 29 años, secundigesta nulípara de 34 semanas 1 día que presentaba primera ecografía a las 11 semanas donde se le dio el diagnostico de gestación monocorial biamniotica pero no se describe mediante que hallazgo ecográfico se llegó al diagnóstico ni tampoco se adjuntó ecografía en los anexos, tampoco se realizó medición de membrana interfetal pero se le identifico cervicometría de 19 mm y FETO 1 FETO 2 en percentil 10 y 30.

Caso similar al caso de Chavez donde se evaluó el caso de una gestante que tampoco contaba con ecografía de primer diagnóstico pero se le dio el diagnóstico de gestación bicorial biamniótica sin consignar hallazgos ecográficos para llegar a tal diagnóstico, pero esta gestante si presentaba un NST alterado con presencia de contracciones uterinas regulares con una frecuencia de 2 contracciones en 10 minutos donde se confirmó el caso de amenaza de parto pretérmino y se inició tocólisis y maduración pulmonar (32).

Es por este motivo que se evidencia la falta de dicho hallazgo ecográfico que si se le diera más enfoque podríamos llevar el seguimiento correcto y evitar posibles complicaciones futuras.

En la evaluación inicial se registró funciones vitales estables y se solicitó exámenes de laboratorio, hallazgos compatibles con embarazo doble e incompatibles con una amenaza de parto pretérmino, de acuerdo con los criterios clínicos descritos en guías obstétricas vigentes.

CONCLUSIONES

Primera. El análisis del caso permitió establecer que el aporte ecográfico sobre corionicidad en el caso de una gestación gemelar es muy importante para realizar el seguimiento correspondiente.

Segunda. En relación a la identificación de la corionicidad en un embarazo gemelar se debe tomar en cuenta la edad gestacional para utilizar el criterio diagnóstico correspondiente.

Tercera. El análisis de los antecedentes personales y gineco-obstétricos relevantes evidenció que la gestante cursaba con diferentes factores de riesgo como bicesareada anterior, además de condición multigesta, elementos que contextualizaron el riesgo materno-fetal. En particular, corionicidad resultó relevante para la conducta de seguimiento.

RECOMENDACIONES

1. Para el Ministerio de Salud, fortalecer la capacitación continua del personal médico y obstétrico en la interpretación de ecografía obstétrica, promoviendo un enfoque dinámico e integrado los hallazgos ecográficos de corionicidad, a fin de optimizar el seguimiento obstétrico correspondiente.
2. Para el hospital de origen, Implementar protocolos institucionales estandarizados para la interpretación y manejo de hallazgos ecográficos, con énfasis en la corionicidad, la aplicación del uso de medición del grosor de la membrana interfetal en casos de captación tardía de embarazos gemelares, con el fin de reducir variabilidad clínica y asegurar decisiones oportunas.
3. Para el personal de salud, reforzar la valoración sistemática de los antecedentes personales y gineco-obstétricos en gestantes con embarazo múltiple amenaza de parto pretérmino, integrando esta información en la interpretación inicial del monitoreo electrónico fetal, para contextualizar adecuadamente la sospecha de alteración del bienestar fetal durante el trabajo de parto.
4. Para el personal de obstetricia, promover el uso racional y continuo de la ecografía obstétrica acompañado de un registro clínico, completo, detallado, cronológico y ordenado de dicho examen, para garantizar la el manejo correcto desde el ingreso hospitalario hasta la culminación del parto y fortalecer la calidad de la atención obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Villarreal MA. Embarazo gemelar: resultados perinatales [Tesis de Maestría]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2024 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/28890/7/28890.pdf>
2. Sepulveda W, Wong AE. Zygosity, chorionicity and amnionicity. En: Bricker L, Robinson JN, Thilaganathan B, editores. *Management of multiple pregnancies: a practical guide*. Cambridge: Cambridge University Press; 2022. p. 18-38 [Internet]. [consultado 8 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/books/abs/management-of-multiple-pregnancies/zygosity-chorionicity-and-amnionicity/E56CE2603529E2FC964D3368E9597C95>
3. D'Addario V, Rossi C. Diagnosis of chorionicity: the role of ultrasound. *Diagn Prenat*. 2014;25(2): [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-diagnostico-prenatal-327-articulo-diagnosis-chorionicity-the-role-ultrasound-S2173412713000693>
4. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
5. Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico nacional: mortalidad materna 2022 [Internet]. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2023 [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2023/mm042.pdf>
6. Enrique-Peves NX, Quinto-Aylas WA, Ordoñez-Vargas CI, Vega-Gonzales EO. Utilidad de la capacitación en ecografía a los obstetras o matronas: una revisión sistemática. *Investig Educ Med*. 2025;14(54):63-79 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fm.20075057e.2025.54.24613>

7. Lerma Puertas D. Ecografía obstétrica: guía práctica de consulta. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021
8. Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia. Gestación gemelar [Internet]. España: SAGO; 2025 [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.sagoandalucia.com/docs/guias/Perinatal/gestacionGemelar.pdf>
9. Rodríguez JC, Castillo López GE, Resendiz Olascoaga AK, Pacheco Ruíz SI, Márquez Bravo LC, González Macedo J. Resultados obstétricos y perinatales tras la muerte fetal de un solo gemelo en un embarazo monocorial biamniótico: reporte de caso y revisión bibliográfica. RevCog. 2024;28(1):— [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.revcog.org/index.php/revcog/article/view/2303>
10. Mei-Dan E, Easter SR, O'Brien JM, et al. Guideline No. 428: Management of dichorionic twin pregnancies. J Obstet Gynaecol Can. 2022;44(7):e573-e589 [Internet]. [consultado 9 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216322003516>
11. Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2022;59(6):840-856 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.isuog.org/static/4e2ed89e-fa8a-42c2-9c0929cd89cb58ff/ISUOG-Practice-Guidelines-routine-mid-trimester-fetal-ultrasound.pdf>
12. Khalil A, Morales-Roselló J, Morlando M, Hirst J, Bhide A, Papageorgiou AT, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in fetal growth restriction. Ultrasound Obstet Gynecol. 2023;61(2):283-300 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.26072>
13. Arenas Ramírez JJ, Puerto Navarro B, Puente Águeda JM, Sainz Bueno JA, Álvaro Navidad M. Guía de la exploración ecográfica del I trimestre. Prog Obstet Ginecol. 2022;65(6):240-290 [Internet]. [consultado 8 marzo 2026]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n6/05%20Gui%CC%81a%20de%20la%20exploracio%CC%81n%20ecogra%C%81fica%20del%20I%20trimestre.pdf>

14. Salomon LJ, AlfIREVIC Z, Bilardo CM, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in fetal genetic screening. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023;61(1):102-115 [Internet]. [consultado 8 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.isuog.org/static/uploaded/87c804a5-87af-4af8-96a700eb4061fb09.pdf>
15. Gil MM, Quezada MS, Revello R, Akolekar R, Nicolaides KH. Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for fetal aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015;45(3):249-266 [Internet]. [consultado 8 marzo 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25639627/>
16. Salomon LJ, AlfIREVIC Z, Berghella V, Bilardo CM, Chalouhi GE, da Silva Costa F, et al. Guías de práctica de la ISUOG (actualizadas): realización de la ecografía fetal de rutina del segundo trimestre. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;59(6):840-856 [Internet]. [consultado 8 marzo 2026]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.24888>.
17. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía sistemática de la exploración ecográfica del segundo trimestre. *Prog Obstet Ginecol.* 2020;63(2):99-122 [Internet]. [consultado 9 marzo 2026]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n2/GAP-exploracon%20eco%20%20trimestre%20act%202019.pdf>.
18. Bhide A, Acharya G, Baschat A, Bilardo CM, Brezinka C, Cafici D, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): use of Doppler velocimetry in obstetrics. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021;58(2):331-339 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34278615/>.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Indications for outpatient antenatal fetal surveillance. ACOG Committee Opinion No. 828. *Obstet Gynecol.* 2021;137(6):e177-e197 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/06/indications-for-outpatient-antenatal-fetal-surveillance>
20. Melamed N, Baschat A, Yinon Y, et al. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) initiative on fetal growth: best practice advice for screening, diagnosis, and management of fetal growth restriction. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;152(Suppl

- 1):3-57 [Internet]. [consultado 8 marzo 2026]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13522>.
21. Barquet J, Sena F, Sardeña K, Oholeguy P, Bettanin J, Salgado V, et al. Protocolo de monitorización fetal intraparto. *An Fac Med (Univ Repúb Urug)*. 2024;(supl) [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/2534>
22. Coayla Carpio de Bernedo JV. Alteración del bienestar fetal y cardiotocografía, Hospital 2-II Moquegua 2021 [Tesis de segunda especialidad]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2022 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio-api.ujcm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/700fca0b-87ed-452d-bcd8-170fb54dce43/content>.
23. Cahill AG, Raghuraman N. Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal. 5a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2025 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=l_fNEAAAQBAJ&pg=PA65
24. Chávez Webster JA, Salazar Torres ZK, Sandoya Maza KN, Ramírez Morales HA. Monitoreo electrónico fetal: predictor de compromiso de bienestar fetal en embarazos de bajo y alto riesgo obstétrico. *Rev Fac Cienc Méd Univ Cuenca*. 2022;40(2):25-34 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/4213>.
25. Godoy Villamil P, Acuña Pradilla C, Caicedo Goyeneche A, Rosas Pabón D, Paba Rojas S. Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones. *Arch Ginecol Obstet*. 2022;60(1):47-70 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.calameo.com/read/007744388018bc9c6db11>.
26. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandrachan E, FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiotocography. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131(1):13-24 [Internet]. [consultado 9 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215003951>

27. Quispe Ore D. Vía de culminación del parto en gestantes a término con monitoreo fetal electrónico. Hospital Jesús de Nazareno. Abril–junio, 2021 [Tesis de segunda especialidad]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2023 [Internet]. [consultado 9 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7bf75e5f-ccb5-425e-b455-dd8d8dff60c5/content>
28. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. Prog Obstet Ginecol. 2020;63(5):283-321 [Internet]. [consultado 9 marzo 2026]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
29. Huarcaya-Gutiérrez R, Cerda-Sánchez M, Barja-Ore J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. MEDISAN. 2021;25(2):346-356 [Internet]. [consultado 9 marzo 2026]. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3097/pdf>
30. Khalil A, Sotiriadis A, Baschat A, Bhide A, Gratacós E, Hecher K, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): role of ultrasound in twin pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol. 2025;65(2):253-276 [Internet]. [consultado 9 marzo 2026]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/uog.29166>
31. Camargo Meza A. Embarazo doble y amenaza de parto prematuro en un hospital nivel III de Arequipa [Tesis de segunda especialidad]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2025 [Internet]. [consultado 9 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ac37b35e-7bf2-43da-9654-ee8a07a45327/content>
32. Chávez Huarilloclla L. Caso clínico: embarazo doble y amenaza de parto prematuro en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo [Tesis de segunda especialidad]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2024 [Internet]. [consultado 10 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/2aba42b2-79bb-40f4-a39d-75e118635a3b>



ANEXOS

Fotografía1

Ecografía de captación de gestación en segundo trimestre particular del 11/11/2025



INFORME DE ECOGRAFÍA OBSTETRICA
II TRIMESTRE

NOMB:
EDAD:
DNI: 44909288
FECHA: 11/11/2025

RESULTADO
Gestación doble, fetos activos.
LCF 1: 151x min
LCF2: 166x min
MORFOLOGIA BASICA FETO 1 Y FETO 2:

- Estructuras encefálicas simétricas y de configuración normal, no se evidencia dilatación de ventrículos. Perfil facial normal, labios normales.
- Corazón con cuatro cámaras y septo interventricular aparentemente normal. Ritmo cardíaco regular y estable con frecuencia normal.
- Pared abdominal sin aparentes defectos, órganos abdominales aparentemente normales.
- Columna vertebral aparentemente sin alteraciones. Huesos largos, de forma, tamaño y ecorefringencia normal, con movilidad correcta de las cuatro extremidades.
- Genitales externos sin alteraciones aparentes.

BIOMETRIA FETAL: feto1

- DBP: 38.0 mm para 17 semanas 5 día.
- CC: 135.5 mm para 17 semanas 0 días.
- CA: 111.6 mm para 17 semanas 0 días.
- LF: 20.5 mm para 16 semanas 1 días.

PONDERADO FETAL: 164 gr. +/- 24 gr

BIOMETRIA FETAL: feto 2

- DBP: 38.0 mm para 17 semanas 4 día.
- CC: 139.2 mm para 17 semanas 2 días.
- CA: 108.5 mm para 16 semanas 3 días.
- LF: 19.9 mm para 16 semanas 0 días.

PONDERADO FETAL: 158 gr. +/- 23 gr

ANEXOS:

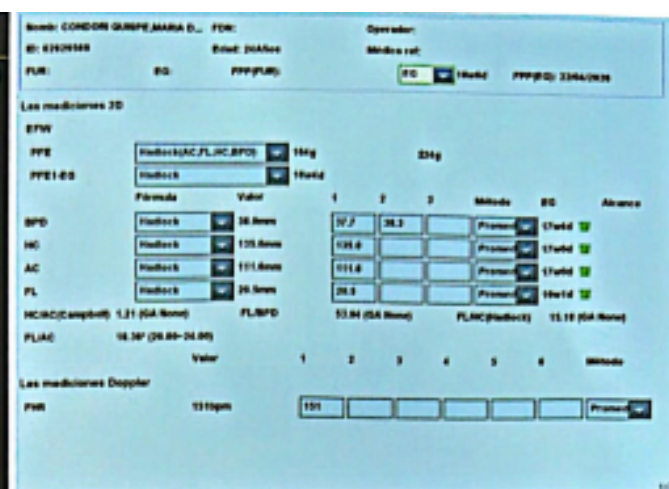
- Placenta **CORPORAL ANTERIOR Y CORPORAL POSTERIOR** eco estructura normal. Grado placentario II/III
- Cordón umbilical de inserción placentaria, con dos arterias y una vena.
- Líquido amniótico, ILA 22.3 CC **ADECUADA CANTIDAD.**

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- **GESTACIÓN DOBLE ACTIVA BICORIONICA, BIAMNIOTICA DE 16 SEMANAS Y 6 DIAS**
- **FECHA PROBABLE DE PARTO: 22/04/2026**

RECOMENDACION

- EMPEZAR CONTROLES PRENATALES EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD ORIGEN
- ECOGRAFIA MORFOLOGICA DE 20 A 24 SEMANAS





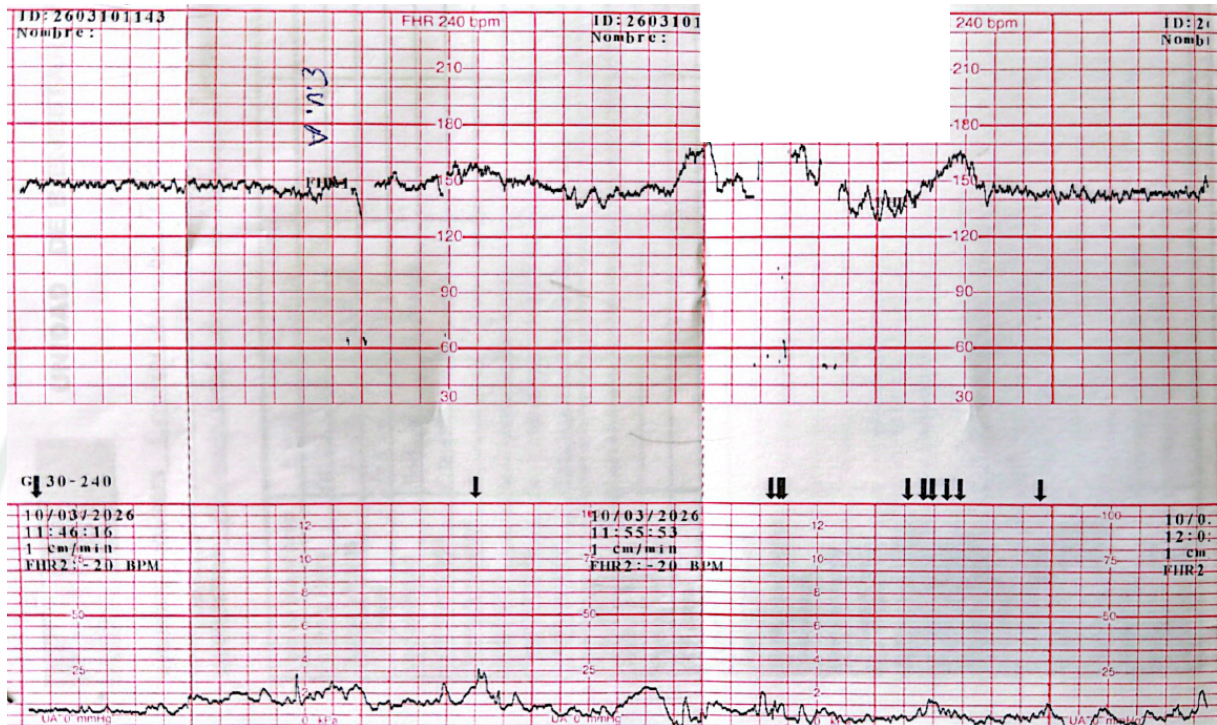
Fotografía 2

Ecografía obstetrica y doppler fetal del 10/03/2026 en el HOSPITAL NIVEL IV

Acto Médico :		REPORTE ATENCION PROCEDIMIENTO
Código	Cant.	Descripción
76815	1	ECOGRAFIA, UTERO GRAVIDO, EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE LA IMAGEN; LIMITADA (TAMAÑO FETAL, LATIDO CARDIACO, UBICACION DE LA PLACENTA, POSICION FETAL O Y/O CANTIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO) UNO O MAS FETOS
Observaciones		
FETO 1 EN LCI CON MOV FETALES Y RESPIRATORIOS PRESENTES		
PLACENTA CORPORAL ANTERIOR GRADO II- III ILA ADECUADO POZO MAX 34 MM		
PF 2310 GR		
DOPPLER FETAL		
ACM 1.64		
AU 0.75		
ICP>1		
FETO 1 EN LCD CON MOV FETALES Y RESPIRATORIOS PRESENTES		
PLACENTA CORPORAL POSTERIOR GRADO II- III ILA ADECUADO POZO MAX 31 MM		
PF 2260 GR		
DOPPLER FETAL		
ACM 1.51		
AU 0.86		
ICP>1		
CERVICOMETRIA 32 MM		
IDX		
- GESTACION DOBLE BICORIAL BIAMNIOTICA DE 33 SEM 6 DIAS		
- VITALIDAD FETAL CONSERVADA		
- DOPPLER FETAL CONSERVADO		

Fotografía 3

Monitoreo Electronico Fetal del FETO 1 del 10/03/2026 en HNCASE



Clasificación según NICH: Categoría 1

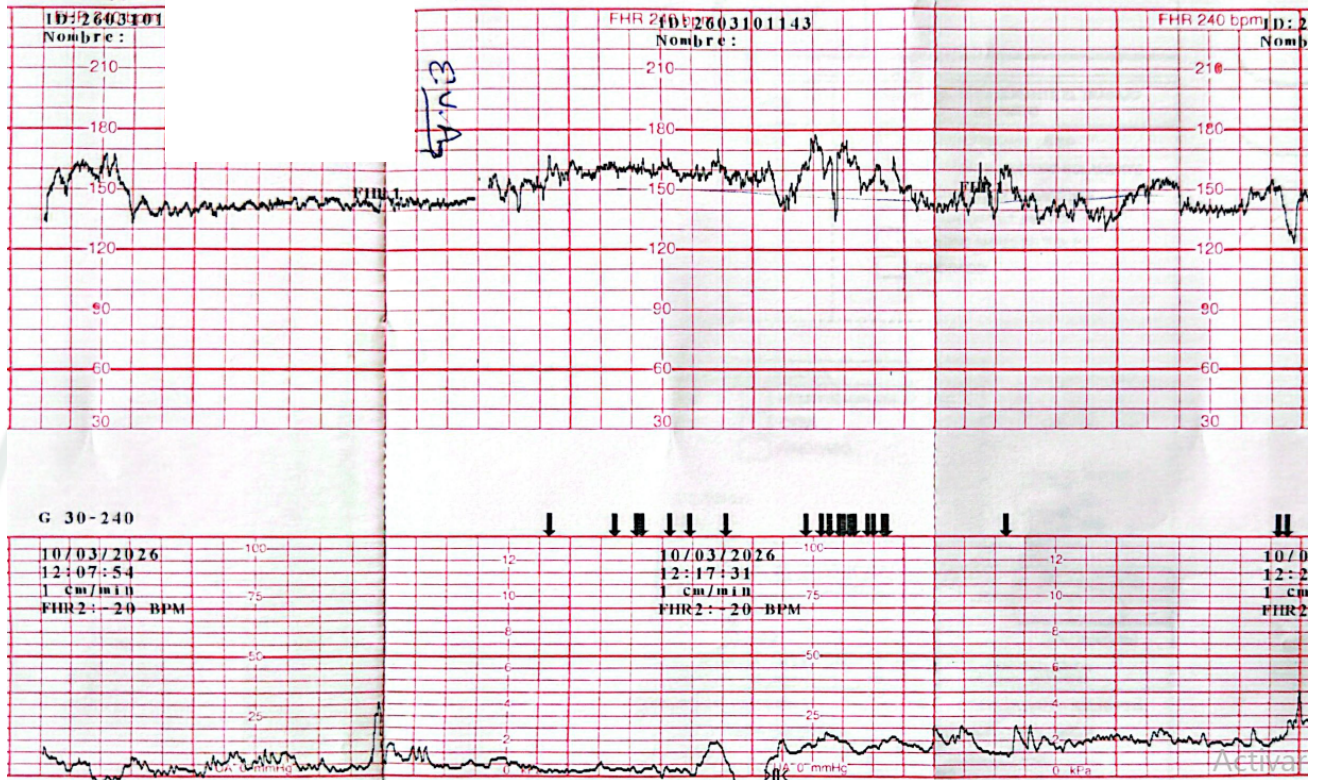
Calificación según Fisher:

- FCF Basal: 2
- Variabilidad: 2
- Aceleraciones: 2
- Desaceleraciones: 2
- Movimientos fetales: 2

Puntaje total: 10

Fotografía 4

Monitoreo Electronico Fetal del FETO 2 del 10/03/2026 en HNCASE



Clasificación según NICH: Categoría 1

Calificación según Fisher:

- FCF Basal: 2
- Variabilidad: 2
- Aceleraciones: 2
- Desaceleraciones: 2
- Movimientos fetales: 2