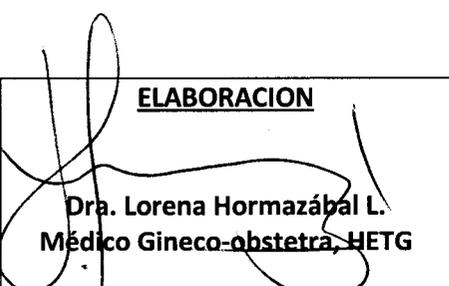
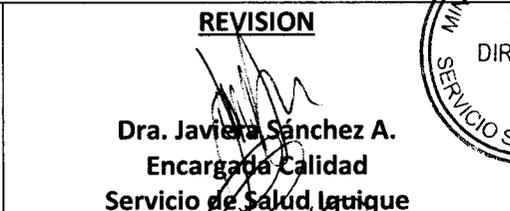
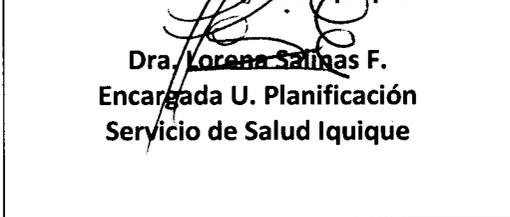
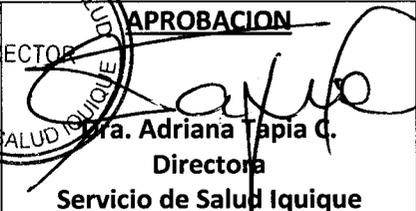


GOBIERNO DE  
**CHILE**

**PROTOCOLO  
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA  
EMBARAZO MULTIPLE  
2011 - 2014**

<u>ELABORACION</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
 <p>Dra. Lorena Hormazábal L. Médico Gineco-obstetra, HETG</p> <p>Dr. Rubén Lima F. Médico APS, Cefsam Videla</p> <p>Mat. Natalia Milla E. Matrona APS, Cefsam Videla</p>	 <p>Dra. Javiere Sánchez A. Encargada Calidad Servicio de Salud Iquique</p>  <p>Dra. Lorena Salinas F. Encargada U. Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	  <p>Dra. Adriana Tapia C. Directora Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Julio 2011	Fecha: Agosto 2011	Fecha: Septiembre 2011



**UNIDAD DE PLANIFICACION  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – ARO -013

Edición: Primera

Fecha: 29 Julio 2011

Páginas: 2 de 5

Vigencia: 3 años

**EMBARAZO MULTIPLE**

**1. OBJETIVO GENERAL**

- Establecer un proceso de derivación de patologías de alto riesgo obstétrico con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional, fortaleciendo la continuidad de la atención al interior de la red asistencial.
- Definir criterios estandarizados de derivación y priorización de pacientes embarazadas, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario (APS), secundario y terciario de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Mejorar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

**2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de manejo y derivación frente a pacientes con embarazo múltiple.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a embarazo múltiple.

**3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.**

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centro de salud (CES), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

**4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA**

- Guías clínicas Perinatales, Centro de Investigación Perinatal (CEDIP), Ministerio de Salud, 2003.

**5. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD**

**5.1. Responsable de ejecución.**

- Médico y matrona de APS son responsables de pesquisar y derivar pacientes que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Médico Especialista del HETG es responsable de confirmar y/o descartar el diagnóstico, indicar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS.

**5.2. Responsable del seguimiento y evaluación:**

- Médico de interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación el nivel secundario y terciario.
- Médico de interfaz del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones al Jefe CAE y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando al Jefe CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y defina acciones de mejora.

a.



**UNIDAD DE PLANIFICACION  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR – ARO -013

Edición: Primera

Fecha: 29 Julio 2011

Páginas: 3 de 5

Vigencia: 3 años

## EMBARAZO MULTIPLE

### 6. DEFINICIONES

**a. Embarazo Gemelar:** Gestación simultánea de dos fetos.

**b. Embarazo Múltiple:** Gestación simultánea de tres o más fetos.

- El embarazo gemelar y el embarazo múltiple constituyen, entre ambos, una de las causas de alto riesgo obstétrico (ARO). Se asocian con complicaciones maternas importantes y con una alta morbimortalidad perinatal. La mayoría son gemelares, sin embargo, el uso de la reproducción asistida ha determinado un importante aumento de la frecuencia de embarazos múltiples.
- El embarazo gemelar, a pesar de estar presente en un 1% de las mujeres, da cuenta de un 10 a 15% de los partos prematuros menores de 34 semanas.
- La incidencia global de embarazos gemelares es de 1 por cada 80 nacidos vivos. Los embarazos de tres fetos alcanzan una incidencia de 1 por cada 6.400 embarazos.

### 6.1. CLASIFICACION

#### 6.1.1. Monocigoto:

- Corresponden a un 33% de los casos. Originado de la división de un cigoto o macizo embrionario en desarrollo. Son idénticos, uniovulares o gemelos. Los factores que predisponen a este caso son la fertilización in vitro y el uso de anticonceptivos hormonales.
- Son el resultado de la fecundación entre un óvulo y un espermatozoide, poseen la misma información genética y son del mismo sexo. Su placentación es compleja y el número de membranas coriónicas y amnióticas depende del momento en el cual la masa de células embrionarias se divide, dando lugar a cuatro posibilidades:
  - Biamniótico-bicoriónico (30%)
  - Biamniótico- monocoriónico (68%)
  - Monoamniótico- monocoriónico (1%)
  - Monoamniótico- monocoriónico con fetos siameses.
- Esta placentación dependerá del momento en que ocurre la división después de la fertilización:
  - 48 horas postfecundación → placentación bicorial-biamniótica.
  - 3°- 8° días postfecundación → placenta única con dos sacos amnióticos.
  - 9°- 12° postfecundación → placentación monocorial-monoamniótica.
  - Después del 13° días postfecundación → siameses.
  - Después del 17° días postfecundación → embarazo único.
- Los gemelos siameses se clasifican según sitio de unión anatómica de los fetos:
  - *Simétricos:* toracópagos, Craneópagos, pigópagos (unión por espalda).
  - *Asimétricos:* epignatos, teratópagos.

#### 6.1.2. Multicigotos

- corresponden a un 66% de los casos. Son no idénticos, biovulares. Los factores predisponentes son el grupo étnico (africanos), la edad materna avanzada, paridad y métodos de concepción.
- Poseen una composición genética diferente porque son el resultado de la fecundación de dos o más óvulos y espermios diferentes. Cada feto posee su propia placenta y membranas ovulares y pueden ser de diferente sexo.

### 6.2. DIAGNOSTICO

#### 6.2.1. ANAMNESIS

- Antecedentes familiares.
- Drogas
- Síntomas de gestosis exagerada (por aumento exagerado de la gonadotropina y progesterona)



## UNIDAD DE PLANIFICACION SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR – ARO -013

Edición: Primera

Fecha: 29 Julio 2011

Páginas: 4 de 5

Vigencia: 3 años

### EMBARAZO MULTIPLE

#### 6.2.2. EXAMEN FÍSICO

- Mayor ganancia ponderal
- Ante sospecha de Altura uterina mayor a la edad gestacional estimada → DERIVAR
- Palpación múltiples partes fetales
- Polihidroamnios
- Auscultación más de algún foco de LCF
- Edema, palidez

#### 6.2.3. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Los solicita el médico especialista a nivel secundario para confirmar el diagnóstico.

### 7. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

#### 7.1. Derivación de pacientes desde APS al Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Consultorio de Adosado de Especialidades en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Médico y/o matrona realizarán la derivación de toda paciente ante síntomas o signos que permitan sospechar un embarazo múltiple lo más precozmente posible (idealmente en el primer trimestre).
- Ante la sospecha de una mayor altura uterina para la edad Gestacional estimada → **DERIVAR**

#### 7.2. Derivar a UEH (Unidad de Emergencia Hospitalaria)

- A toda paciente con un embarazo múltiple que presente síntomas de parto prematuro.

#### 7.3. Conductas y exámenes solicitados por profesional de APS previo a la derivación y que debe presentar el paciente en Policlínico de alto Riesgo Obstétrico (ARO) en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames al momento de su atención con el médico especialista:

- Derivar con los habituales del control prenatal.
- Ecotomografía en caso esté disponible.
- Dado que es considerado un **embarazo de Alto Riesgo** es fundamental la prevención del Parto Prematuro, por lo cual el equipo de APS debe considerar la recomendación de realizar control médico cada 2-3 semanas y retiro del trabajo a las 26 - 28 semanas. (adelantar fecha del reposo prenatal).
- Efectuar educación a la madre y su entorno familiar en cuanto a los riesgos, con especial atención en la prematuridad. Indicar Reposo relativo, en decúbito lateral y abstinencia sexual durante el tercer trimestre.

#### 7.4. Documentos emitidos por profesional tratante de APS

- La matrona y/o médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
  - Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
  - Anamnesis: edad gestacional, N° de fetos, complicaciones, síntomas maternos.
  - Hallazgos del examen físico y/o ecográficos
  - Hipótesis diagnóstica y tratamiento administrado.
  - Exámenes y sus resultados.
  - Nombre, rut, firma, timbre del profesional.

#### 7.5. Criterios de priorización para atención en Policlínico Alto Riesgo Obstétrico:

- Toda gestante con Embarazo múltiple deberá ser atendida por médico especialista dentro de los primeros 5 días posteriores a la derivación.



**UNIDAD DE PLANIFICACION  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR – ARO -013**

**Edición: Primera**

**Fecha: 29 Julio 2011**

**Páginas: 5 de 5**

**Vigencia: 3 años**

**EMBARAZO MULTIPLE**

**8. CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el médico tratante para la APS.**

- Paciente que se confirma un embarazo múltiple debe mantener sus controles médicos a nivel secundario en Policlínico ARO hasta el parto.
- Se contraderivará a aquellas pacientes en que se descarte embarazo múltiple u otras patologías de la UFP y/o maternas que no requieran atención en nivel secundario ni terciario.
- El médico especialista derivará mediante formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo, indicaciones de tratamiento y período del próximo control a nivel secundario y/o primario cuando corresponda.

**9. INDICADORES**

- **Numerador:** Nº de pacientes embarazadas evaluadas a nivel secundario en Poli ARO que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo para Embarazo Múltiple como factor determinante de alto riesgo obstétrico.
- **Denominador:** Nº total de pacientes embarazadas referidas por médico y/o matrona desde centro de atención primaria a Poli ARO con diagnóstico de Embarazo Múltiple como factor determinante de alto riesgo obstétrico.

Nº de pacientes embarazadas evaluadas a nivel secundario en Poli ARO que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo para Embarazo Múltiple como factor determinante de alto riesgo obstétrico.

Nº total de pacientes embarazadas referidas por médico y/o matrona desde centro de atención primaria a Poli ARO con diagnóstico de Embarazo Múltiple como factor determinante de alto riesgo obstétrico.

**10. DISTRIBUCIÓN**

- Dirección SSI
- Dirección, HETG.
- Subdirección Médica, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG
- CR Gineco-obstetricia, HETG
- Consultorio Adosado a Especialidades (CAE), HETG
- Policlínico Alto Riesgo Obstétrico (ARO), HETG.
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Oficina de Calidad, SSI.
- Red Atención Primaria Salud Región de Tarapacá.