

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico



Caso Clínico: Embarazo Doble y Amenaza de Parto Prematuro en el Hospital Nacional

Carlos Alberto Seguin Escobedo

Trabajo académico presentado por la Lic. en Obstetricia:

Chávez Huarillocla, Luz Marina

ORCID: 0009-0005-0262-484X

para optar el Título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesor(a):

Dra. Oviedo Tejada, Verónica Florencia

ORCID: 0000-0003-4978-0506

Arequipa – Perú

2024

UCSM-ERP

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

Arequipa, 30 de Noviembre del 2023

Dictamen: 010946-C-EPOYP-2023

Visto el borrador del expediente 010946, presentado por:

2014974052 - CHAVEZ HUARILLOCLA LUZ MARINA

Titulado:

**CASO CLÍNICO: EMBARAZO DOBLE Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL
NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29374447 - FERNANDEZ VASQUEZ ARMIDA ANGELITA
DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH
DICTAMINADOR**



**29630138 - MEZA FLORES FABIOLA CARMEN
DICTAMINADOR**



Caso Clínico: Embarazo Doble y Amenaza de Parto Prematuro en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.huvn.es Fuente de Internet	2%
2	Submitted to Submitted on 1686099241846 Trabajo del estudiante	2%
3	Submitted to Universidad de Deusto Trabajo del estudiante	1%
4	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	www.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	1%
6	slideplayer.es Fuente de Internet	1%
7	titula.universidadeuropea.es Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%

RESUMEN

El presente trabajo académico tiene como objetivo la evaluación y el análisis de un caso clínico del Hospital Nacional CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO en la ciudad de Arequipa, la metodología consiste en la recolección de información mediante la elaboración de una historia clínica obstétrica a la paciente asignada, recolección de datos de la historia clínica electrónica para finalmente realizar un análisis de dicho caso.

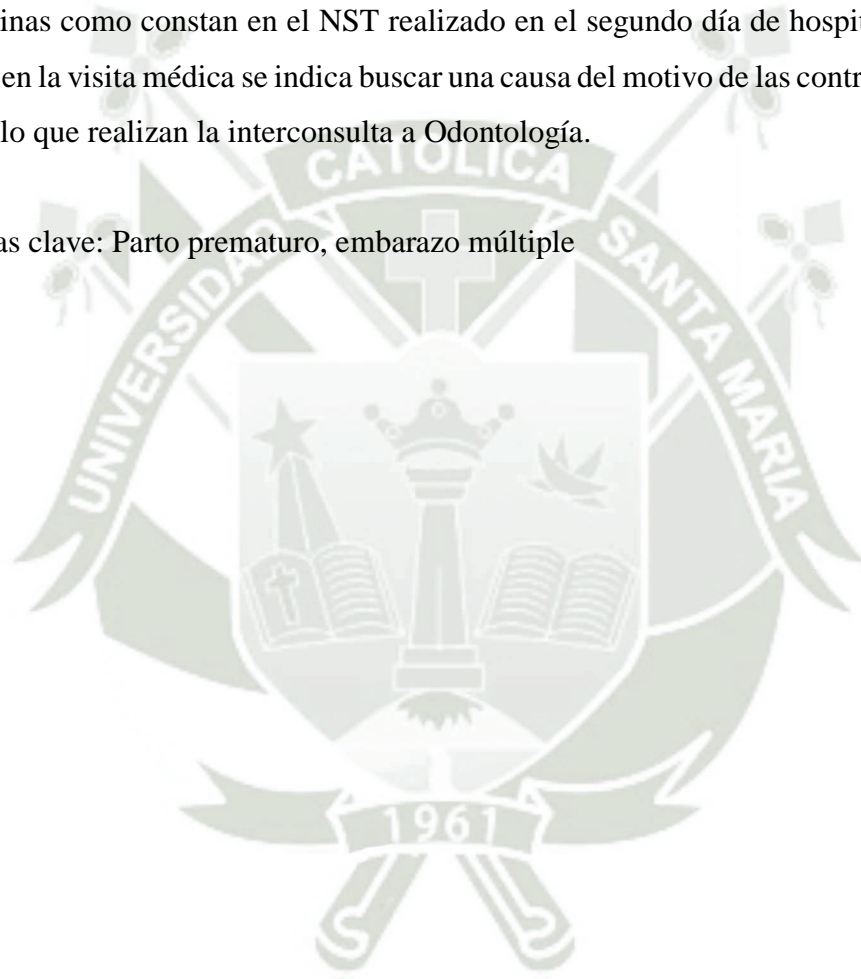
El caso clínico asignado corresponde a un embarazo múltiple y amenaza de parto prematuro. La gestante tiene 30 semanas y 4 días de gestación refiere que desde el día anterior presenta contracciones uterinas, acude a su atención prenatal en consultorio externo donde realizan un control con ecografía y NST evidenciando contracciones uterinas por lo que es referida al servicio de emergencia donde realizan un monitoreo fetal observándose 2 contracciones en 10 minutos y luego derivada a hospitalización. En el servicio de hospitalización se realizan análisis y se repite monitoreo fetal que confirma la amenaza de parto pretérmino sin desaceleraciones, ecografía de control con cervicometría 35mm e inician tocólisis, No realizaron tacto vaginal según Historia Clínica.

Para el análisis del caso es importante considerar que la gestación de dos o más fetos sin etiología conocida, se asocia a parto pretérmino considerando esta posibilidad a partir de las 28 semanas, así como la medición de la longitud cervical ecográfica se considera un buen predictor de parto pretérmino espontáneo ya que a partir de las 24 semanas la longitud del cuello uterino experimenta una marcada disminución en comparación con las gestaciones únicas. Una buena rutina de atenciones prenatales, ecografías para vigilar el estado del cuello uterino y pruebas analíticas es la estrategia más eficaz para detectar cualquier tipo de dificultad, ya que se considera que el embarazo múltiple conlleva un riesgo importante de complicaciones. Sólo proporcionando una atención prenatal integral y continuada, que permita una intervención rápida y la derivación a un centro con mejor capacidad resolutive, se podrán identificar precozmente los factores de riesgo y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal vinculadas a la prematuridad.

En el presente trabajo académico de embarazo múltiple y amenaza de parto prematuro se puede concluir que:

- No se consideró el tacto vaginal como parámetro para determinar modificaciones cervicales que confirmarían una amenaza de parto prematuro, posiblemente debido a la cervicometría con resultado de 35mm como consta en la ecografía tomada a su ingreso. Lo que indica que no hay amenaza de parto pretérmino.
- Se evidencia que pese a la tocólisis la gestante continúa presentando contracciones uterinas como constan en el NST realizado en el segundo día de hospitalización. Por lo que en la visita médica se indica buscar una causa del motivo de las contracciones uterinas por lo que realizan la interconsulta a Odontología.

Palabras clave: Parto prematuro, embarazo múltiple



ABSTRACT

The objective of this academic work is the evaluation and analysis of a clinical case of the Hospital CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO in the city of Arequipa, the methodology consists of the collection of information through the preparation of an obstetric clinical history of the assigned patient, data collection of the electronic medical record to finally perform an analysis of the case.

The assigned clinical case corresponds to a multiple pregnancy and threat of premature delivery. The pregnant woman was 30 weeks and 4 days gestation and reported uterine contractions since the previous day. She attended prenatal care at the outpatient clinic where she underwent an ultrasound and NST, showing uterine contractions, and was referred to the emergency department for fetal monitoring, where 2 contractions were observed in 10 minutes, and then she was referred to the hospital. In the hospitalization service, tests were performed and fetal monitoring was repeated, confirming the threat of preterm labor without decelerations, control ultrasound with cervicometry of 35mm and tocolysis was initiated.

For the analysis of the case it is important to consider that the gestation of two or more fetuses without known etiology is associated with preterm delivery considering this possibility from 28 weeks, as well as the measurement of the ultrasound cervical length is considered a good predictor of spontaneous preterm delivery since from 24 weeks the length of the cervix undergoes a marked decrease compared to single gestations. A good routine of prenatal care, ultrasound to monitor the status of the cervix and laboratory tests is the most effective strategy to detect any difficulties, as multiple pregnancy is considered to carry a significant risk of complications. Only by providing comprehensive and continuous prenatal care, allowing rapid intervention and referral to a center with better resolution capacity, will it be possible to identify risk factors early and reduce the rates of maternal and perinatal morbidity and mortality associated with prematurity.

In the present study of multiple pregnancy and threatened preterm delivery, it can be concluded that:

- Vaginal examination was not considered as a parameter to determine cervical modifications that would confirm a threat of preterm delivery, possibly due to cervicometry

with a result of 35mm as recorded in the ultrasound taken on admission. This indicates that there is no threat of preterm labor.

- It is evident that despite tocolysis, the pregnant woman continues to present uterine contractions as shown in the NST performed on the second day of hospitalization. During the medical visit it was indicated to look for the cause of the uterine contractions and a referral to dentistry was made.

Key words: Premature delivery, multiple pregnancy.

Translated with DeepL.com (free version)



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	3
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL.....	12
1. PARTO PREMATURO.....	12
1.1. DEFINICIÓN	12
1.2. ETIOLOGÍA.....	12
1.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	12
1.4. FISIOPATOLOGÍA	13
1.5. FACTORES DE RIESGO	13
1.6. CLASIFICACIÓN.....	13
1.7. CUADRO CLÍNICO	14
1.8. DIAGNÓSTICO	14
1.9. MANEJO Y TRATAMIENTO	15
1.10. MANEJO DE URGENCIAS	16
1.11. COMPLICACIONES	17
2. EMBARAZO MULTIPLE	18
2.1. CLASIFICACIÓN.....	18
2.2. COMPLICACIONES	19
2.3. MANEJO DE ATENCIÓN PRENATAL	20
2.4. PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PREMATURIDAD.....	22
2.5. FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO MULTIFETAL.....	24
2.6. ASISTENCIA DEL PARTO	25
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	26
1. CASO CLÍNICO.....	26

1.1. ANAMNESIS (05/09/2023)	26
1.2 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO:.....	29
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS	38
ANEXOS	41



Índice de Tablas

Tabla 1 Tipos de embarazo gemelar.....	18
Tabla 2 Cuadro comparativo de complicaciones por prematuridad	19

Índice de Figuras

Figura 1 Puntos de corte de longitud cervical para evaluación del riesgo de amenaza de parto pretérmino (13).....	14
Figura 2 Flujograma de prevención y manejo inicial del parto pretérmino	15
Figura 3 Flujograma de manejo de gestante con dinámica uterina pretérmino.....	17
Figura 4 Control ecográfico gestación dicorial y monocorial	21
Figura 5 Control ecográfico gestación triple	22
Figura 6 Medida y percentiles 5 y 95 de la longitud cervical efectiva en gestaciones gemelares según semana de gestación (medidas en mm) (17).....	23

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es un problema de salud pública por las implicaciones que tiene para los recién nacidos, sus padres y la sociedad. Además, una de las principales prioridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los próximos años es la investigación sobre el parto prematuro (1). El nacimiento prematuro es la segunda causa directa de muerte infantil en niños menores de 5 años. Sin embargo, los organismos de las Naciones Unidas no recopilan sistemáticamente datos sobre el nacimiento prematuro (2).

Probablemente hubo 13,4 millones de nacimientos prematuros en 2020 (nacimientos que tienen lugar antes de las 37 semanas de embarazo (2). Las muertes maternas son 2,5 veces más frecuentes en los embarazos múltiples que en los embarazos únicos, y se produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad tanto materna como perinatal. Además, los nacimientos con fetos múltiples están relacionados con mayores gastos prenatales y neonatales, sobre todo cuando los bebés nacen prematuramente (3).

La principal causa de mortalidad en niños menores de cinco años en 2019 fueron las complicaciones derivadas de partos prematuros, que se cobraron alrededor de 900 000 vidas (4) Las tasas de nacimientos prematuros varían entre el 4% y el 16% de los recién nacidos en todo el mundo en el año 2020 (5).

La especie humana experimenta gestaciones múltiples con frecuencia. Un factor que influye en la incidencia es la edad de la madre; así, se descubre una incidencia de 16,3/1 000 nacimientos en mujeres menores de 20 años y de 71,1/1 000 nacimientos en mujeres mayores de 40 años (6).

La prematuridad iatrogénica o no, es uno de los principales problemas relacionados con los embarazos múltiples. Es obvio que existe una correlación directa entre la reducción de la edad gestacional y el peso al nacer y el número de fetos. En consecuencia, los problemas relacionados con la prematuridad son más frecuentes. Como consecuencia, se multiplica por 7 el riesgo de nacer antes de las 32 semanas de embarazo y por 22 el riesgo de tener un bebé que pese menos de 2.500 gr (7).

El objetivo del trabajo académico es la evaluación y análisis de un caso clínico del Hospital Nacional CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, que en su capítulo I pretende analizar la fisiopatología del parto prematuro y embarazo múltiple. La construcción de dicho caso es posible gracias a la revisión del capítulo II. El debate, las conclusiones y las recomendaciones se incluyen en el capítulo III.



CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. PARTO PREMATURO

1.1. DEFINICIÓN

El parto pretérmino es la complicación más frecuente y el principal factor de morbilidad y mortalidad perinatal en medicina materno-fetal (8). Se denomina parto pretérmino (menos de 259 días) al que se produce antes de las 37 semanas de gestación (9). La prevalencia, que representa el 7-9% de los partos, se ha mantenido constante o incluso ha aumentado en los últimos años a pesar del uso de tocolíticos (10).

La presencia de una dinámica uterina regular junto con un aumento de las alteraciones cervicales entre las semanas 22,0 y 36,6 de gestación con membranas amnióticas intactas es la definición tradicional de amenaza de parto pretérmino (APP) (8) (9). Cuando la paciente ingresa con el diagnóstico convencional de parto pretérmino inminente, a menudo sólo hay un 10% de probabilidades de que el parto se inicie en los siete días siguientes. Cuando la dinámica uterina produce un borramiento cervical superior al 50% y una dilatación de al menos 2 cm, se produce un parto prematuro. (ACOG 2012) (9).

1.2. ETIOLOGÍA

Las causas de la etiología multifactorial incluyen estrés, factores inmunológicos, infección intraamniótica, isquemia útero-placentaria, anomalías fetales, sobre distensión uterina y deformidades fetales (9).

1.3. EPIDEMIOLOGÍA

- Causa más importante de morbimortalidad perinatal
- Excluidas las malformaciones, congénitas es responsable de: – 75 % de muertes perinatales – 50 % de anormalidades neurológicas

Frecuencia

- USA: 11 %, • Europa: 5-7 %, • Latinoamérica: 7 %, • Perú: 5 %, • INMP: 7 % (9).

1.4. FISIOPATOLOGÍA

Hay 3 mecanismos: • Endocrino hormonal • Isquémico-infeccioso • Mecánico • Activación prematura de mecanismos fisiopatológicos (9).

1.5. FACTORES DE RIESGO

Según la GAP (2020) los factores de riesgo de parto pretérmino se detallan en el siguiente cuadro (8):

- Obstétricos:
 - Historia de parto pretérmino previo
 - Aborto menos de 16 semanas.
 - Embarazo múltiple
 - Sobre distensión uterina
 - Alteraciones vasculares
- Maternos
 - Cirugía cervical
 - Anomalía congénita uterina
 - Dilatación cervical y legrado uterino
 - Cesárea anterior con dilatación completa prolongada
- Sociodemográficos
 - Tabaquismo
 - IMC menor 19,8
 - Período intergenésico menor 18 meses
 - Raza afroamericana
 - Estrés materno
- Otros
 - Infección intraamniótica
 - Infección extrauterina

1.6. CLASIFICACIÓN

En función de la edad gestacional en el momento del parto diferenciamos (11) :

- Prematuro extremo: Aquel recién nacido prematuro cuyo parto se produce antes de las 28 semanas de gestación. Representa el 5% de los partos pretérminos.

- Prematuro grave: El que nace entre las 28 y 31.6 semanas de gestación. Representa el 15% de partos pretérminos.
- Prematuro moderado: El que nace entre las 32 y 33.6 semanas de gestación. Representa el 20% partos pretérminos.
- Prematuro leve: El que nace entre las 34 y 36.6 semanas. Representa el 60% partos pretérminos.

1.7. CUADRO CLÍNICO

- Percepción de contracciones uterinas.
- Dolor en hipogastrio y región lumbar.
- Flujo sanguinolento por vagina (11).

1.8. DIAGNÓSTICO

Se basa en: (12)

- Historia clínica
 - Evaluar factores de riesgo relacionados al inicio de parto pretérmino.
- Edad gestacional entre 22 y 37 semanas
 - Verificar edad gestacional.
- Evaluación de dinámica uterina
 - Frecuencia mayor a 1 en 10 minutos, mayor a 30 segundos por un período de 1 hora.
- Modificaciones cervicales
 - Amenaza de parto pretérmino: B:50% D: Menor 2cm.
 - Trabajo de parto pretérmino: B: mayor 50% D: mayor o igual 2cm.

Puntos de corte para longitud cervical corta		
Edad gestacional	Embarazo único	Embarazo múltiple
<28 semanas	<25mm	<20mm
28.0-31.6 semanas	<20mm	<10mm
≥32 semanas	<15mm	<10mm

Figura 1 Puntos de corte de longitud cervical para evaluación del riesgo de amenaza de parto pretérmino (13).

1.9. MANEJO Y TRATAMIENTO

FLUJOGRAMA DE PREVENCIÓN Y MANEJO INICIAL DEL PARTO PRETÉRMINO

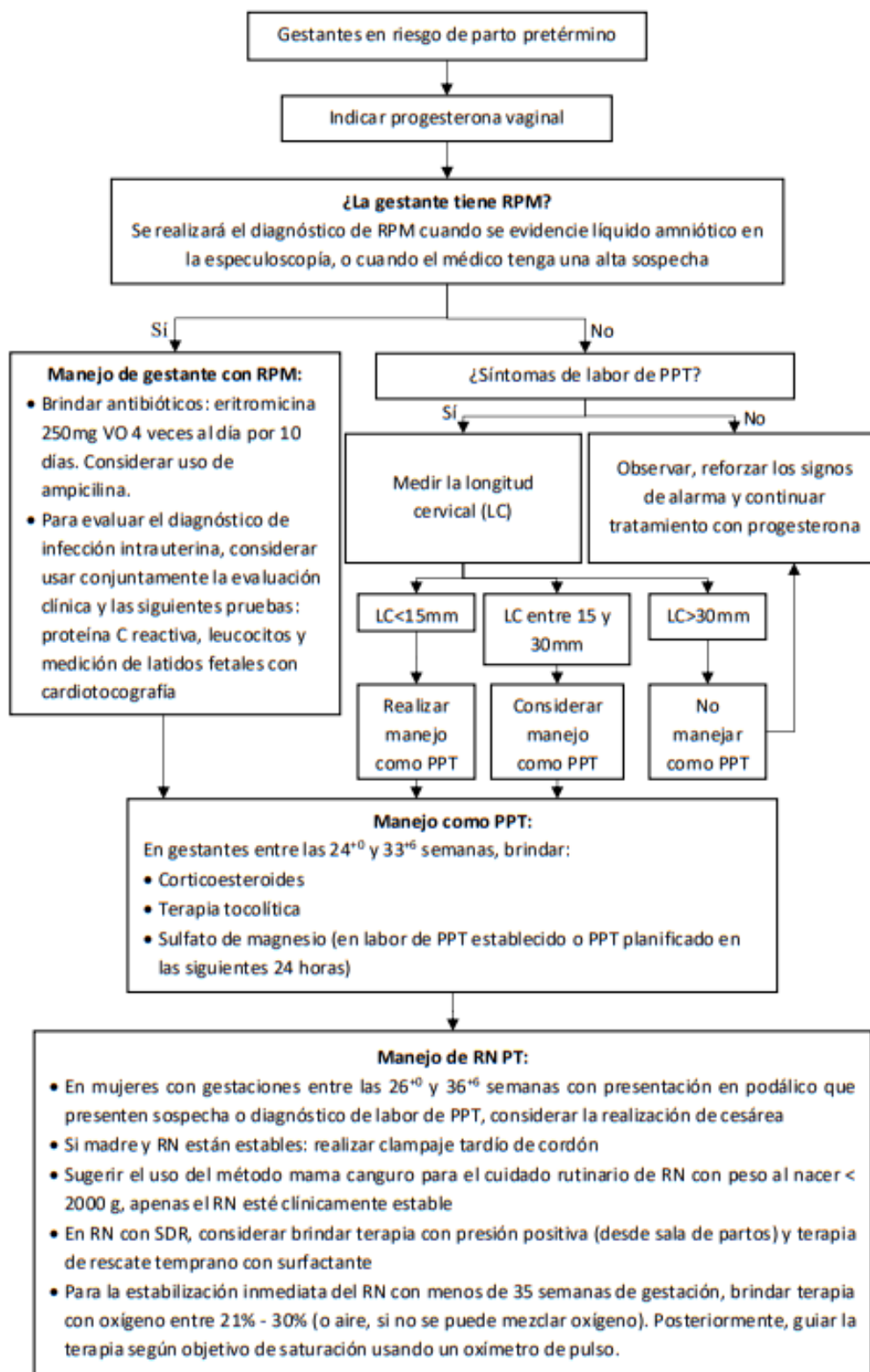


Figura 2 Flujoograma de prevención y manejo inicial del parto pretérmino.

Fuente Guía práctica de manejo de parto pretérmino (14).

1.10. MANEJO DE URGENCIAS

Cuando objetivamos dinámica uterina (DU) regular en una paciente que ha consultado por clínica compatible con amenaza de parto pretérmino, actuaremos en función del riesgo:

- En pacientes de BAJO riesgo y en aquellas de ALTO riesgo sin cérvix corto: reposo y observación 2-3h en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales considerando la posibilidad de administrar tocólisis oral (nifedipino) de forma puntual (13).
 - Si cede la DU y no existen modificaciones cervicales: Valorar la alta domiciliaria con reposo relativo en las siguientes 24h y control obstétrico habitual.
 - Si no cede la DU, pero no hay modificaciones cervicales: Valorar ingreso hospitalario en observación durante 12-24h. Inicialmente, NO se administrará tratamiento tocolíticos ni corticoides de forma sistemática. Sólo se utilizarán los tocolíticos como tratamiento sintomático y con una pauta de 12-24 horas si precisa. Alta precoz cuando ceda el cuadro sintomático.
 - Si hay modificaciones cervicales: ingreso hospitalario.
- El resto de pacientes de ALTO riesgo por cérvix corto o modificaciones cervicales serán tributarias de ingreso con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (13).
- En ausencia de dinámica uterina regular o cuando las modificaciones cervicales han sido un hallazgo en una paciente asintomática es necesario valorar los parámetros considerados de alto riesgo con precaución, dado que pueden no relacionarse con el parto pretérmino. Estos hallazgos (por ejemplo, cérvix corto), en ausencia de clínica, NO son tributarios de tratamiento tocolíticos ya que pueden representar el extremo de la normalidad. En estos casos, valorar un seguimiento en 1-2 semanas en la Unidad de Prematuridad. Como medida de precaución, podría recomendarse restringir la actividad evitando la bipedestación prolongada hasta evaluar la evolución clínica, así como el tratamiento con progesterona natural micronizada (200mg/24h vía vaginal) si < 26.0 semanas de gestación (13).

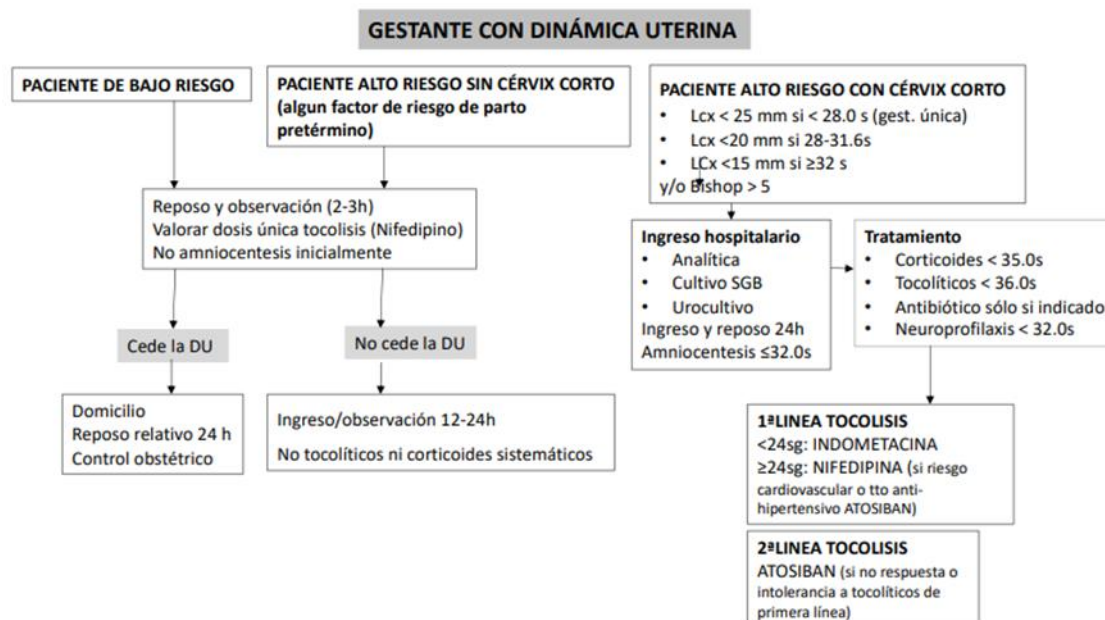


Figura 3 Flujograma de manejo de gestante con dinámica uterina pretérmino.

Fuente Guía práctica de manejo de parto pretérmino (14).

1.11. COMPLICACIONES

Es frecuente que los bebés prematuros tengan un peso bajo al nacer (menos de 2.500 gramos o 5,5 libras). También pueden necesitar ayuda para comer, respirar, mantenerse sanos y controlar su temperatura corporal. Cuando el bebé nace antes de las 28 semanas, pueden producirse la mayoría de las dificultades (15).

Las complicaciones que pueden presentarse son:

- Sistema Respiratorio: Síndrome de dificultad respiratoria. Displasia broncopulmonar. Apnea.
- Sistema circulatorio: Presión arterial baja. Conducto arterioso persistente. Soplo cardíaco.
- Sistema nervioso: Hemorragia intraventricular.
- Sistema Digestivo: Enterocolitis necrosante
- Sistema inmunitario: Sistema inmune no desarrollado aumenta riesgo de infecciones.

Los niños prematuros pueden tener problemas de salud a largo plazo. Cuanto antes nace un niño, más graves y persistentes son sus problemas de salud (15).

2. EMBARAZO MÚLTIPLE

Cuando dos o más fetos crecen simultáneamente, se conoce como embarazo múltiple, aunque normalmente el embarazo gemelar suele dar lugar a sólo dos fetos.

Hay dos tipos de embarazo gemelar: gemelos dicigóticos (fraternal) y gemelos monocigóticos (idénticos). Un embarazo gemelar se define como aquel en el que se conciben dos fetos durante la misma gestación (16).

El número de embarazos múltiples ha aumentado considerablemente en los últimos años. Debido al mayor riesgo de problemas maternos y fetales, afectará a la forma de abordar la atención prenatal y posparto. El elemento clave que afecta al pronóstico de la gestación es la corionicidad (13).

2.1. CLASIFICACIÓN

- Dicigóticos: 70-75%: Todos Bicoriales-biamnióticos (DCDA)
- Monocigóticos: 25-30%
 - o Bicoriales-biamnióticos (DCDA) (20-25%)
 - o Monocoriales-biamnióticos (MCDA) (70-75%)
 - o Monocoriales-monoamnióticos (MCMA) (1-2%)
 - o Siameses (<1%)

Tabla 1 Tipos de embarazo gemelar

Tipos de Gemelos	
Gemelos Dicigóticos	Gemelos Monocigóticos
<ul style="list-style-type: none"> • Durante un ciclo sexual se ovulan dos ovocitos en forma simultánea. • Fecundados por espermatozoides diferentes. • Concentraciones altas de hormona foliculoestimulante • Etiología (causa) no es muy clara • Pueden ser del mismo o distinto sexo • 70% de los embarazos múltiples 	<ul style="list-style-type: none"> • Se forman a partir de un ovocito fecundado • Productos son genéticamente idénticos y del mismo sexo • No se conoce su etiología ni se ha relacionado con algún factor • Con frecuencia ocurren anomalías. • Se pueden generar de diversas formas: <ul style="list-style-type: none"> a) separación de los blastómeros en etapa temprana; b) división temprana

- Cada uno su propia cavidad amniótica y placenta del embrioblasto durante la blastogénesis, y c) división tardía del embrioblasto.
- La implantación de los cigotos por lo general ocurre en lugares separados de la pared endometrial,

López N. Biología del desarrollo. 1.^a ed. McGraw-Hill Interamericana; 2012 [citado 12 de septiembre de 2023]. Disponible en:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1476> (16).

2.2. COMPLICACIONES

El riesgo de enfermedades genéticas está influido por la cigosidad. La probabilidad de problemas perinatales y en consecuencia, el pronóstico, el seguimiento y los cuidados gestacionales vienen determinados por la corionicidad (17).

Tabla 2 Cuadro comparativo de complicaciones por prematuridad

COMPLICACIONES FETALES	COMPLICACIONES MATERNAS	COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PARTO
<p>Asociadas a prematuridad.</p> <p>< 37 semanas: 50-60%</p> <p>< 34 semanas: 15-20%</p> <p>< 32 semanas: 10%</p> <p>< 28 semanas: 5%</p> <p>Asociadas a corionicidad</p> <p>- Síndrome de transfusión feto fetal (STFF): Afecta un 10-15% de las gestaciones MC</p> <p>- Crecimiento intrauterino restringido selectivo (CIRs)</p> <p>- Muerte intraútero</p> <p>- Otras:</p>	<p>- Hiperémesis gravídica (x2-4)</p> <p>- Edema por retención hídrica y estasis venoso.</p> <p>- Estados hipertensivos del embarazo (x3-4), riesgo aumentado de preeclampsia en nulíparas.</p> <p>- Anemia y/o déficit de hierro (x2-4).</p> <p>- Colestasis intrahepática del embarazo (x2).</p> <p>- Enfermedad tromboembólica (x3),</p> <p>- Hígado graso agudo del embarazo,</p>	<p>Hemorragia obstétrica</p> <p>Traumatismo obstétrico en segundo gemelo</p>

-
- Secuencia TAPS (Twin - Hemorragia obstétrica (x2-4):
Anemia Policitemia Placenta previa oclusiva total
Syndrome): 3-5% (PPOT), desprendimiento
 - Secuencia TRAP (Twin prematuro de placenta
Reversed Arterial Perfusion): normoinsera (DPPNI),
1% hemorragia puerperal.

Anomalías fetales discordante

Anomalías estructurales 80%
afecta a uno de los gemelos.

Anomalías cromosómicas
afecta a ambos fetos

Exitus fetal/perinatal

Riesgo de mortalidad en
gestaciones (x2-3 en
gestaciones DC y x5-6 en
gestaciones MC)

Ponce J, Bennasar M, Palacio M, Crovetto F, Boguña J, Goncé A. Gestación múltiple. Protocolo Medicina materno-fetal [Internet]. Universidad de Barcelona; 2021 [citado 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/gestacion-multiple.htm> (17).

2.3. MANEJO DE ATENCIÓN PRENATAL

2.3.1. Recomendaciones generales

Seguiremos las principales directrices del protocolo de atención prenatal estándar, con algunas modificaciones debidas al elevado riesgo de problemas (17).

- Se recomienda un aumento ponderal materno total de aproximadamente 16-20 kg (17).
- Consejos dietéticos: Las embarazadas con embarazos múltiples necesitan más vitaminas y nutrientes. Se aconseja comer alimentos variados, reducir la ingesta de grasas saturadas y dar prioridad a las frutas, el salmón azul y las verduras. Los ácidos grasos omega-3 parecen reducir las concentraciones de citocinas asociadas a la prematuridad al inhibir la

producción de ácidos araquidónicos; por tanto, se aconseja la suplementación con 200 mg/día de DHA a través de preparados o fórmulas multivitamínicas en caso de que la ingesta dietética sea insuficiente (17).

- Suplementos de ácido fólico y ferrotterapia hasta el parto. En este grupo demográfico, aumenta la probabilidad de desarrollar anemia (17).
- Se aconseja la administración de suplementos de calcio (>1g/día) a todas las mujeres que tengan una ingesta baja de calcio (menos de 600 mg o 2 raciones/día) (17).
- Ajustar su actividad física en función de las medidas de longitud cervical y de la probabilidad de que surjan problemas. El reposo estricto en cama aumenta el riesgo de enfermedad tromboembólica, osteoporosis y disminuye la masa muscular materna, al tiempo que no hace nada por minimizar la prematuridad, ni en gestaciones de >2 fetos ni en casos de dilatación cervical. No obstante, parece apropiado aconsejar a las personas con dilatación cervical que se tomen un tiempo de descanso en casa (17).

2.3.2. Controles ecográficos

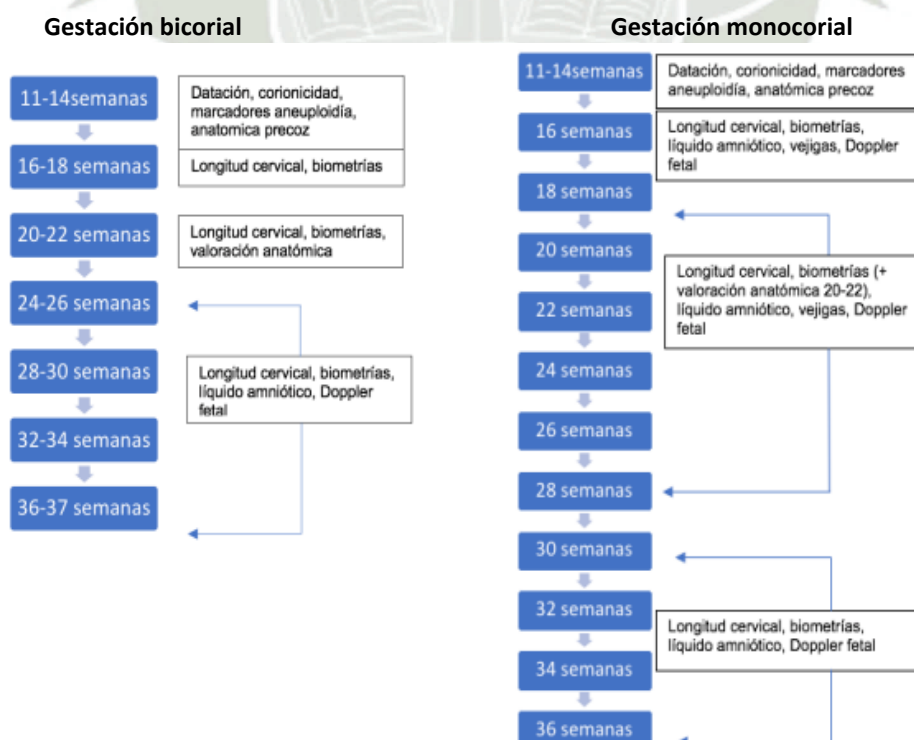


Figura 4 Control ecográfico gestación bicorial y monocorial

Fuente Protocolo: Asistencia al embarazo y parto de gestación múltiple (17).

Gestación triple*

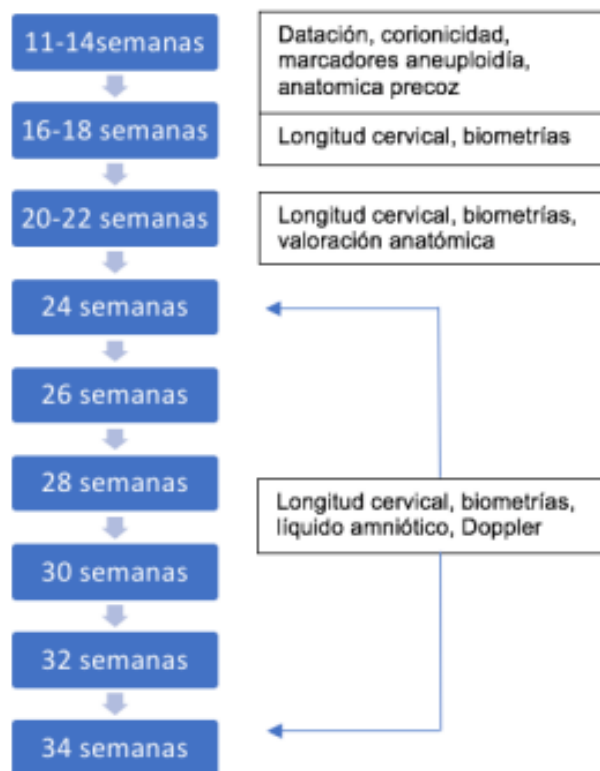


Figura 5 Control ecográfico gestación triple

Fuente Protocolo: Asistencia al embarazo y parto de gestación múltiple (17).

2.4. PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PREMATURIDAD

Dado que una longitud cervical ecográfica de 25 mm a las 20-24 semanas en individuos asintomáticos portadores de gemelos es un predictor moderado-bueno de parto pretérmino espontáneo a las 28, 32 y 34 semanas, ha sido el principal método para hacerlo hasta este momento.

Especialmente después de las 24 semanas y en comparación con las gestaciones únicas, la longitud cervical disminuye significativamente.

<i>Semana de gestación</i>	<i>Percentil 5</i>	<i>Media</i>	<i>Percentil 95</i>
12	35,6	41,9	48,1
13	34,1	41,3	48,5
14	32,9	40,8	49,7
15	31,6	39,9	49,3
16	30,1	39,6	49
17	28,7	38,9	49,1
18	27,3	38,2	49,2
19	25,8	37,5	49,1
20	24,4	36,7	49
21	22,9	35,9	48,8
22	21,5	35	48,5
23	20	34,1	48,1
24	18,6	33,1	47,7
25	17,1	32,1	47,1
26	15,6	31	46,4
27	14,2	29,9	45,5
28	12,7	28,6	44,6
29	11,2	27,4	43,5
30	9,7	26	42,3
31	8,3	24,6	41
32	6,8	23,2	39,5
33	5,3	21,6	37,9
34	3,8	20	36,1
35	2,4	18,3	34,2
36	0,9	16,5	32,2

Crispi et al., (Progr. Obstet Ginecol; 2004)

Figura 6 Medida y percentiles 5 y 95 de la longitud cervical efectiva en gestaciones gemelares según semana de gestación (medidas en mm) (17).

2.4.1. Medidas Preventivas

Progesterona:

Progesterona: Su uso habitual en gestaciones gemelares asintomáticas no ha demostrado ventajas. Por otro lado, el tratamiento de progesterona vaginal ha demostrado una tendencia a disminuir el parto pretérmino y mejorar los resultados perinatales en gestaciones gemelares asintomáticas con longitud cervical de 25mm entre las semanas 18 y 24. Según los datos actuales, el tratamiento con progesterona vaginal 400mcg/24h debe iniciarse y continuarse hasta las 34 semanas en gestaciones múltiples con longitud cervical 25mm antes de las 24 semanas. No existen estadísticas sobre cómo reaccionar cuando se detecta que una paciente tiene una longitud cervical p5 superior a las 24 semanas. Sin embargo, dada la ausencia de datos, se sugiere utilizar el mismo enfoque (progesterona vaginal 400mg/24h y hasta las 34 semanas) que a las 18-24 semanas (17).

Cerclaje cervical

Cerclaje sistemático: No ha demostrado su beneficio y hay datos que apuntan a un perjuicio si se realiza sin indicación (17).

Cerclaje indicado por historia obstétrica

Cerclaje indicado por acortamiento cervical

Cerclaje indicado por dilatación cervical

2.5. FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO MULTIFETAL

En ausencia de complicaciones, el momento más idóneo será:

- Gestación gemelar DC: Preferentemente entre 37.0 - 38.0 semanas.
- Gestación gemelar MCDA: Preferentemente entre 36.0 - 37.0 semanas.
- Gestación gemelar MCMA: Preferentemente entre 32.0 - 32.6 semanas.

Antes de la terminación por cesárea electiva, se administrará un ciclo de neuroprofilaxis con SO4Mg y maduración pulmonar (betametasona 12mg/24h x 2 dosis) según protocolo (17).

- Gestación triple: Preferiblemente entre las semanas 34 y 35, dependiendo de la corionicidad (las gestaciones sólo MC son de 34 semanas, las gestaciones tricoriónicas son de 35 semanas). Se administrará un ciclo de maduración pulmonar (betametasona 12 mg/24h x 2 dosis) antes de una cesárea electiva si el embarazo se interrumpe antes de las 35 semanas (17).

En los casos de gestación MC y antecedentes de cirugía fetal (oclusión del cordón, láser...) que se interrumpan antes de las 34,0 semanas, también se realizará esta neuroprotección (17).

2.5.1. Inducción del parto

- Se valorará inducción (bishop >6).
- Para descartar una secuencia de anemia-policitemia, realice un examen doppler del acm (pvs-acm) si no se ha realizado uno durante la última semana (17).

2.6. ASISTENCIA DEL PARTO

2.6.1. Vía del parto

Gestación ≥ 32 semanas y peso fetal estimado $> 1500g$: o Ambos fetos en cefálica: Intención de parto vaginal o 1° cefálica / 2° no-cefálica: Intención de parto vaginal (17).

Gestación < 32 semanas o peso fetal estimado $< 1500g$:

Ambos fetos en cefálica: Intención de parto vaginal.

1° cefálica / 2° no-cefálica: Cesárea electiva para reducir la posibilidad de que el segundo gemelo sufra daños durante la extracción de nalgas. Se opta por un parto vaginal cuando no hay otra opción (17).

Gestación < 26 semanas: Posibilidad de parto diferido. Se tendrá en cuenta el criterio de los profesionales que asisten el parto, así como la edad gestacional y el estadio del parto (17).

Indicaciones de cesárea electiva: (17)

- Gestación MCMA.
- Gestación multifetal (3 fetos o más).
- Primer feto No-cefálica.
- Segundo gemelo más grande que el primero (discordancia ponderal $> 25\%$), y especialmente
- en presentación no cefálica.
- Indicaciones de cesárea por patología materna, fetal o placentaria

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

1. CASO CLÍNICO

1.1. ANAMNESIS (05/09/2023)

1.1.1 DATOS DE FILIACIÓN

- a. Nombre: NN
- b. Edad: 29 años
- c. Día de nacimiento: 18/06/1994
- d. Sexo: Femenino
- e. Raza: Mestiza
- f. Estado civil: Conviviente
- g. Ocupación actual: Economista
- h. Procedencia: Arequipa
- i. Domicilio: Av. Leticia 608 Alto Selva Alegre
- j. Religión: católica
- k. Fecha y hora de ingreso: 05/09/2023 Hora: 16:00 aprox.
- l. DNI: NN
- m. Seguro: Essalud
- n. Informante: La misma paciente
- o. Elaborada por: Obstetra Luz Marina Chávez Huarillocla

1.1.2 ENFERMEDAD ACTUAL

- a. Tiempo de enfermedad: 1 día
- b. Síntomas principales: Contracciones Uterinas
- c. Historia de la enfermedad: Paciente refiere que viene a su atención prenatal, 24 horas antes ya estaba presentando contracciones uterinas y le realizaron el control con ecografía y en el monitoreo fetal es que detectan las contracciones uterinas por lo que es referida a emergencia y más tarde a hospitalización.
- d. Funciones biológicas:
 - Apetito: conservado
 - Sed: bastante sed

- Sueño: Normal
- Deposiciones: normales
- Orina: Normal

1.1.3 ANTECEDENTES

a. Patológicos

- Enfermedades: No
- Cirugías: No
- Alergias: No
- Transfusiones: No
- Medicación: No

b. Gineco-obstétricos

- Menarquia: 11 años
- FUM: 29/01/2023
- FPP: 09/11/2023
- EG: 30 Semanas 4 días
- Formula Obstétrica: G2 P1001
- Controles prenatales: 5 ESSALUD
- Régimen catamenial: Cada 27
- Dismenorrea: Si
- Dispareunia: No
- IRS: 20 años
- PS: 3
- MAC: inyectables mensuales por 2 años
- Infecciones ginecológicas: No
- PAP: enero 2021 (-)
- Patología del embarazo actual: ninguna

c. Familiares

- Cónyuge: Si Aparentemente sano
- Hijos: 1 Aparentemente sano
- Hermanos: 1 Aparentemente sano

- Padre: Aparentemente sano
- Madre: Aparentemente sano
- Abuelos paternos: Abuela
- Abuelos maternos: Abuela

d. Socioeconómicos

- Vivienda: Alquilada, material noble
- Servicios: Luz, agua, desagüe.
- Animales: No
- Drogas: No

1.1.4 EXAMEN FÍSICO

- Funciones vitales: FC: 75 x minuto, PA: 99/56 mmHg, T: 36°C
- Estado General: REG, REH, REN
- Consciente: LOTEPE
- Facies: pálidas
- Piel color: trigueña claro, turgor y elasticidad: conservada, signo de pliegue: negativo, llenado capilar: Menos 2 segundos
- TCSC de cantidad: regular
- Cabeza: Cabello color negro, implantación buena
- Uñas: color rosado
- Ojos: parpados conservados, conjuntivas rosadas, escleras limpias.
- Nariz: conformación normorrinea, tabique conservado, secreciones no.
- Pabellón auricular: conservado, CAE permeable, secreciones no.
- Boca: labios rosados, mucosas orales húmedas, amígdalas normales, piezas dentarias completas, oro faringe no congestiva, cuello cilíndrico, adenopatías: No
- Tiroides: No palpable
- Mamas: simétricas turgentes.
- Tórax: simétrico, amplexación y elasticidad conservada, MV: pasa bien ambos campos pulmonares
- Ruidos cardiacos: rítmicos, soplos: No, pulsos periféricos: presentes.
- Abdomen: globuloso ocupado con útero grávido, cicatriz umbilical: central, palpación: blanda depresible, RHA: presentes, PRU: (-), PPL: (-), AU: 34cm, LCF:

F1=145 x minuto F2=138x minuto, MF: presentes, DU: cada 3 a 5 minutos ++ 25 segundos.

- Feto en Situación: F1= LCI F2= LCD presentación- cefálica.
- Genitales externos: de múltipara TV: Diferido.
- Extremidades: simétricas.
- Ganglios Linfáticos: No se palpan.
- Neurológico: Glasgow: Lucida, déficit motor: No, Sensibilidad: conservada, Signos meníngeos: No, ROT++

1.2 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO:

Impresión diagnóstica 05/09/2023 (Servicio de Emergencia)

- Supervisión de otros embarazos de alto riesgo
- Embarazo Doble
- Falso trabajo de parto, sin otra especificación

Indicaciones 5/09/2023

- Hospitalización en obstetricia
- CFV
- Control de dinámica uterina
- Exámenes de laboratorio
- Reposo
- CLNA 1L vía
- Transferencia a hospitalización

Exámenes auxiliares 5/09/2023

- NST:

Tipo de monitoreo	TNST	TNST
Fecha y hora	05/09/23 14:55hrs	05/09/23
Signos Vitales	Feto I	Feto II
FCF Basal	150x	135x
Variabilidad	Leve 5-10	Leve 0-5
Aceleraciones	Presentes	Presentes
Desaceleraciones	Ausentes	Ausentes
Resultado	Categoría I	Categoría I
Responsable		
Amnioscopia		

Diagnóstico 05/09/2023 (Servicio de Hospitalización)

- Gestación de 30 semanas 4 días
- Embarazo doble bicorial biamniótico
- Amenaza de parto prematuro
- Vitalidad de ambos fetos conservada

Indicaciones 05/09/2023

- Dieta blanda
- LOV
- CFV
- Control obstétrico
- Exámenes solicitados
- Medicación:
 - Cl Na 1000cc pasar 45gt x minuto
 - Nifedipino 10mg cada 8 hrs.

Exámenes auxiliares solicitados

- NST:

Tipo de monitoreo	TNST	TNST
Fecha y hora	05/09/23 19:43hrs	05/09/23
Signos Vitales	Feto I	Feto II
FCF Basal	159x	150x
Variabilidad	Moderado	Moderado
Aceleraciones	Presentes	Presentes
Desaceleraciones	Ausentes	Ausentes
Resultado	Categoría I	Categoría I
Responsable	DCH	DCH
Amnioscopia		

- Ecografía:
 - Feto 1: en Longitudinal cefálico derecho con movimientos activos y latidos regulares con una frecuencia de 150x movimientos fetales y tono fetal conservados. Placenta posterior I/III líquido amniótico adecuado pozo máximo de 5. Ponderado fetal 1669gr. **Cervicometría 35mm.**
 - Feto 2 en longitudinal cefálico izquierdo con movimientos activos y latidos regulares con una frecuencia de 150x minuto con movimientos fetales y tono fetal conservado. Placenta fúndica anterior izquierda I/III. Líquido amniótico en cantidad adecuada pozo máximo de 4. Ponderado fetal 1667gr. Percentil 50.

Diagnóstico 06/09/2023 (Servicio de hospitalización)

- Gestación doble bicorial biamniótico de 30 semanas 5 días
- Amenaza de parto prematuro
- Vitalidad de ambos fetos conservada

Evolución de la paciente

- Al momento refiere paciente que continua con dinámica uterina, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido, niega sangrado transvaginal.

- Al examen general: Aparente regular estado general, Regular estado de nutrición, Regular estado de hidratación, Facies compuesta, piel trigueña, turgor y elasticidad conservada, signo de pliegue negativo, Tejido celular sub cutáneo de regular cantidad.
- Abdomen: Globuloso con útero grávido no doloroso, no hipertonía, cicatriz umbilical,
- Palpación: sin particularidad visceromegalias, no ruidos hidroaéreos, AU: 36.5cm, Fetos: LCI/LCD Latidos Cardíofetales: 136/144
- Extremidades: Simétricas, edemas -
- Genitales: No sangrado, No pérdida de líquido.
- Neurológico: Glasgow 15/15 ROT 2/4, Signos meníngeos -, Signos de focalización: -

Indicaciones 06/09/2023

- Dieta blanda
- LOV
- Reposo relativo
- CFV
- Control obstétrico
- Nuevos prequirúrgicos
- Solicita: sedimento urinario + Urocultivo
- Control de diuresis
- Higiene perivulvar
- I/C odontología
- Medicación:
 - Cl Na 1000cc pasar 45gt x minuto
 - Nifedipino 10mg cada 8 hrs.
 - Dexametasona 4mg 1 ½ ampolla cada 12hrs. IM

Exámenes auxiliares 06/09/2023

Resultados: (Análisis del 5/9/23) Hb 11.8 Creatinina 0.5 Plaquetas 252000, ABS 4%, SEG 60%, Glucosa 76

- NST:

Tipo de monitoreo	TNST	TNST
Fecha y hora	06/09/23 06:09hrs	06/09/23
Signos Vitales	Feto I	Feto II
FCF Basal	138x	136x
Variabilidad	Moderado	Moderado
Aceleraciones	Presentes	Presentes
Desaceleraciones	Ausentes	Ausentes
Resultado	Categoría I	Categoría I
Responsable		
Amnioscopia		

CAPÍTULO III: DISCUSIÓN

La mayoría de las muertes asociadas a embarazos múltiples y prematuridad pueden evitarse proporcionando a las mujeres que sufren estos problemas una atención rápida y eficaz. Mejorar la atención sanitaria para prevenir y tratar a las mujeres con diversas dificultades durante el embarazo, el parto y el puerperio es un primer paso clave para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (18).

Ferrero S, Murillo C, Palacio M, Cobo T. (2023) (14) en el protocolo de manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino proponen en el flujograma de manejo inicial que frente a presencia de contracciones uterinas se realice una cervicometría que en caso de ser de 15 a 30mm considerar manejo de parto pretérmino, pero en caso de ser mayor a 30mm no manejar como parto pretérmino, se puede observar que en relación al caso clínico analizado la paciente presentó contracciones uterinas de 2 en 10 minutos, a la cervicometría la longitud del cuello uterino era de 35mm por lo que el manejo utilizado fue reposo, tocólisis y considerando la edad gestacional indicaron nifedipino y dexametasona, es decir el diagnóstico fue amenaza de parto pretérmino.

Según Ferrero S, Murillo C, Palacio M, Cobo T (14) para el diagnóstico de amenaza de parto prematuro se consideran historia clínica, Edad gestacional entre 22 y 37 semanas, dinámica uterina y modificaciones cervicales. En este caso se observa que al ser un embarazo múltiple hay la probabilidad de un parto pretérmino, con 30 semanas y 5 días cumplidas está dentro del parámetro de parto pretérmino, así mismo presento contracciones uterinas, sin embargo, cabe mencionar que no le realizaron ningún tacto vaginal durante su atención hospitalaria, siendo un parámetro importante para el diagnóstico.

Según la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino (12) el embarazo gemelar está asociado a parto pretérmino por lo que los controles ecográficos de la gestación deben realizarse de manera frecuente básicamente cada 2 semanas (gestación bicorial) con el objetivo de la vigilancia de la longitud cervical y biometrías desde las 11 semanas hasta las 24 semanas, y desde las 26 semanas vigilancia de longitud cervical, biometrías, liquido amniótico y Doppler fetal. La longitud cervical es un predictor de parto pretérmino a las 28, 32 y 34 semanas, es así que cabe mencionar que se desconoce si la

gestante cuenta con seguimiento ecográfico y cervicometrías al momento de ser hospitalizada con signos de amenaza de parto pretérmino.



CONCLUSIONES

Primera

En el presente caso clínico la paciente contaba con 30 semanas 4 días de gestación lo que la sitúa en los parámetros de amenaza de parto pretérmino y además asociado a su embarazo gemelar.

Segunda

Según los protocolos debió realizarse una vigilancia ecográfica del estado del cuello uterino más frecuente a manera de detectar modificaciones que en este caso no se realizaron debidamente.

Tercera

No se consideró el tacto vaginal como parámetro para determinar modificaciones cervicales que confirmarían una amenaza de parto pretérmino, posiblemente debido a la cervicometría con resultado de 35mm como consta en la ecografía tomada a su ingreso.

Cuarta

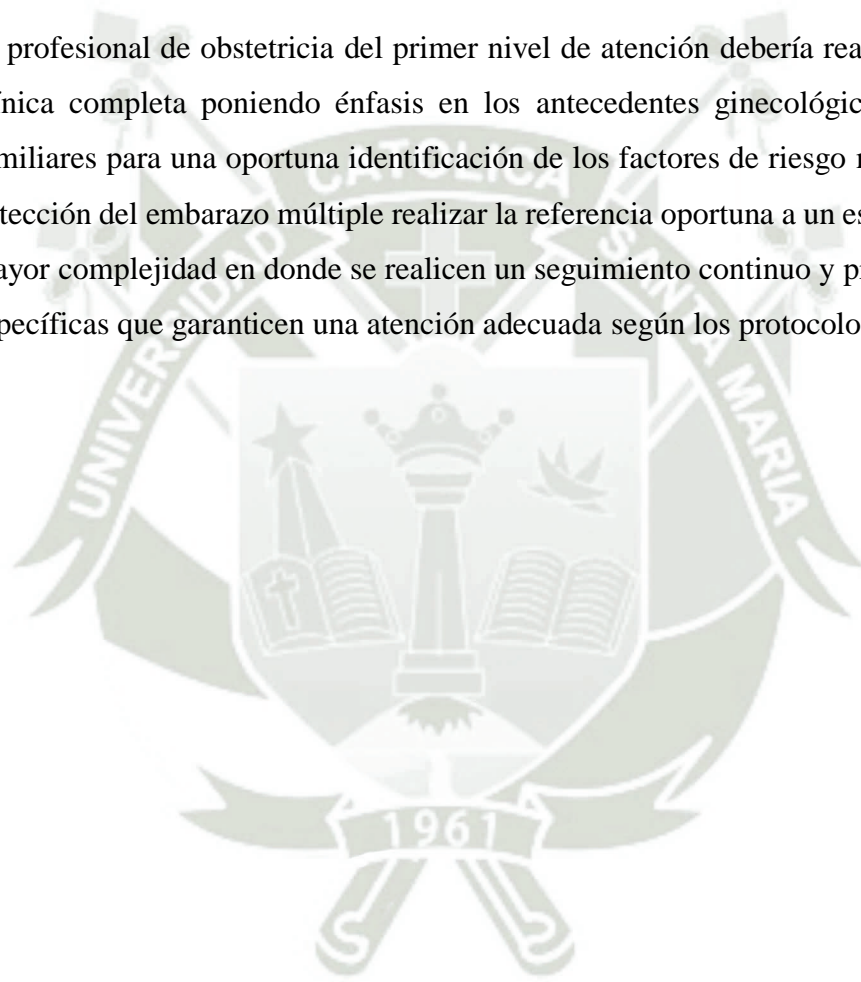
Se evidencia que pese a la tocólisis la gestante continúa presentando contracciones uterinas como constan en el NST realizado en el segundo día de hospitalización. Por lo que en la visita médica indican buscar una causa del motivo de las contracciones uterinas realizando la interconsulta a Odontología, solicitando examen de sedimento urinario y urocultivo.

Quinta

Se concluye que no hay criterios una causa que determine el diagnóstico de una amenaza de parto pretérmino.

RECOMENDACIONES

1. Contar con especialistas calificados que se actualicen periódicamente es crucial para evitar y reconocer a tiempo situaciones como el embarazo gemelar y la amenaza de parto pretérmino, que puede dar lugar a un nacimiento antes de las 24 semanas. La tasa de mortalidad materna y perinatal descendería gracias a una atención rápida y eficaz.
2. El profesional de obstetricia del primer nivel de atención debería realizar una historia clínica completa poniendo énfasis en los antecedentes ginecológicos, personales y familiares para una oportuna identificación de los factores de riesgo materno y ante la detección del embarazo múltiple realizar la referencia oportuna a un establecimiento de mayor complejidad en donde se realicen un seguimiento continuo y pruebas prenatales específicas que garanticen una atención adecuada según los protocolos.



REFERENCIAS

1. Yoshida S, Martines J, Lawn JE, Wall S, Souza JP, Rudan I, et al. Setting research priorities to improve global newborn health and prevent stillbirths by 2025. J Glob Health [Internet]. junio de 2016 [citado 2 de setiembre de 2023];6(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26401272/>
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. [Internet]9 de junio de 2012[citado 10 de setiembre 2023];379(9832):2162-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22682464/>
3. Pacheco-Romero J. Prólogo al Simposio sobre Embarazo Múltiple. Rev peru ginecol obstet. [Internet]12 de noviembre de 2015[citado 12 de setiembre de 2023];61(3):241-3. Disponible en: <http://localhost:82/index.php/RPGO/article/view/1850>
4. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet Child Adolesc Health. [Internet]1 de febrero de 2022[citado 10 de setiembre de 2023];6(2):106-15. Disponible en: <https://europepmc.org/articles/PMC8786667>
5. OMS. Nacimientos prematuros [Internet] 2023 [citado 10 de setiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
6. ACOG. ACOG Practice Bulletin No. 144: Multifetal gestations: twin, triplet, and higher-order multifetal pregnancies. Obstet Gynecol. [Internet] mayo de 2014 [citado 12 de setiembre de 2023];123(5):1118-32. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24785876/>
7. Chauhan SP, Scardo JA, Hayes E, Abuhamad AZ, Berghella V. Twins: prevalence, problems, and preterm births. Am J Obstet Gynecol. [Internet] octubre de 2010 [citado 12 de setiembre de 2023];203(4):305-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20728073/>

8. SEGO. Guía de Asistencia Práctica: Parto pretérmino. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. [Internet] 2020 [citado 2 de octubre de 2023] ;39. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/>
9. MINSA. Guía de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2da ed. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; [Internet] 2018 [citado 2 de septiembre de 2023]. 536 p. Disponible en:
<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
10. Figueras F, Gratacós E, Puerto B. Actualización en medicina Materno Fetal. Barcelona: Fetal i+ D EDUCATION; [Internet] 2015 [citado 2 de setiembre de 2023]. 331 p. Disponible en:
https://www.academia.edu/29945243/Actualizacion_en_medicina_maternofetal
11. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. [Internet] 5 de enero de 2008 [citado 10 de septiembre de 2023];371(9606):75-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18177778/>
12. Ferrero S, Murillo C, Palacio M, Cobo T. Manejo de la paciente con riesgo de parto prematuro. Protocolo [Internet]. Universidad de Barcelona; 2023 [citado 10 de septiembre de 2023]. Disponible en:
<http://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/manejo-de-la-paciente-con-riesgo-de-parto-prematuro.html>
13. Centro de medicina fetal neonatal. Protocolo Amenaza de parto pretermino [Internet]. Universidad de Barcelona; 2021 [citado 10 de septiembre de 2023]. Disponible en:
https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf
14. ESSALUD. “Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino: Guía en Versión Corta [Internet]. Lima: IETSI ESSALUD; 2018 [citado 1 de octubre de 2023]. 25 p. Disponible en:

http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Part0_Pretermino_Version_Corta.pdf

15. Proaño D. Fundación de Waal. [Internet]2022 [citado 23 de setiembre de 2023]. Partos prematuros y sus riesgos en la salud. Disponible en:
<https://fundaciondewaal.org/index.php/2022/03/04/partos-prematuros-y-sus-riesgos-en-la-salud/>
16. López N. Biología del desarrollo. Cuaderno de trabajo | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. 1.^a ed. McGraw-Hill Interamericana; 2012 [citado 12 de septiembre de 2023]. Disponible en:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1476>
17. Ponce J, Bennasar M, Palacio M, Crovetto F, Boguña J, Goncé A. Gestación múltiple. Protocolo Medicina materno-fetal [Internet]. Universidad de Barcelona; 2021 [citado 10 de septiembre de 2023]. Disponible en:
<http://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/gestacion-multiple.html>
18. Día de Concientización sobre la Preeclampsia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 25 de setiembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>

ANEXOS

Anexo 1 Carnet Perinatal

EsSalud **CARNET PERINATAL**

No. HC: 60700

Apellidos y Nombres: [Handwritten] Establecimiento: [Handwritten]

Establ. Origen: [] No Aplica Tipo Seguro: [] SIS [] ESSLUD [] Código Afiliación Seguro: []
 DNI N°: [Handwritten] Referencia: [] Privado: []
 Dirección: [Handwritten] Ocupación: [Handwritten] Edad: [Handwritten] Años aprobados: [Handwritten]
 Localidad: [Handwritten] Cod. Sector: [Handwritten] Estudios: [] Analfabeta [] Primaria [] Secundaria [] Superior [] Superior No Univ. []
 Departamento: [Handwritten] Provincia: [Handwritten] Estado Civil: [] Casada [] Conviviente [] Soltera [] Otro [] Padre RN: [Handwritten]
 Distrito: [Handwritten] Teléfono: [Handwritten] Correo electrónico: [Handwritten]

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

Antecedentes Obstétricos

Gestas: [Handwritten]	Abortos: [Handwritten]	Vaginales: [Handwritten]	Nacidos vivos: [Handwritten]	Viven: [Handwritten]
0 ó + 3: [Handwritten]				
<2500 g: [Handwritten]				
Múltiple: [Handwritten]				
<37 sem.: [Handwritten]				

Partos: [Handwritten] Cesáreas: [Handwritten]

RN de mayor peso: [Handwritten] g. Después -1ra. semana: [Handwritten]

Gestación Anterior

Fecha: [Handwritten] Per SI No [Handwritten]

Terminación: [Handwritten] Si fue aborto: [Handwritten] Tipo de Aborto: [Handwritten]

Parto vaginal: [Handwritten] Incompleto: [Handwritten] Lactancia Materna: [Handwritten]

Cesárea: [Handwritten] Completo: [Handwritten] <6 meses: [Handwritten]

Aborto: [Handwritten] Frustrado/Retenido: [Handwritten] 6 meses o más: [Handwritten]

Acólico: [Handwritten] Séptico: [Handwritten] No Aplica: [Handwritten] Lugar de parto: [Handwritten]

Aborto molar: [Handwritten] No Aplica: [Handwritten] EESS: [Handwritten] Domic: [Handwritten]

Captada: SI [Handwritten] No [Handwritten] Referida x Ag. Comuni: SI [Handwritten] No [Handwritten]

Antecedentes Familiares

Ninguno: [Handwritten] Malaria: [Handwritten]

Alergias: [Handwritten] Hipertensión Arterial: [Handwritten]

Enf. Hipertens. Emb.: [Handwritten] Hipotiroidismo: [Handwritten]

Epilepsia: [Handwritten] Neoplásica: [Handwritten]

Diabetes: [Handwritten] TBC Pulmonar: [Handwritten]

Enferm. Congénitas: [Handwritten] Otros: [Handwritten]

Emb. Múltiple: [Handwritten]

Antecedentes Personales

Ninguno: [Handwritten]

Aborto habitual/recurrente: [Handwritten]

Alcoholismo: [Handwritten]

Alergia a medicamentos: [Handwritten]

Violencia: [Handwritten]

Asma Bronquial: [Handwritten]

Cardiopatía: [Handwritten]

Cirugía Pélv.-Uterina: [Handwritten]

Diabetes: [Handwritten]

Eclampsia: [Handwritten]

Enferm. Congénitas: [Handwritten]

Enferm. Infecciosas: [Handwritten]

Epilepsia: [Handwritten]

Hemorra. Postparto: [Handwritten]

Hipertensión Arterial: [Handwritten]

Coca: [Handwritten]

Infertilidad: [Handwritten]

Neoplasias: [Handwritten]

Otras Drogas: [Handwritten]

Parto prolong.: [Handwritten]

Preeclampsia: [Handwritten]

Prematuridad: [Handwritten]

Reten. Placenta: [Handwritten]

Tabaco: [Handwritten]

TBC Pulmonar: [Handwritten]

Transtor. mentales: [Handwritten]

VIH/SIDA: [Handwritten]

Otros: [Handwritten]

Vac. Previas

Rubeola: SI [Handwritten] No [Handwritten]

Hepatitis B: SI [Handwritten] No [Handwritten]

Papiloma Virus: SI [Handwritten] No [Handwritten]

Fiebre Amarilla: SI [Handwritten] No [Handwritten]

Peso y Talla

Peso Habitual: [Handwritten] Kg.

Talla: [Handwritten] cm.

Antitetánica

N° Dosis Previa: [Handwritten]

Dosis 1ra: [Handwritten]

Dosis 2da: [Handwritten]

mes de gestación: [Handwritten]

Tipo de Sangre

Grupo: A [Handwritten] B [Handwritten] AB [Handwritten] O [Handwritten]

Rh: Rh (+) [Handwritten] Rh (-) Sen. Desc. [Handwritten] Rh (-) No Sen. [Handwritten] Rh (-) Sen. [Handwritten]

Fuma

N° Cigarros/día: [Handwritten]

Drogas

SI [Handwritten] No [Handwritten]

DATOS BÁSICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha Última Menstruación

FUM: [Handwritten] Duda: SI [Handwritten] No [Handwritten]

EG (Ecografía): [Handwritten] Sem. Fecha: [Handwritten]

Fecha Probable de Parto: [Handwritten]

Hospitalización

Hospitalización: SI [Handwritten] No [Handwritten]

Fecha: [Handwritten]

Diagnostico: [Handwritten]

CIE 10: [Handwritten]

Emergencia

Fecha: [Handwritten]

Diagnostico: [Handwritten]

CIE 10: [Handwritten]

Violencia / género

Ficha Tamizaje SI [Handwritten] No [Handwritten]

Violencia SI [Handwritten] No [Handwritten]

Fecha: [Handwritten]

Exámenes de Laboratorio

Examen	Hg (%)	No se Hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Hemoglobina 2:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Hemogl. al Alta:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Glicemia 1:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Glicemia 2:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Tolerancia Glucosa:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
VDR/RPR 1:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
VDR/RPR 2:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
FTA Abs.:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
TPHA:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Prueba Ráp. Sífilis:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
VII Prueba Rap. 1:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Prueba Rap. 2:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
ELISA:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
IFI/Western Blot:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
HTLV I:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
TORCH:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Gota Gruesa:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Malaria prueba rap:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Fluorec. Malaria:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Ex. Como. Orina:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Leucocituria:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Nitritos:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Urocultivo:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
BK en Espuito:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Listeria:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Tamizaje Hepatitis B:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
PAP:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
IVAA:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
Colposcopia:	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]

revisar 060.



CARNET DE ATENCIÓN PRENATAL

ESTABLECIMIENTO: COP III A.P.
 NIVEL: _____
 APELLIDOS: ...
 NOMBRES: ...
 Nº HC: 60300

CITA DE CONTROL

DÍA	MES	AÑO
27	4	23

GESTANTE CON FACTORES DE RIESGO

CUMPLA CON LAS CITAS

SIGNOS DE ALARMA:

- * Vómito Exagerado.
- * Salida de sangre o líquido por la vagina.
- * Fiebre o escalofríos.
- * Hinchazón de alguna parte de su cuerpo.
- * Disminución de movimientos fetales.
- * Dolor abdominal o contracciones del útero antes de lo esperado.
- * Dolor de cabeza intenso o persistente.

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (a/m/d hh.-min.)	13/4/2023	24/5/2023	5/7/2023	5/9/2023	///	///	///	///	///
Edad Gest. (semanas)	9 ^{se}	15 ^{se}	22 ^{se}	30 ^{se}					
Peso madre (Kg.)	56.600	58.2	63.4	75.5					
Temperatura (°C)	36.8	36.6							
Presión arter. (mm. Hg.)	110/70	100/60	110/60	100/60					
Pulso materno (por min.)	78	70							
Altura Uterina (cm.)	9	20cm	24cm	32					
Situación (LITINA)	TD	Ind/Imd	-	-					
Presentación (C/P/N/A)	NO	1	-	-					
Posición	NO	-	-	-					
F.C.F. (por Min./ NA)	NO	155/150	142/153	152/147					
Mov. fetal	NO	+	+	+					
Proteinuria Cualitativa	(+)	(-)	-	-					
Edema(+ /++ /+++ /SE)	SE	SE	SE	SE					
Reflejo Osteotendinoso (0, + /++ /+++)	+	+	-	-					
Exámen de Pezón (formando/No form/S/n Exam)	Fo	Fo	-	-					
Indic. Hierro/Ac. Fólico (mayor o igual a 16 sem)	NO	NA	-	-					
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem)	NO	NA	-	-					
Indic. Ac. Fólico	NO	NA	-	-					
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut) Imn/VIH/TBC/No se hizo/NA	UH	muH	-	-					
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)	1 ^{da}	SI	-	-					
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA)	NO	NA	-	-					
Cita (a/m/d)	27/4/23	Referencia externa							
Visita domicilio. (Si/No/NA)	NO	NO							
Plan Parto (Control/visita/No se hizo/NA)	NO	Referencia externa							
Estab. de la atención	COP III A.P.	COP III A.P.	HUCV	HUCV					
Responsable de atención	Dr. P. C.	Dr. P. C.	Dr. P. C.	Dr. P. C.					
Nro. Formato SIS									

L= Longitudinal T= Transversa C=Cefálica P=Pélvica D=Derecha I=Izquierda SM=Sin movimiento SE=Sin Edema NA=No Aplica NSH=No se Hizo

Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías Fecha: ___/___/___

Otras patologías (CIE 10):

1.

2.

3.

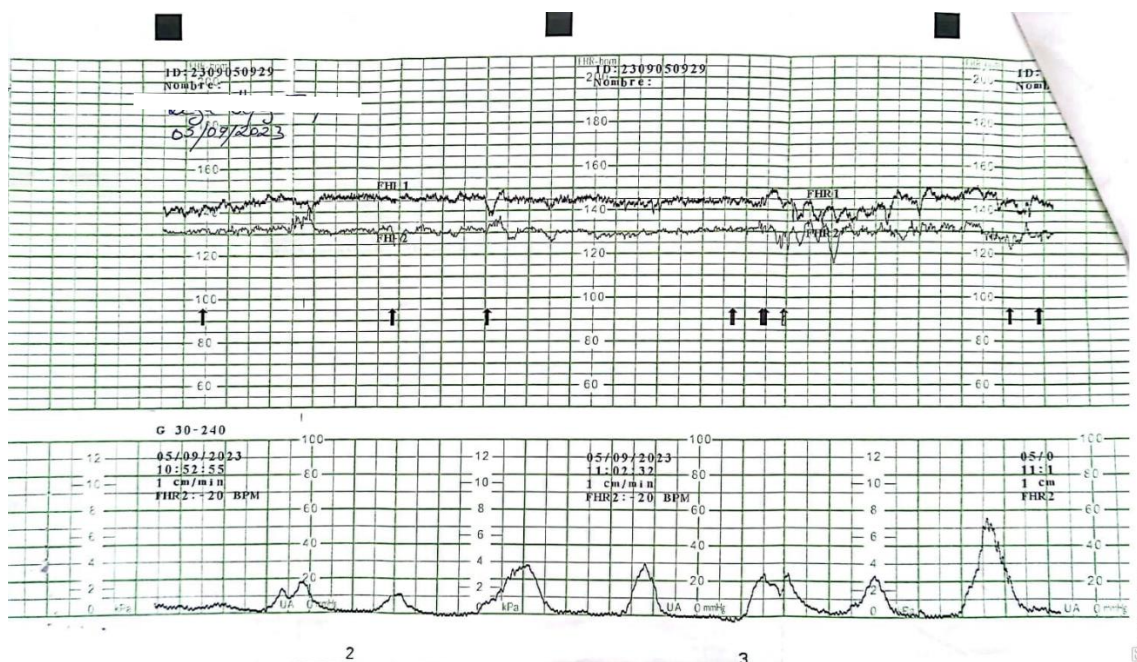
Referencia - Consulta Externa Si No No aplica Fecha: ___/___/___ Establ. Trasl.: _____

Referencia - Emergencia Si No No aplica Fecha: ___/___/___ Establ. Trasl.: _____

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si No No aplica Fecha: ___/___/___ Establ. Trasl.: _____

PROFILAXIS ESTIMULACIÓN PRENATAL PLAN DE PARTO Si NO No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si No No Aplica

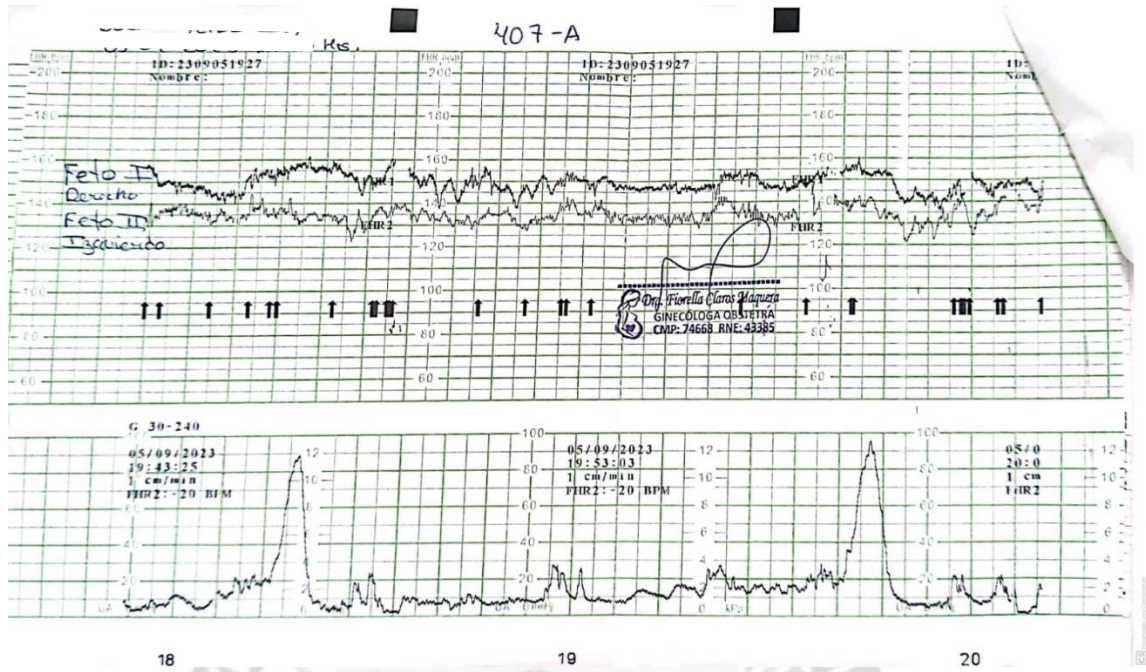
Anexo 2: NST 1 Consultorio externo (05/9/2023)



Anexo 3: NST 2 Servicio de emergencia (05/9/2023)



Anexo 4: NST 3 Servicio de hospitalización (05/9/2023)



Anexo 5: NST 4 Servicio de hospitalización (06/9/2023)

