

11217
103
205



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social

1205

**EMBARAZO TRIPLE: EXPERIENCIA DE DOS
AÑOS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA NUMERO TRES DEL
CENTRO MEDICO "LA RAZA"**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
QUE PRESENTA EL DR.
JUAN CARLOS ZARATE MORENO



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE CRONO** FEBRERO DE 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
GENERALIDADES.....	2
ANTECEDENTES HISTORICOS.	9
MATERIAL Y METODO.....	13
RESULTADOS.....	14
RESUMEN.....	42
DISCUSION.....	45
CONCLUSIONES.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	53

INTRODUCCION

1

A DIFERENCIA DE LA MAYORÍA DE LOS ANIMALES, EL SER HUMANO GENERALMENTE DESARROLLA Y DÁ NACIMIENTO A UN SOLO PRODUCTO EN CADA GESTACIÓN (42), DE TAL MANERA QUE LOS EMBARAZOS MÚLTIPLES SON RAROS Y SU FRECUENCIA VARÍA INVERSAMENTE CON EL NÚMERO FETAL.

SU INCIDENCIA ESTA INFLUENCIADA POR FACTORES GENÉTICOS, - GEOGRÁFICOS Y PROBABLEMENTE NUTRICIONALES POR LO QUE DIFIERE ENTRE CIUDADES, PAISES Y CONTINENTES (4,16).

SE PRESENTA CADA VEZ MENOS A PARTIR DE OVULACIÓN ESPONTÁNEA, SOBRE TODO POR LA ACTITUD DE LA MUJER ACTUAL FRENTE AL EMBARAZO (42). NO OBSTANTE, SU FRECUENCIA SE HA MANTENIDO E INCLUSO INCREMENTADO GRACIAS A LA DISPONIBILIDAD Y PERFECCIONAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE PROBLEMAS DE ESTERILIDAD (1, 42). OCURRE EN EL 8 AL 10 % DE LAS MUJERES MANEJADAS CON CITRATO DE CLOMIFENO Y EN EL 20 AL 40 % DE LAS QUE RECIBEN HORMONA GONADOTROPINA HUMANA - (7,15,23,64). ASIMISMO SE REPORTA QUE EL USO DE LHRH Y TÉCNICAS DE FERTILIZACIÓN IN-VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES INCREMENTAN SU APARICIÓN (8,30,36).

EL DESARROLLO DE MÁS DE UN EMBRIÓN EN UN EMBARAZO SE CONSIDERA UNA COMPLICACIÓN Y SU APARICIÓN ETIQUETA A LA PACIENTE COMO DE ALTO RIESGO DEBIDO A QUE SE INCREMENTA NOTABLEMENTE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO-FETAL (7).

EL EMBARAZO MÚLTIPLE EXIGE DESDE SU INICIO REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES MAYORES QUE UN EMBARAZO ÚNICO (47) Y LA --- ADAPTACIÓN MATERNA A ESTA CONDICIÓN ES DIFÍCIL Y FAVORECE LA DESCOMPENSACIÓN EN MADRES PREDISPUESAS (38,63).

.. 2

DESDE 1895 HELLIN EXPRESÓ SU FÓRMULA MATEMÁTICA PARA CALCULAR LA APARICIÓN DE TRILLIZOS, PROPONIENDO DE ACUERDO A SUS OBSERVACIONES QUE LA RELACIÓN ENTRE EMBARAZOS TRIPLES Y ÚNICOS SERÍA DE 1 EN 80² (4). LA DISPONIBLE EN LA LITERATURA ES DE 1 : 424,6 - 2980 EN EL CONTINENTE AFRICANO; - 1 : 7921 - 9828 EN AMÉRICA; 1 : 8034 EN EUROPA Y 1 : 9520 EN AUSTRALIA (10,13,14,16,26,34,35,43,48,59).

AUNQUE LA MAYORÍA DE LOS EMBARAZOS TRIPLES OCURREN POR -- OVULACIÓN MÚLTIPLE CON LIBERACIÓN DE DOS O TRES ÓVULOS, - TAMBIÉN ESTA DESCRITO QUE PUEDEN DESARROLLARSE POR LA DIVISIÓN DE UN SÓLO HUEVO DURANTE SU TRANSPORTE DESDE EL SITIO DE FECUNDACIÓN EN ETAPAS INICIALES DEL DESARROLLO (27).

ESTO ES IMPORTANTE YA QUE LA CIGOCIDAD INCIDE DIRECTAMENTE SOBRE LA MORBIMORTALIDAD DE LA MADRE Y SUS PRODUCTOS - (9,13,16,17,26,35,47,48).

SOGBANMU Y DAWOOD ENCONTRARON CORRELACIÓN ENTRE EL AUMENTO DE LA EDAD MATERNA Y LA APARICIÓN DE TRIPLES (59). EN GENERAL HAY MAYOR SOBREVIVENCIA FETAL EN HIJOS DE MADRES MAYORES DE 30 AÑOS (13,16,23,35,59). LA PARIDAD DE LAS MUJERES NO INFLUYE DIRECTAMENTE EN LA MORTALIDAD PERINATAL -- (13,16).

EL EMBARAZO TRIPLE PUEDE CURSAR MÁS FRECUENTEMENTE QUE -- LOS DE MENOR NÚMERO FETAL CON AMENAZA DE ABORTO Y PÉRDIDA DE ALGUNO Ó TODOS LOS PRODUCTOS (15,24,30), ANEMIA, SINTOMATOLOGÍA URINARIA, DIGESTIVA, VASCULAR Y RESPIRATORIA --

POR EXCESO DE LA PRESIÓN INTRABDOMINAL. AUMENTA FRECUENTEMENTE LA PRESENCIA DE POLIHIDRAMNIOS Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS COMO ANECEFALÍA, MIELOMENINGOCELE, GEMELOS UNIDOS Y OTRAS (13,15,16,18,25,26,31,33,40,46,59,60,61,62). LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO PUEDE ALCANZAR FRECUENCIA DEL ÓRDEN DEL 19 AL 80 % (26,35).

ASIMISMO LAS PATOLOGÍAS HEMORRÁGICAS COMO PLACENTA PREVIA Y D.P.P.N.I. ELEVAN SU FRECUENCIA DE APARICIÓN, LA INCOMPETENCIA ISTMICO-CERVICAL Y LA RPM POR SOBREDISTENCIÓN UTERINA Y EXPOSICIÓN DE LAS MEMBRANAS OVULARES A LA FLORA VAGINAL, SON CAUSA FRECUENTE DE MORBIMORTALIDAD (47). LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL PARTO PREMATURO SON PROBLEMAS CASI CONSTANTES EN ESTE TIPO DE EMBARAZOS Y ALCANZAN UNA FRECUENCIA HASTA DEL 78 AL 97 % (7,23,26).

EL PARTO SE COMPLICA CON MAYOR FRECUENCIA POR INERCIA UTERINA, ACCIDENTES DE CORDÓN, PROLAPSO DE MIEMBRO, COLISIÓN FETAL Y TRABAJO DE PARTO OBSTRUÍDO (59,15), RETENCIÓN PLACENTARIA Y HEMORRAGIA TRANS Y POSTPARTO INMEDIATO (13,15,16,23,42,47,59,62).

EL EFECTO SOBRE LOS PRODUCTOS TAMBIÉN ES NOTABLE; INMADUREZ, RETARDO EN EL CRECIMIENTO E INFECCIÓN INTRAUTERINOS, SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN GEMELAR, MAL POSICIÓN FETAL, HIPOXIA PERINATAL Y TRAUMA OBSTÉTRICO (42). EN EL PERÍODO NEONATAL EL SÍRÍ Y LA HEMORRAGIA PULMONAR Y SUBARACNOIDEA JUNTO CON OTRAS PATOLOGÍAS SON CAUSA FRECUENTE DE MUERTE (24,26,36,61,65).

POR OTRA PARTE, EL EMBARAZO TRIPLE ORIGINA PROBLEMAS DE ÍNDOLE SOCIAL, ECONÓMICO Y PSICOLÓGICO QUE DEBERÁN TOMAR-

SE EN CUENTA (6,59).

EL PORCENTAJE DE MORTALIDAD ES ALTO Y PUEDE LLEGAR A SER HASTA DEL 33.3 % (10,13,15,16,23,26,35,49,50,51,59,61).

LAS TASAS MÁS BAJAS CORRESPONDEN A TRABAJOS RECIENTES Y VARIAN ENTRE 4 Y 7.1 % (6,44).

LA MAYORÍA DE LOS AUTORES COINCIDEN EN LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y EL ADECUADO CONTROL PRENATAL EN ESTOS CASOS (4,5,6,10,14,22,23,32,35,44,50,59).

LA FALTA DE ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA AUMENTA EN APROXIMADAMENTE DOS VECES LA MORTALIDAD FETAL Y SÓLO EL CONTROL ESTRICTO Y EL REPOSO PROLONGADO INICIADO ENTRE LA SEMANA 28 Y 33 PERMITEN TENER UN MEJOR PRONÓSTICO (6,10,13,15,--20,21,23,29,32,35,42,59).

EL USO DE UTEROINHIBIDORES EN EMBARAZO MÚLTIPLE, HA SIDO PRACTICADO Y RECOMENDADO POR VARIOS AUTORES (6,7,23,26,--42). MEDICAMENTOS COMO EL HIDROCLORHIDRO DE RITODRINA, --SALBUTAMOL ETANOL Y OTROS RELAJANTES DE LA MUSCULATURA UTERINA HAN DEMOSTRADO UTILIDAD COMO PROFILÁCTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO (7,23,26,42).

SE HA DISCUTIDO EL BENEFICIO DEL CERCLAJE CERVICAL EN EL EMBARAZO DE ALTO NÚMERO FETAL. ITZKOWIC Y HOLCBERG REPORTAN SU APLICACIÓN EN CASOS DE TRIPLES CON RESULTADOS FAVORABLES (23,26). AUNQUE SU USO NO ESTA GENERALIZADO.

OTRAS RECOMENDACIONES ENCONTRADAS EN LA LITERATURA, IGUALMENTE NO GENERALIZADAS INCLUYEN EL USO DE ESTEROIDES PARA

INDUCCIÓN DE MADUREZ PULMONAR FETAL (15,23,26). LA MONITORIZACIÓN CON PRUEBAS BIOQUÍMICAS Y BIOFÍSICAS (2,32) -- ASÍ COMO EL USO DE AMNIOSCOPIAS Y AMNIOCENTESIS (59) PARA DETERMINAR LA SITUACIÓN GENÉTICA, VITALIDAD Y MADUREZ DE LOS PRODUCTOS, SE HA DESCRITO LA CID DESPUÉS DE LA MUERTE IN-ÚTERO DE ALGÚN PRODUCTO POR LO QUE DEBERÁ CONTROLARSE EL PERFIL DE COAGULACIÓN ANTE ESTA EVENTUALIDAD (58).

A DIFERENCIA DE LA MORTALIDAD, LA DURACIÓN DE LA GESTACIÓN VARÍA INVERSAMENTE CON EL NÚMERO DE PRODUCTOS EN UN EMBARAZO (7). LA FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO TRIPLE OCURRE ENTRE EL 78 Y 97 % DE LOS CASOS ANTES DE LA SEMANA 37 --- (7,23,26). LA PREMATUREZ E INMADUREZ CONSECUENTE ES LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE PERINATAL (7,10,13,15,16,23,35,36).

CON CIERTA RAREZA, LA EVACUACIÓN DE LOS PRODUCTOS NO SE LLEVA A CABO EN EL MISMO EVENTO OBSTÉTRICO, DANDO LUGAR A INTERVALOS DE TIEMPO ENTRE CADA NACIMIENTO EN OCASIONES CONSIDERABLE (3,41,55,57).

SE ASEVERA QUE SI EL EMBARAZO HA LLEGADO Ó REBASADO 34 SEMANAS SIN COMPLICACIONES, ES RAZONABLE PERMITIR LA VÍA VAGINAL PARA CONCLUIR LA GESTACIÓN (26). NO OBSTANTE, LA MAYORÍA DE LOS AUTORES COINCIDEN EN QUE LA MEJOR VÍA DE RESOLUCIÓN DE ESTOS EMBARAZOS ES LA ABDOMINAL (7,12,13,14,16,23,26,32,44,50,59).

AIKEN, ENFATIZA EL PELIGRO DE HEMORRAGIA Y MUERTE FETAL -- POR DAÑO A LA PLACENTA DURANTE EL PROCEDIMIENTO (1). EL BLOQUEO PERIDURAL, PARECE SER EL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO MÁS ADECUADO (12,35).

AUNQUE EL PESO FETAL EN LOS TRILLIZOS INFLUYE EN CIERTA -
FORMA, NO ES DETERMINANTE PARA LA MORTALIDAD PERINATAL --
(13,16,23,25,26). EN FORMA ARBITRARIA SE HABÍA ESTIMADO
QUE EL PESO "IDEAL" PARA ESTOS PRODUCTOS ÉRA DE 2500 GR -
(13), SIN EMBARGO SÓLO EN POCOS CASOS DE LAS SERIES REPOR
TADAS, SE ALCANZA O REBASA ESTE LÍMITE (13,16,23). KURTS,
DE ACUERDO A SUS APRECIACIONES CONSIDERA APROPIADO UN PE-
SO DE 2000 GR PARA ESTOS NIÑOS (35).

EL BAJO PESO ES SUMAMENTE FRECUENTE Y SE EXPLICA POR LA -
EDAD GESTACIONAL QUE ALCANZAN LOS EMBARAZOS, LOS TRANSTOR
NOS NUTRICIONALES Y HEMODINÁMICOS CON QUE CURSAN Y POR EL
"AMONTONAMIENTO INTRAUTERINO" ENTRE PRODUCTOS Y PLACENTA
PROPUESTO POR McKEOWN Y RECORD, QUE SE ACENTÚA SOBRE TODO
DESPUÉS DE LA SEMANA 27 (35,43). ESTADÍSTICAMENTE, EL --
PRIMER TRIATE PESA MÁ S QUE EL RESTO Y LA DIFERENCIA DE PE
SOS EN UN SET OCURRE CON MAYOR FRECUENCIA EN TRIATES MONO
CIGÓTICOS, AMBOS FENÓMENOS NO PARECEN AFECTAR SIGNIFICATI
VAMENTE LA SOBREVIDA FETAL (13,16,23,26,59).

EL MISMO SEXO ENTRE LOS PRODUCTOS DE UN SET OCURRE ENTRE
EL 41 Y 50 % DE LOS CASOS (13,16,26,35). LA DISTRIBUCIÓN
HOMBRE - MUJER ES VARIABLE Y SE CONSIDERA QUE ESTAS ÚLTI
MAS TIENEN MAYOR OPORTUNIDAD DE SOBREVIDA (13,23).

SOBRE TODO EN LOS PARTOS VAGINALES, EL ÓRDEN AL NACIMIEN
TO, INCREMENTA EL RIESGO DE MORTALIDAD FETAL (13,16) PRIN
CIPALMENTE EN PRODUCTOS DE MENOS DE 35 SEMANAS. EN COMPA
RACIÓN AL PRIMERO, HAY UNA Y MEDIA Y DOS VECES MÁ S MORTA
LIDAD PARA EL SEGUNDO Y TERCER TRIATES RESPECTIVAMENTE --
(16,23,26,35,59).

EL INTERVALO DE TIEMPO QUE TRANSCURRE ENTRE CADA NACIMIENTO, SÍ INFLUYE SOBRE LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL (13,16,59). PERIÓDOS MAYORES DE 5-10 MINUTOS FAVORECEN ANOXIA - FETAL Y CAMBIOS HEMODINÁMICOS UTEROPLACENTARIOS QUE REPERCUTEN EN SU BIENESTAR (32,35,53).

LA PRESENTACIÓN DE VÉRTICE ES MÁS FRECUENTE Y PREDOMINA - EN EL PRIMER TRIESTE, LOS SEGUNDO Y TERCERO SE DISTRIBUYEN APROXIMADAMENTE IGUAL EN PÉLVICOS Y CEFÁLICOS POR LO QUE LAS COMBINACIONES SON MUY VARIABLES. AMBOS FENÓMENOS NO PARECEN REPERCUTIR EN LA MORTALIDAD PERINATAL (13,16,23,-26,35,59).

LA CONDICIÓN DE ALTO RIESGO DEL EMBARAZO TRIPLE, EXIGE -- QUE SE TOMEN MEDIDAS ENCAMINADAS A BRINDAR UNA ATENCIÓN - PERINATAL ÓPTIMA (23). EN ELLA DEBE PARTICIPAR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO INTEGRADO POR GINECO-OBSTÉTRICAS, PEDIÁTRICAS, ANESTESIOLOGOS Y ENFERMERAS, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE DEBE CONTARSE CON INFRAESTRUCTURA IDEAL, SALAS DE - LABOR, EXPULSIÓN, QUIRÓFANO Y TERAPIA NEONATAL, ASÍ COMO DE MEDICAMENTOS, EQUIPO E INSTRUMENTAL ADECUADOS (23,42).

ES NECESARIO Y ÚTIL PLANEAR EL NACIMIENTO. SI SE HA DECIDIDO Ó ES INMINENTE LA RESOLUCIÓN POR VÍA VAGINAL DEBE TENERSE ESPECIAL CUIDADO EN LA MONITORIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS, EL USO DE OCITOCINA Y ANMIOREXIS CON CRITERIO Y PRECAUCIÓN, REALIZAR EPISIOTOMÍA AMPLIA Y APLICAR CUANDO EL CASO LO REQUIERA EL FORCEPS INDICADO (7,25,35). DISMINUIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE EL TIEMPO ENTRE CADA NACIMIENTO MEJORANDO LA DINÁMICA UTERINA. EVITAR LA MANIPULACIÓN DE UN ÚTERO SOBREDISTENDIDO Y TENER ESPECIAL CUIDADO

DE LA MADRE EN EL TERCER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO Y -
EL PUERPERIO INMEDIATO (7.16.35).

POR OTRO LADO, EL EMBARAZO TRIPLE ORIGINA PROBLEMAS DE IN
DOLE SOCIAL, ECONÓMICO Y PSICOLÓGICO PARA LOS QUE DEBERÁN
TOMARSE MEDIDAS PERTINENTES, MANEJAR EL CHOQUE INICIAL AN
TE LA NOTICIA DEL FUTURO NACIMIENTO DE TRIPLES, MANTENER
PSICOTERAPIA DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTROL DE LAS PA-
CIENTES, ESTUDIAR Y SOLVENTAR LOS COSTOS DE ATENCIÓN OBS-
TÉTRICA Y DE ATENCIÓN A LOS PRODUCTOS DESPUÉS DEL NACI-
MIENTO, INCLUYENDO ALIMENTACIÓN, VESTIDO, EQUIPO Y DISPO-
SICIÓN DE ESPACIO. CANALIZAR ADECUADAMENTE LOS DONATIVOS
Y EL APOYO EXTRAFAMILIAR COMUNITARIO Ó PRIVADO Y MANEJAR
LO MEJOR POSIBLE LO RELACIONADO A PUBLICIDAD, GENERALMEN-
TE INEVITABLE EN ESTOS CASOS.

ANTECEDENTES HISTORICOS

9

- 1895 - HELLIN EXPRESÓ SU FÓRMULA MATEMÁTICA PARA CALCULAR LA APARICIÓN DE EMBARAZOS MÚLTIPLES, PROPONIÉNDO DE ACUERDO CON SUS OBSERVACIONES QUE EL EMBARAZO ES GEMELAR EN UNA OCASIÓN POR CADA 80, LOS TRILLIZOS EN UNA POR CADA 80², LOS CUADRUPLS UNA POR CADA 80³ Y ASÍ SUCESIVAMENTE (4).
- 1952 - MCKEOWN Y RECORD PUBLICAN UNA SERIE DE EMBARAZOS TRIPLES EN DONDE LA INCIDENCIA FUÉ DE 1 EN 9800 NACIMIENTOS. PROPONEN POR PRIMERA VEZ LA TEORÍA DEL "AMONTONAMIENTO INTRAUTERINO" PARA EXPLICAR EL DÉFICIT DE PESO QUE SE PRESENTA EN LOS PRODUCTOS DE EMBARAZOS MÚLTIPLES, QUE VARRÍA INVERSAMENTE CON EL NÚMERO FETAL Y SE ACENTÚA DESPUÉS DE LAS 27 SEMANAS DE GESTACIÓN (43).
- 1958 - KURTS Y COLS HACEN UNA REVISIÓN DE EMBARAZO -- TRIPLE EN LOS ESTADOS UNIDOS. EN SU SERIE QUE COMPRENDIÓ EL PERIÓDO DE 1931 A 1956, LA INCIDENCIA FUÉ DE UN CASO EN 7925, MUY SIMILAR A LA REPORTADA POR NICHOLAS PARA EL PERIÓDO DE 1915 A 1948 Y POR ABAJO DE LA PUBLICADA POR -- GUTTMACHER DE UNO EN 9828 PARA EL PERIÓDO DE 1928 A 1949. LA MORTALIDAD PERINATAL FUÉ DE 33.3 % (35).
- 1966 - SCOTT Y PATERSON REPORTAN UN CASO DE TRIPLES -- MONOCIGOTICOS CON ANENCEFALÍA (13).

10

- 1968 - FORBES Y NATALE PUBLICAN UN CASO DE EMBARAZO EC
TÓPICO TRIPLE ANIDADO EN TROMPA (13).
- 1969 - ALKEN Y COLS LLAMAN LA ATENCIÓN SOBRE LA OVULA-
CIÓN MÚLTIPLE COMO COMPLICACIÓN DEBIDA AL USO -
DE GONADOTROPINAS CORIÓNICAS PARA INDUCIR OVULA-
CIÓN. PRESENTA UN CASO DE SEXTUPLES EN UNA PA-
CIENTE CON HIPERESTIMULACIÓN OVARICA (1).
- 1971 - TAN Y COLS HACEN UNA REVISIÓN DE LOS CASOS DE -
GEMELOS UNIDOS EN EMBARAZO TRIPLE. KOONTS EN --
1985 AÑADE UN CASO DE ESTA CONDICIÓN A LOS 9 --
PUBLICADOS ANTERIORMENTE (33.62).
- NYLANDER, PIONERO DE LOS AUTORES AFRICANOS SO--
BRE EMBARAZO MÚLTIPLE. ENFATIZA SU ALTA FRE---
CUENCIA EN ESE CONTINENTE Y PRESENTA SU EXPE---
RIENCIA CON EMBARAZOS TRIPLES EN NIGÉRIA (48).
- 1972 - LIGGINS Y HOWIE MARCAN LOS LINEAMIENTOS GENERA-
LES PARA EL USO DE ESTEROIDES PARA PREVENIR EL
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NIÑOS --
PREMATUROS (37).
- 1974 - JEFFREY Y COLS INTENTAN DETERMINAR EL PAPEL QUE
EL REPOSO EN CAMA TEMPRANO TIENE EN EL RESULTA-
DO PERINATAL DEL EMBARAZO MÚLTIPLE (20,21).
- 1975 - DAW Y WALKER REPORTAN UNA SERIE DE TRILLIZOS ES
COCESES. LA INCIDENCIA FUÉ DE 1:8880 (12).

- CRAWFORD CONCLUYE QUE EL BLOQUEO PERIDURAL ES - EL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO MÁS IDÓNEO PARA LAS PACIENTES QUE TIENEN TRABAJO DE PARTO DE UN EMBARAZO MÚLTIPLE (11).
- 1976 - JAMES HACE ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA CORRELACIONAR EL EMBARAZO MÚLTIPLE CON LA SUPERFECUNDACIÓN Y EL RÍTMO COITAL (27).
- 1977 - GANDA UTILIZA A LOS PRODUCTOS DE TRIPLES PARA - EVALUACIONES GENÉTICAS Y HACE CONSIDERACIONES EN RELACIÓN A SU CIGOCIDAD (17).
- 1978 - NAEYE Y COLS ANALIZAN LAS CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL EN EMBARAZO MÚLTIPLE EN CIUDADES AFRICANAS Y ESTADOUNIDENSES, ENFATIZAN LA MAYOR MORBIMORTALIDAD QUE PRESENTAN LOS PRODUCTOS MONOCIGOTICOS (47).
- DAW ANALIZA UNA SERIE DE 14 TRIPLES, SU INCIDENCIA FUÉ DE 1 EN 8034 Y LA MORTALIDAD PERINATAL EN SUS CASOS DE 31 % (13).
- BIENIARZ Y COLS MUESTRAN EL RESULTADO PERINATAL DE EMBARAZOS DE ALTO NÚMERO FETAL MANEJADOS CON RITODRINA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO PREMATURO, EN SU SERIE LOS RESULTADOS SON MUY ALENTADORES (7).
- 1979 - ITZKOWIC EN UNA PUBLICACIÓN, INCLUYE 59 CASOS - DE EMBARAZO TRIPLE ATENDIDOS EN VARIOS HOSPITA-

LES DE INGLATERRA Y AUSTRALIA. ANALIZA SUS RESULTADOS PERINATALES. LA MORTALIDAD REGISTRADA FUÉ 23.2 % (26).

- 1981 - SOGBANMU HACE UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 20 - EMBARAZOS TRIPLES NIGERIANOS, CON INCAPITÉ, SOBRE TODO EN LOS ASPECTOS SOCIO-BIOLÓGICOS. SU INCIDENCIA PARA EL PERÍODO DE 1974 A 1977 ES DE 1 : 424.6, CON UNA MORTALIDAD PERINATAL DE ---- 26,3 % (59).
- 1983 - KERIN Y COLS REPORTA LA INCIDENCIA DE EMBARAZO MÚLTIPLE DESPUÉS DE LA FERTILIZACIÓN IN-VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES, CON EL USO DE CLOMIFEN SÓLO O COMBINADO CON HORMONA GONADOTROPINA PARA INDUCIR LA OVULACIÓN. SUGIERE QUE DEBEN - NORMARSE ESTOS PROCEDIMIENTOS Y SOBRE TODO RESTRINGIR EL NÚMERO DE EMBRIONES TRANSFERIDOS --- (30).

SE REVISARON LOS EXPEDIENTES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3 DEL -- CENTRO MÉDICO "LA RAZA" DEL IMSS EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EN EL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE EL 10. DE MARZO DE 1985 Y EL 28 DE FEBRERO DE 1987. PARA EL ANÁLISIS SE INCLUYE-- RON LOS CASOS DE NACIMIENTOS DE EMBARAZO TRIPLE DESPUÉS DE LAS 28 SEMANAS DE GESTACIÓN.

DETERMINAMOS EL NÚMERO TOTAL DE NACIMIENTOS, LA INCIDEN-- CIA DE GEMELOS Y LA MORTALIDAD PERINATAL GLOBAL EN LA PO-- BLACIÓN ATENDIDA EN LA UNIDAD Y LOS RELACIONAMOS ESPECÍ-- FICAMENTE CON LAS CIFRAS OBTENIDAS DE LOS EMBARAZOS CON TRILLIZOS.

PARA EXPONER LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ESTAS GESTA-- CIONES, INCLUIMOS EN EL PROTOCOLO VARIABLES MATERNAS CO-- MO EDAD, PARIDAD, ANTECEDENTE FAMILIAR DE EMBARAZO MÚLTI-- PLE Y DE USO DE INDUCTORES DE OVULACIÓN. VARIABLES CON-- CERNIENTES A LA PROPIA GESTACIÓN COMO CIGOCIDAD, MORBILI-- DAD ANTE Y POSTNATAL, USO DE INDUCTORES DE MADUREZ PULMO-- NAR FETAL, DE HOSPITALIZACIÓN TEMPRANA, EDAD GESTACIONAL DE CULMINACIÓN, VÍA DEL NACIMIENTO Y PROCEDIMIENTO ANES-- TÉSICO UTILIZADO. ASIMISMO VARIABLES FETALES COMO MADU-- REZ, PESO, SEXO, PRESENTACIÓN, ÓRDEN AL NACIMIENTO, MAL-- FORMACIONES CONGÉNITAS Y MORBILIDAD PERINATAL.

LOS DATOS OBTENIDOS SE TABULARON Y SOMETIERON AL ANÁLI-- SIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO.

INCIDENCIA.-

EN NUESTRO HOSPITAL, DE MARZO DE 1985 A FEBRERO DE 1987 SE ATENDIERON UN TOTAL DE 21 915 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES 325 CORRESPONDIERON A EMBARAZOS GEMELARES Y 6 -- A EMBARAZOS TRIPLES.

LA OCURRENCIA DE GEMELOS ES DE 1 CASO POR CADA 66.8 NACIMIENTOS Y LA DE TRIPLES DE 1 POR CADA 3652.5.

LA RELACIÓN TRIPLE: GEMELAR FUÉ DE 1 : 54.6.

PUDIERON OBTENERSE DEL ARCHIVO ÚNICAMENTE CINCO EXPEDIENTES MATERNOS Y SUS RESPECTIVOS QUINCE FETALES, POR LO -- QUE CONSTITUYEN EL OBJETO DE ESTA REVISIÓN.

LA MORTALIDAD NEONATAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL ATENDIDA EN LA UNIDAD EN EL LAPSO DE ESTUDIO FUÉ DE 3.3 %, --- MIENTRAS QUE EN LA SERIE ANALIZADA DE CINCO CASOS, CON CUATRO MUERTES NEONATALES ALCANZÓ UN 26.6 %.

FACTORES MATERNOS.

CUATRO MADRES PERTENECEN AL ESTRATO SOCIOECONÓMICO MEDIO Y UNA AL MEDIO BAJO. SU EDAD FLUCTUÓ ENTRE LOS 22 A 29 AÑOS. HAY EN EL GRUPO TRES NULÍPARAS, UNA CON DOS ABORTOS PREVIOS. EL RESTO DE LAS PACIENTES SON DOS MULTÍGESTAS CON DOS PARTOS PREVIOS CADA UNA (CUADRO No. 1). EN NINGÚN CASO SE DOCUMENTÓ ANTECEDENTE FAMILIAR DE EMBARAZO MÚLTIPLE Y SÓLO UNA - CASO NO. 1 -, RECIBIÓ INDUCTORES DE OVULACIÓN POR ESTERILIDAD DEBIDA A ALTERACIÓN DEL FACTOR NEUROENDOCRINO, FUÉ MANEJADA POR ESPACIO DE DOS CICLOS CON CITRATO DE CLOMIFENO, SUCCINIL-B-ESTRADIOL Y HORMONA GONADOTROPINA MENOPÁUSICA DE ACUERDO CON EL ESQUEMA PROPUESTO POR QUIGLEY (52).

ANTECEDENTES MATERNOS

CUADRO No. I

CASO No.	EDAD	G	P	A
1	25	III	-	II
2	29	V	II	II
3	27	IV	II	I
4	22	I	-	-
5	25	I	-	-

FUENTE: HGO No.3 CMR IMSS.

TODAS LAS PACIENTES RECIBIERON CONTROL PRENATAL EN ESTA UNIDAD, AUNQUE UNA DE ELLAS EN FORMA IRREGULAR (CUADRO - No. 2). EL PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO Y CONTROL MÁS - UTILIZADO FUÉ EL ULTRASONIDO PARA TRES DE LAS EMBARAZA--DAS - CASOS 1,4 Y 5 - Y SE LLEVÓ A CABO INICIALMENTE EN LAS SEMANAS 10,27 Y 15 RESPECTIVAMENTE. EN LAS DOS RES--TANTES, EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO TRIPLE SE EFECTUÓ HAS--TA EL MOMENTO DEL NACIMIENTO, EN EL PARTO VAGINAL DE LA PACIENTE CON EL No. 2 QUE LLEVÓ INSUFICIENTE CONTROL PRE--NATAL Y EN EL CASO No. 3 DE RESOLUCIÓN POR VÍA ABDOMINAL CATALOGADO COMO GEMELAR EN LA CONSULTA PRENATAL (CUADRO No. 3).

DOS PACIENTES FUERON INTERNADAS EN EL HOSPITAL ENTRE LAS SEMANAS 28 Y 30 PARA REPOSO Y VIGILANCIA - CASOS 1 Y 4 -, EN ELLAS LA MORTALIDAD EN LOS PRODUCTOS FUÉ DE 16.6 %, - MIENTRAS QUE FUÉ DEL 33.3 % EN EL GRUPO DE TRES PACIEN--TES - CASOS 2,3 Y 5 - QUE NO FUERON HOSPITALIZADAS CON - ESTE PROPÓSITO (CUADRO No. 4).

CUATRO DE NUESTRAS PACIENTES RECIBIERON UTEROINHIBIDORES COMO PROFILAXIS Ó COMO TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PAR--TO PREMATURO - CASOS 1,3,4 Y 5 -, TODOS LOS CASOS DE ---MUERTE NEONATAL OCURRIERON EN ESTE GRUPO (CUADRO No. 5).

LA FRECUENCIA DE PARTO PREMATURO EN LA SERIE FUÉ DEL ---100 %.

TRES PACIENTES - CASOS 1,4 Y 5 - RECIBIÉRON ESTEROIDES - (DEXAMETASONA) PARA INDUCIR MADUREZ PULMONAR FETAL, EN -

ESTE GRUPO HUBO DOS PRODUCTOS CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON 35 SEMANAS DE GESTACIÓN Y TRES FALLECIE RON DESPUÉS DEL NACIMIENTO EN LA SEMANA 31, PARA UNA MORTALIDAD DE 50 % (CUADRO No. 6).

CONTROL PRENATAL

CUADRO No. 2

	No. CASOS	% MORTALIDAD
NULO	—	—
IRREGULAR	1	0
REGULAR	2	25.0

> 5 Consultas.

FUENTE: H00 No.3 CMR IMSS

DIAGNOSTICO

CUADRO No. 3

CASO No.	PROCEDIMIENTO	EDAD GESTACIONAL
1	U S G	10 semanas
2	S/D "	35 semanas
3	S/D "	31 semanas
4	U S G	27 semanas
5	U S G	15 semanas

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

" Al nacer.

HOSPITALIZACION TEMPRANA

CUADRO No. 4

CASO No.	EDAD GESTACIONAL	SI	NO
1	33	X	
2	35		X
3	31		X
4	33	X	
5	35		X
TOTAL		2	3
%	MORTALIDAD PERINATAL	16.6	33.3

Fuente: HGO No. 3 CMR IMSS

UTERINHIBIDORES

CUADRO No. 5

CASO No.	EDAD GESTACIONAL	SI	NO
1	33	X	
2	35		X
3	31	X	
4	33	X	
5	36	X	
% PARTO PREMATURO		100	100
% MORTALIDAD		33.3	—

FUENTE: HGO No.3 CMR IMSS.

ESTEROIDES PARA MADUREZ PULMONAR FETAL

CUADRO No. 6

CASO No.	EDAD GESTACIONAL	SI	NO
1	33	X	
2	35		X
3	31		X
4	33	X	
5	36	X	
TOTAL		3	2
S. I. R. I. (casos)		2	6
% MORTALIDAD		11.1	50

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

EN TODOS LOS CASOS HUBO AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y NACIMIENTO PRETERMINO. TRES PACIENTES - CASOS 1,3 Y 5 -, TUVIERON AMENAZA DE ABORTO DURANTE EL CURSO DEL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN. EL MISMO NÚMERO - CASOS 1,4 Y 5 - REFIRIÓ IMPORTANTE SINTOMATOLOGÍA DIGESTIVA, RESPIRATORIA, VASCULAR Y URINARIA POR SOBREDISTENCIÓN UTERINA Y EXCESIVO AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRABDOMINAL.

TRES PACIENTES - CASOS 1,2 Y 3 - PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, SIN QUE ALGUNA DE ELLAS DESARROLLARA INFECCIÓN INTRAUTERINA CLINICAMENTE APARENTE.

SE DOCUMENTARON TRES CASOS DE TOXEMIA MODERADA - 1,3 Y 4 Y DOS CASOS - 3 Y 4 - DE ANEMIA DURANTE LA GESTACIÓN --- (CUADRO NO. 7).

UNA DE NUESTRAS PACIENTES TOXEMICAS - CASO 3 - DESPUÉS - DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, PRESENTÓ DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA OCASIONANDO -- HEMORRAGIA PROFUSA QUE OBLIGÓ A LA INMEDIATA INTERRUPTIÓN DE LA GESTACIÓN.

CULMINACION DEL EMBARAZO.

NO HUBO NACIMIENTOS DE PRODUCTOS DE TERMINO, LA EDAD GESTACIONAL DE TERMINACIÓN EN LA SERIE FLUCTUÓ ENTRE LAS 31 Y 36 SEMANAS (CUADROS NO. 8 Y 9).

LOS CASOS DE MUERTE NEONATAL OCURRIERON EN LOS TRES PRODUCTOS QUE NACIERON EN LA SEMANA 31 - CASO NO. 3 - Y EN UNO DE LOS NACIDOS EN LA SEMANA 33 - CASO NO. 4 -.

COMPLICACIONES ANTENATALES

CUADRO No. 7

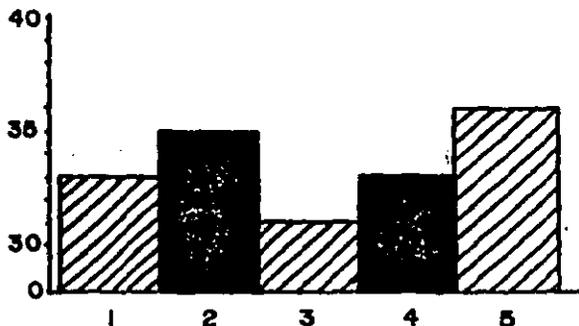
COMPLICACION	No. DE CASOS	%
Parto prematuro	5	100.0
Toxemia	3	60.0
Anemia 10 g/dl	2	40.0
Amenaza de aborto	3	60.0
Hemorragia ante- parto (DPPNI)	1	20.0
Mecánicas	3	60.0
RPM	3	60.0

Fuente: HGO No.3 CMR IMSS.

EDAD GESTACIONAL DE TERMINACION

Semana

CUADRO No. 8.



Fuente: HGD No.3 CMR IMSS.

Caso No.

CUADRO No. 9.

CASO No.	SEMANA
1	33
2	35
3	31
4	33
5	36

Fuente: HGD No.3 CMR IMSS.

SÓLO HUBO UNA PACIENTE QUE TUVO NACIMIENTO POR VÍA VAGINAL - CASO NO. 2 -, LOS TRILLIZOS NO ESTABAN DIAGNÓSTICADOS, EL CONTROL PRENATAL FUÉ IRREGULAR Y LA PACIENTE INGRESÓ CON DOS HORAS DE RUPTURA DE MEMBRANAS Y TRABAJO DE PARTO EN PERIÓDO EXPULSIVO A SALA DE LABOR. NO HUBO --- MUERTES PERINATALES.

CUATRO EMBARAZOS CONCLUYERON MEDIANTE CESÁREA, EN TODAS SE REALIZO TIPO KERR (SEGMENTARIA ARCIFORME), NINGUNA -- FUÉ PROGRAMADA O ELECTIVA, SINO QUE MÁS BIEN EXIGIDA POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SUFRIMIENTO FETAL - CASO NO. 1 -. RUPTURA DE MEMBRANAS, DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO Y SUFRIMIENTO FETAL - CASO NO. 3 -, O BIÉN POR INMINENCIA DE NACIMIENTO PRETERMINO -CASOS 4 Y 5 -.

TODAS LAS MUERTES NEONATALES OCURRIERON EN EL GRUPO DE - NACIMIENTOS POR CESÁREA (CUADRO No. 10),

PROCEDIMIENTO ANESTESICO.-

SE ADMINISTRÓ ANESTESIA GENERAL INHALATORIA A LAS PACIENTES 1 Y 3, SUS SEIS PRODUCTOS PRESENTARON SEVERA DEPRESIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL AL NACIMIENTO Y LA MORTALIDAD EN ELLOS FUÉ DEL 50 %. EL MISMO NÚMERO DE PACIENTES - CASOS 4 Y 5 - RECIBIÓ ANESTESIA REGIONAL POR BLOQUEO PERIDURAL, NO SE REPORTARON COMPLICACIONES ATRIBUIDAS AL PROCEDIMIENTO Y LA MORTALIDAD NEONATAL EN ESTE GRUPO FUÉ DEL 16.6 % (CUADRO No. 11).

EDAD GESTACIONAL Y RESULTADO PERINATAL POR NACIMIENTO VAGINAL Y ABDOMINAL

CUADRO No. 10

	NACIMIENTO VAGINAL	SECCION CESAREA
No. DE CASOS	1	4
EDAD GESTACIONAL	35	332
% MORTALIDAD PERINATAL	0	20.6

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

PROCEDIMIENTO ANESTESICO

CUADRO No. 11

METODO	No. CASOS	DEPRESION AL NAC.	MUERTE PERINATAL	% MORTAL.
GENERAL	2	0	3	50
BPD	2	0	1	16.6
NINGUNO	1	0	0	—

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

LA PACIENTE QUE DIÓ NACIMIENTO A SUS PRODUCTOS POR VÍA VAGI-
NAL RECIBIÓ ANESTESIA PERINEAL LOCAL PARA LA ATENCIÓN DEL --
PARTO Y ANESTESIA GENERAL ENDOVENOSA PARA EXTRACCIÓN MANUAL
DE LA PLACENTA Y REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA Y CANAL DEL ---
PARTO.

COMPLICACIONES POSTNATALES.-

28

DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE LOS PRODUCTOS, EN EL PUERPERIO INMEDIATO, DOS PACIENTES - CASOS 1 Y 4 - PRESENTARON HIPOTONIA UTERINA IMPORTANTE. LA SEGUNDA RESPONDIÓ FAVORABLEMENTE AL MANEJO MÉDICO CON OCITOCINA Y ERGONOVINA, -- MIENTRAS QUE LA PRIMERA, CON SEVERA RELAJACIÓN MIOMETRIAL Y PÉRDIDA HEMÁTICA PERSISTENTE, AMERITÓ REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA E HISTERECTOMÍA TOTAL. SU EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA FUÉ FAVORABLE.

ADEMÁS DE LOS CASOS ANOTADOS, SE DOCUMENTÓ ANEMIA EN EL PUERPERIO EN UNO MÁS - CASO 3 - . UNA PACIENTE - CASO - 5 - SE COMPLIÓ CON ENDOMETRITIS Y SU RESPUESTA A LA ANTI-BIOTICOTERAPIA FUÉ SATISFACTORIA (CUADRO No. 12).

CARACTERÍSTICAS PLACENTARIAS.-

NINGUNA PLACENTA SE ENVIÓ PARA ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.- POR LO QUE LA CIGOCIDAD PARA CADA CASO ES DESCONOCIDA.

CONTAMOS CON LA DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA DE LAS PLACENTAS VERTIDA EN EL REPORTE DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

LAS CORRESPONDIENTES A LOS CASOS 2,3 Y 4 SE CATALOGARON COMO MONOCORIALES TRIAMNIÓTICAS, EL CASO NO. 1 COMO BICORIAL BIAMNIÓTICA Y EL NO. 5 COMO BICORIAL TRIAMNIÓTICA - (CUADRO No. 13).

COMPLICACIONES POSTNATALES

CUADRO No. 12

COMPLICACION	No CASOS	%
HIPOTONIA UTERINA	2	40
ANEMIA	3	60
ENDOMETRITIS	1	20

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

CARACTERISTICAS PLACENTARIAS

CUADRO No. 13

CASO No.	DESCRIPCION MACROSCOPICA
1	Bicorial biamniotica
2	Monocorial triamniotica
3	Monocorial triamniotica
4	Monocorial triamniotica
5	Bicorial triamniotica

FUENTE: H00 No.3 CMR INSS.

ORDEN AL NACIMIENTO Y PRESENTACION DE LOS PRODUCTOS.-

LAS COMBINACIONES DE PRESENTACIÓN DE LOS PRODUCTOS EN LA SERIE SE EXPONE EN EL CUADRO No. 14.

LA PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE FUÉ LA CEFÁLICA CON SIETE CASOS (46.6 %), SEGUIDA DE LA PÉLVICA CON SEIS (40 %) Y FINALMENTE LA TRANSVERSA CON DOS (13.3 %), (CUADRO No. 15).

FALLECIERON TRES PRODUCTOS CON PRESENTACIÓN CEFÁLICA Y - UNO CON PRESENTACIÓN PÉLVICA (CUADRO No. 17).

EL MAYOR PORCENTAJE DE MORTALIDAD NEONATAL DE ACUERDO --- CON EL ÓRDEN AL NACIMIENTO CORRESPONDIÓ AL SEGUNDO TRI--- PLE CON 40 %, SEGUIDA DEL 20 % POR IGUAL PARA EL PRIMER Y TERCER TRIPLES (CUADROS No. 16 Y 17). NO DEBE PERDERSE DE VISTA QUE TODAS LAS DEFUNCIONES OCURRIERON EN PRODUCTOS OBTENIDOS POR CESÁREA.

SEXO DE LOS PRODUCTOS.-

DE QUINCE PRODUCTOS OBTENIDOS, DOCE FUERON DEL SEXO MASCULINO Y EL RESTO DEL FEMENINO. TODAS LAS MUERTES OCURRIERON EN VARONES (33.3%), (CUADRO No. 18).

EL MISMO SEXO EN LOS PRODUCTOS DE UN MISMO EMBARAZO SE OBTUVO EN DOS OCASIONES - CASOS 3 Y 4 -. EL RESTO DE -- LAS VARIABLES SE EXPONEN EN EL CUADRO No. 19.

COMBINACIONES DE PRESENTACION

CUADRO No. 14.

CASO No	1o	2o	3o
1	T	P	P
2	C	P	P
3	C	C	C
4	C	P	C
5	C	P	T

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

CUADRO No. 15.

PRESENTACION	No.	%
Cefálica	7	40,6
Pelvica	6	40,0
Transverso	2	13,3

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

ORDEN AL NACIMIENTO

CUADRO No. 18

TRIAJE	MORTALIDAD (%)	
	VAGINAL	ABDOMINAL
1o	—	20
2o	—	40
3o	—	20

FUENTE: H90 No. 3 CMR IMSS.

PRESENTACION, ORDEN AL NACIMIENTO Y PERDIDA FETAL

CUADRO No. 17

PRESENTACION	ORDEN AL NACIMIENTO						MUERTE PERIN.	
	1		2		3		No	%
	NV	MP	NV	MP	NV	MP		
VERTICE	4	1	1	1	2	1	3	75
PELVICO	0	0	4	1	2	0	1	25
TRANSVERSO	1	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL	5	1	5	2	5	1	4	100

NV Nacidos vivos

MP Muerte perinatal

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

SEXO

CUADRO No. 18

SEXO	No.	Mortalidad (%)
Masculino	12	33.3
Femenino	3	0

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

CUADRO No. 19

CASO No.	1er TRIATE	2o TRIATE	3er TRIATE
1	Masculino	Femenino	Masculino
2	Femenino	Masculino	Masculino
3	Masculino "	Masculino "	Masculino "
4	Masculino	Masculino "	Masculino
5	Masculino	Femenino	Masculino

" Muerte perinatal.

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

PESO DE LOS PRODUCTOS.-

36

LA DISTRIBUCIÓN DE PESOS PARA CADA CASO Y PARA CADA TRIA
TE SE EXPONEN EN EL CUADRO No. 20. EL PRODUCTO DE MENOR
PESO FUÉ DE 970 GR Y EL DE MAYOR DE 2075, SÓLO HUBO DOS
BEBES CON MÁS DE 2 KG DE PESO AL NACIMIENTO. NO OCURRIE
RON MUERTES EN PRODUCTOS CON PESO AL NACIMIENTO POR ARR
BA DE 1250 GR.

EN GENERAL NO HUBO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN EL PESO
DE ACUERDO CON EL ÓRDEN AL NACIMIENTO.

EL PESO PROMEDIO PARA LOS VARONES FUÉ DE 1462 GR Y PARA
LAS MUJERES DE 1786 GR.

EL PESO PROMEDIO GENERAL EN LA SERIE FUÉ DE 1527 GR.

PESO DE LOS PRODUCTOS (g)

CUADRO No. 20

CASO No.	1er TRIATE	2o TRIATE	3er TRIATE	PROMEDIO
1	1725	1800	1650	1725
2	1510	1375	1250	1375
3	1150''	1025''	1100''	1091
4	1675	970''	1825	1490
5	1730	2050	2075	1951
PROMEDIO	1558	1444	1580	

Peso promedio general	1527
-----------------------	------

" Muerte perinatal

FUENTE: HGO No. 3 CMR IMSS.

MORBILIDAD PERINATAL, MALFORMACIONES CONGENITAS Y PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE.-

COMO SE HA VENIDO APUNTANDO, TODOS LOS PRODUCTOS FUERON DE PRETÉRMINO, OCHO CATALOGADOS COMO DE BAJO PESO PARA SU EDAD GESTACIONAL DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS PROPUESTOS POR BATTAGLIA Y LUBCHENCO PARA PRODUCTOS ÚNICOS (CUADRO No. 21).

EL 60 % TUVO HIPOXIA NEONATAL SIGNIFICATIVA, DOS CASOS - PRESENTARON TRAUMA OBSTÉTRICO OCASIONADO POR MANIPULACIÓN INTRAUTERINA, DOS PRODUCTOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, OCHO CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA TIPO I, 11 SUFRIERON HIPERBILIRRUBINEMIA, - CUATRO SE COMPLICARON CON ENTEROCOLITIS NECROZANTE Y DOS CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO (CUADRO No. 22).

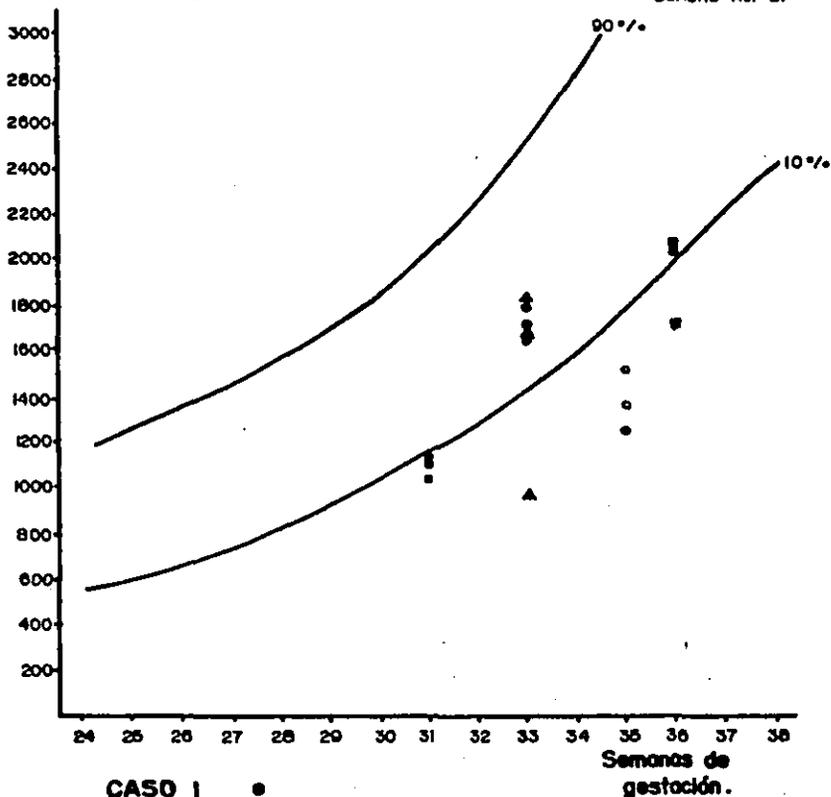
LAS MUERTES FUERON OCASIONADAS POR PREMATUREZ Y DESENCADENADAS PRINCIPALMENTE POR ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, HEMORRAGIA PULMONAR Y HEMORRAGIA INTRACRANEANA.

SE DETECTARON ÚNICAMENTE DOS MALFORMACIONES CONGÉNITAS - MENORES, UN QUISTE DENTARIO EN EL PRIMER TRIATE DEL CASO NO. 4 Y UNA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA EN EL TERCER TRIATE DEL CASO NO. 5 (CUADRO No. 23).

PESO DE PRODUCTOS

Peso al nacer. (g)

CUADRO No. 21



- CASO 1 ●
- CASO 2 ○
- CASO 3 □
- CASO 4 ▲
- CASO 5 ■

MORBILIDAD PERINATAL

CUADRO No. 22

COMPLICACION	No. CASOS	%
Pretermino	15	100.0
Bojo peso	8	53.3
Hipoxia neonatal	9	60.0
Trauma obstetrico	2	13.3
T.T.R.N.	2	13.3
S.I.R.I	8	53.3
Hiperbilirubinemia	11	73.3
Apnea primaria	1	6.6
P.C.A.	2	13.3
Enterocolitis necrotizante	4	26.6
Sangrado de tubo digestivo	2	13.3
Hemorragia Intracraniosa	3	20.0
Hemorragia pulmonar.	2	13.3

FUENTE: HGO No.3 CMR IMSS.

MALFORMACIONES CONGENITAS

CUADRO No. 23

VARIEDAD	No.CASOS	%
QUISTE DENTARIO	1	0.6
LUXACION CONGENITA DE CADERA	1	0.6
TOTAL		13.3

FUENTE: H80 No.3 CMR IMSS.

SE ANALIZAN DOS AÑOS DE NACIMIENTOS DE TRILLIZOS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3 DEL CMR DE MARZO DE 1985 A FEBRERO DE 1987.

LA OCURRENCIA DE TRIPLES EN ESE PERÍODO FUÉ DE 1 CASO -- POR CADA 3652,5 NACIMIENTOS.

SE INCLUYEN EN EL ESTUDIO, CINCO PACIENTES Y SUS RESPECTIVOS QUINCE PRODUCTOS.

LA MORTALIDAD NEONATAL RESULTÓ EN 26.6. %, MIENTRAS FUÉ DEL 3.3 % PARA LA POBLACIÓN GENERAL ATENDIDA EN LA UNIDAD.

AL ANALIZAR LOS ANTECEDENTES DE LAS PACIENTES, NO SE ENCONTRÓ HISTORIA FAMILIAR DE EMBARAZO MÚLTIPLE EN ALGUNA DE ELLAS. UNA FUÉ MANEJADA CON CLONIFEN, SUCCINIL-B-ESTRADIOL Y HORMONA GONADOTROPINA MENOPÁUSICA PARA INDUCIR OVULACIÓN.

LA EDAD FLUCTUÓ ENTRE 22 Y 29 AÑOS, TRES MULTIGESTAS Y DOS MULTIPARAS.

TODAS LAS PACIENTES LLEVARON CONTROL PRENATAL, EL MÉTODO DIAGNÓSTICO MÁS UTILIZADO FUÉ EL ULTRASONIDO. DOS CASOS FUERON DIAGNÓSTICADOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO.

SE EXPONE EL MANEJO AL QUE FUERON SOMETIDAS. DOS PACIENTES SE INTERNARON ENTRE LAS SEMANAS 28 Y 30 PARA REPOSO

Y VIGILANCIA. TRES RECIBIERON ESTEROIDES PARA INDUCIR -
MADUREZ PULMONAR FETAL Y CUATRO UTEROINHIBIDORES PARA --
PROFILAXIS O MANEJO DE LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

LAS COMPLICACIONES ANTENATALES MÁS FRECUENTES, FUERON LA
AMENAZA DE PARTO PREMATURO, LA AMENAZA DE ABORTO EN EL -
TER. TRIMESTRE, SÍNTOMAS POR SOBREDISTENSIÓN UTERINA, --
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, TOXEMIA Y ANEMIA. HUBO
UN CASO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.

NINGÚN NACIMIENTO OCURRIÓ DESPUÉS DE LA SEMANA 37. UN -
EMBARAZO SE RESOLVIÓ POR VÍA VAGINAL Y CON ANESTESIA PE-
RINEAL LOCAL. EL RESTO MEDIANTE CESÁREA SEGMENTARIA AR-
CIFORME, DOS CON ANESTESIA GENERAL Y DOS CON ANESTESIA -
REGIONAL POR BLOQUEO PERIDURAL.

LAS COMPLICACIONES POSTNATALES FUERON HIPOTONIA UTERINA,
ANEMIA Y ENDOMETRITIS, UNA PACIENTE AMERITÓ HISTEREC-
TOMÍA TOTAL ABDOMINAL EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

SE REPORTARON TRES PLACENTAS COMO MONOCORIALES TRIAMNIÓ-
TICAS, UNA COMO BICORIAL TRIAMNIÓTICA Y LA ÚLTIMA COMO -
BICORIAL BIAMNIÓTICA. NINGUNA DE ELLAS FUÉ ENVIADA PA-
RA ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.

LA PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE DE LOS PRODUCTOS FUÉ LA CE
FÁLICA, EL MAYOR PORCENTAJE DE MORTALIDAD PERINATAL (40%)
DE ACUERDO CON EL ÓRDEN AL NACIMIENTO OCURRIÓ EN EL SE--
GUNDO TRIPLE.

SE OBTUVIERON 12 VARONES Y 3 MUJERES. LOS PESOS FLUCTUA-
RON ENTRE 970 GR Y 2075 GR Y EL PESO PROMEDIO GENERAL EN

LA SERIE FUÉ DEL 1527 GR.

SE DETECTARON DOS MALFORMACIONES CONGÉNITAS MENORES Y LA MORBILIDAD PERINATAL INCLUYÓ: PREMATUREZ, BAJO PESO, HIPOXIA PERINATAL, Y TRAUMA OBSTÉTRICO. ADEMÁS, SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA TIPOS I Y II, HIPERBILIRRUBINEMIA, ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE Y SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO.

HUBO CUATRO MUERTES PERINATALES, TRES EN UN MISMO EMBARAZO NACIDOS A LAS 31 SEMANAS Y UNO MÁS NACIDO EN LA SEMANA 33 DE GESTACIÓN. TODOS OBTENIDOS A TRAVES DE CESÁREA, TRES FUERON CEFÁLICOS Y UNO PÉLVICO Y SIEMPRE POR ABAJO DE LOS 1250 GR DE PESO.

LA CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE FUÉ LA PREMATUREZ Y LA DES-
SINCADENARON LA ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, LA HEMORRAGIA PULMONAR Y LA HEMORRAGIA INTRACRANEANA.

AUNQUE LA SERIE PRESENTADA ES POCO NUMEROSA, REPRESENTA LA EXPERIENCIA EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 DEL CMR, CONSTITUYE EL PRIMER TRABAJO DE ESTA NATURALEZA Y DEBERÁ SERVIR COMO BASE PARA CONTINUAR ACUMULANDO DATOS EN RELACIÓN A LA GESTACIÓN DE ALTO NÚMERO FETAL.

SI BIÉN SE DESCONOCEN GRAN PARTE DE LOS MECANISMOS QUE DETERMINAN EL DESARROLLO DE EMBARAZOS TRIPLES, ESTA DESCRITO QUE SU INCIDENCIA ESTA INFLUENCIADA POR FACTORES GENÉTICOS, GEOGRÁFICOS Y PROBABLEMENTE NUTRICIONALES. NOSOTROS OBTUVIMOS UNA OCURRENCIA DE UN CASO DE TRIPLES POR CADA 3652.5 NACIMIENTOS, CIFRA QUE SE ENCUENTRA MUY POR ABAJO DE LA REPORTADA POR AUTORES AFRICANOS DE 1 : - 424,6 (16.59) Y MAYOR A LA PUBLICADA PARA POBLACIONES COMO LA ESTADOUNIDENSE DE 1 EN 7921 (35), INGLESA DE UNO EN 8034 (23) Ó AUSTRALIANA DE 1 EN 9520 (26).

ESTE VALOR NO NECESARIAMENTE ES REPRESENTATIVO DE LA INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN MEXICANA YA QUE EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 NO ATIENDE POBLACIÓN ABIERTA, ES UNA UNIDAD DE CONCENTRACIÓN A LA QUE ACUDEN PACIENTES DERECHOHABIENTES QUE AMERITAN MANEJO DE TERCER NIVEL.

LA MAYORÍA DE LOS AUTORES ESTAN DE ACUERDO EN QUE SI BIÉN LA ACTITUD DE LA MUJER ACTUAL FRENTE AL EMBARAZO HA DISMINUIDO EL NÚMERO DE TRIPLES ESPONTÁNEOS, LA APARICIÓN DE ESTOS GRACIAS A MULTIOVULACIÓN POR EL USO DE IN-

DUCTORES DE OVULACIÓN SE HA INCREMENTADO NOTABLEMENTE -- (8,15,18,30,39,42,52,56,64). UNA DE NUESTRAS PACIENTES RECIBIÓ DOS CICLOS DE CITRATO DE CLOMIFEN Y HORMONA GONA DOTROPINA MENOPÁUSICA DE ACUERDO CON EL ESQUEMA PROPUESTO POR QUIGLEY (52), REPRESENTA EL 20 % EN LA SERIE, SIN -- EMBARGO FUÉ MANEJADA EN MEDIO PRIVADO Y NO EN NUESTROS - SERVICIOS DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA GINECO/OBSTÉTRICA COMO LO HUBIERAMOS ESPERADO.

ES DE TOMARSE EN CUENTA LA RECOMENDACIÓN HECHA POR AIKEN (1), EL EMBARAZO MÚLTIPLE ES UNA COMPLICACIÓN SERIA, DEBEN REGLAMENTARSE EL USO DE INDUCTORES DE OVULACIÓN, FERTILIZACIÓN INVITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES, ASIMISMO LAS PACIENTES QUE SEAN SOMETIDAS A ELLOS DEBEN SER IN FORMADAS NO SOLO DEL RIESGO ESTADÍSTICO DE EMBARAZO MÚLTIPLE SINO TAMBIÉN DE LA GRAN MORBILIDAD QUE FRECUENTE-- MENTE LO ACOMPAÑA (15).

A DIFERENCIA DE LO QUE OTROS AUTORES REPORTAN, NO PUDI-- MOS DOCUMENTAR HISTORIA FAMILIAR DE EMBARAZO MÚLTIPLE -- (12,14,59).

LA MORTALIDAD PERINATAL EN ESTA REVISIÓN FUÉ DE 26,6 % - LIGERAMENTE MENOR A LA DESCRITA POR VARIOS AUTORES COMO DAW 31 % (13), EUGWATU 30,9 % (16), HOLCEBERG 31,1 % --- (23), KURTS 33,3 % (35) Y EVIDENTEMENTE MAYOR A LAS RE-- PORTADAS RECIENTEMENTE POR BERG 4 % (6) Y MICHLEWITS Y - COLS 7,1 % (44).

DEBIDO A LO REDUCIDO DEL GRUPO Y A LA POCA VARIABILIDAD, NO PUDO ESTABLECERSE LA INFLUENCIA DE LA EDAD Y LA PARI-- DAD DE LAS PACIENTES EN LA FRECUENCIA DE APARICIÓN DE --

TRIPLES, LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO Y EN LA MORTALIDAD PERINATAL.

AUNQUE DE ACUERDO CON NUESTROS DATOS, EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y EL CONTROL PRENATAL NO PARECEN INFLUIR EN LA MORTALIDAD DE LA GESTACIÓN Y EL RESULTADO PERINATAL, ESTAMOS CONVENCIDOS DE QUE AMBOS SON BÁSICOS PARA CUALQUIER EMBARAZO, MÁS AÚN SI SE TRATA DE UNO CATALOGADO COMO DE ALTO RIESGO. TENEMOS DOS PACIENTES QUE LLEGARON AL MOMENTO DEL NACIMIENTO SIN DIAGNÓSTICO DE TRILLIZOS, LO CUAL DEBE LLAMAR NUESTRA ATENCIÓN PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN DURANTE LA CONSULTA PRENATAL, SOBRE TODO EN AQUELLAS PACIENTES QUE DE UNA U OTRA FORMA NOS HACEN SABER - QUE NO CURSAN CON UN EMBARAZO COMPLETAMENTE NORMAL.

NUESTRO GRUPO TUVO GRAN INCIDENCIA DE MORBILIDAD DURANTE LA GESTACIÓN Y PODEMOS DECIR QUE NINGUNO DE LOS EMBARAZOS FUÉ NORHDEVOLUTIVO.

COMO EN TODAS LAS SERIES, EL PARTO PREMATURO FUÉ LA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE Y A ELLO SE DEBEN LA MAYORÍA DE LAS MUERTES PERINATALES (5,6,8,13,15,16,23,26,35,43,44,-48,50,59).

LA SOBREDISTENCIÓN UTERINA ES AL PARECER LA RESPONSABLE DE LOS NACIMIENTOS PRETERMINO (43), Y EN MÁS DE LA MITAD DE LOS CASOS INTERFIRIÓ CON EL FUNCIONAMIENTO RESPIRATORIO, URINARIO, DIGESTIVO Y VASCULAR.

OTRAS COMPLICACIONES FRECUENTES Y HASTA CIERTO PUNTO ESPERADAS EN ESTE TIPO DE PACIENTES FUERON LA TOXEMIA, ANEMIA, AMENAZA DE ABORTO Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS,

GRACIAS A QUE EN NUESTRA UNIDAD NO EXISTE UN PROTOCOLO - PARA EL MANEJO DE ESTOS EMBARAZOS, NO PODEMOS CON LA EXPERIENCIA OBTENIDA EN ESTA REVISIÓN CONCLUIR EN FORMA VÁ LIDA ACERCA DE LA EFECTIVIDAD DEL USO DE UTEROINHIBIDORES, ESTEROIDES Y HOSPITALIZACIÓN TEMPRANA EN ESTAS PACIENTES. NO OBSTANTE QUE GRAN NÚMERO DE AUTORES LOS PROMUEVEN Y UTILIZAN CON RESULTADOS FAVORABLES. PREFERIMOS CONCRETARNOS A SER DESCRIPTIVOS EN LA PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DEJAMOS LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS MÁS COMPLEJOS PARA ESTUDIOS POSTERIORES.

NO HUBO ÓBITOS FETALES EN LA SERIE Y LAS CUATRO PÉRDIDAS FUERON EN EL PERIÓDO NEONATAL.

TODAS LAS MUERTES OCURRIERON EN PRODUCTOS OBTENIDOS POR CESÁREA.

SE HA LLEGADO AL CONCENSO GENERAL DE QUE ESTE PROCEDIMIENTO ES EL MÁS ADECUADO PARA LA RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO, SIN EMBARGO NO PODEMOS DECIR LO MISMO EN BASE A NUESTROS RESULTADOS, DEBEMOS ESPERAR A CONJUNTAR UN NÚMERO MAYOR DE CASOS.

EL BLOQUEO PERIDURAL PARECE SER EL MEJOR MÉTODO ANESTÉSICO, NO SE REPORTARON COMPLICACIONES MATERNAS O FETALES ATRIBUÍDAS AL PROCEDIMIENTO, MIENTRAS QUE LOS PRODUCTOS DE MADRES QUE RECIBIERON ANESTESIA GENERAL TUVIERON TODOS SEVERA DEPRESIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL AL NACIMIENTO.

ES BIEN SABIDO QUE LA SOBREDISTENSIÓN UTERINA QUE OCURRE EN LOS CASOS DE EMBARAZO MÚLTIPLE, PREDISPONE A LA HIPOTONÍA UTERINA Y HEMORRAGIA POSTPARTO (13,15,26,59), DOS PACIENTES LA PRESENTARON Y UNA AMERITÓ HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL EN EL PUERPERIO INMEDIATO DESPUÉS DE UNA CESÁREA PRACTICADA BAJO ANESTESIA GENERAL.

NINGUNA PLACENTA FUÉ OBJETO DE EXÁMEN HISTOPATOLÓGICO -- POR LO QUE NO PODEMOS REALIZAR DETERMINACIONES VÁLIDAS -- ACERCA DE LA CIGOCIDAD DE LOS EMBARAZOS Y POR LO TANTO -- NO PODEMOS CORRELACIONAR A ESTA CON LAS COMPLICACIONES -- MATERNAS Ó CON LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PRODUCTOS.

COMO EN OTRAS SERIES, LA MADUREZ MÁS QUE CUALQUIER OTRA VARIABLE EN LOS PRODUCTOS, ES EL FACTOR QUE DETERMINA -- SU SOBREVIDA (13,16,19,26,47,49,59), FALLECIERON LOS -- TRES PRODUCTOS NACIDOS EN LA SEMANA 31, Y UNO DE LOS NACIDOS EN LA SEMANA 33.

NO HUBO MUERTES PERINATALES EN PRODUCTOS CON PESO POR -- ARRIBA DE LOS 1250 GR. SÓLO DOS BEBES REBASARON LOS 2 -- KG., CÍFRA PROPUESTA POR KURTS (35) COMO APROPIADA PARA TRIATES.

EL PESO PROMEDIO EN LA SERIE FUÉ DE 1527 GR.

SÓLO HUBO TRES MUJERES, ELAS PESARON EN PROMEDIO MÁS -- QUE LOS VARONES Y NINGUNA FALLECIÓ. ESTÁ DESCRITO QUE -- EL SEXO FEMENINO ES MÁS FRECUENTE, PESA MÁS Y TIENE MAYOR OPORTUNIDAD DE SOBREVIVIR (14,16,26,34,45),

FINALMENTE AL IGUAL QUE LO REPORTADO POR OTROS AUTORES - LA PRESENTACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y EL ÓRDEN AL NACIMIENTO NO PARECEN INFLUIR EN EL RESULTADO PERINATAL (16,26,-48,50,51,59).

- EL EMBARAZO TRIPLE SIGUE SIENDO UNA CONDICIÓN POCO FRECUENTE, GENERALMENTE NO ESPERADA E INSUFICIENTEMENTE ESTUDIADA.
- EL DESARROLLO DE MÁS DE UN PRODUCTO ES UNA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, SE ACOMPAÑA DE GRAN MORBILIDAD MATERNA Y ALTO PORCENTAJE DE PÉRDIDAS FETALES.
- EL AUGE EN EL USO DE INDUCTORES DE OVULACIÓN DEBE ALERTARNOS SOBRE LA APARICIÓN DE EMBARAZOS CON TRILLIZOS.
- EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y EL CONTROL PRENATAL ADECUADOS SON SUMAMENTE IMPORTANTES PARA DISMINUIR LA MORBILIDAD DURANTE LA GESTACIÓN Y MEJORAR EL RESULTADO PERINATAL.
- NOS FALTA EXPERIENCIA Y SU ANÁLISIS PARA CORROBORAR Ó DESMENTIR LA UTILIDAD DE UTEROINHIBIDORES, ESTEROIDES Y HOSPITALIZACIÓN TEMPRANA EN ESTOS EMBARAZOS ASÍ COMO DE SU RESOLUCIÓN POR VÍA ABDOMINAL.
- LA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE DEL EMBARAZO TRIPLE ES LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EL NACIMIENTO PRETERMINO.

- LA PREMATUREZ ES LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE Y LA MADUREZ DE LOS PRODUCTOS MÁS QUE CUALQUIER OTRO FAC TOR ES RESPONSABLE DE LA SOBREVIDA FETAL.
- ES DE SUMA IMPORTANCIA PLANEAR EL NACIMIENTO EN ES-TOS EMBARAZOS, PREPARAR ADECUADAMENTE ÁREA FÍSICA Y EQUIPO ASÍ COMO CONTAR CON PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉ DICO CAPACITADO Y SUFICIENTE.
- NO DEBEN PASARSE POR ALTO, LOS ASPECTOS PSICOLÓGI-- COS, SOCIALES Y ECONÓMICOS QUE GENERALMENTE ACOMPA ÑAN A ESTAS GESTACIONES.
- DEBE EXISTIR EN UNA UNIDAD COMO LA NUESTRA UN PROTO COLO PARA EL ESTUDIO Y MANEJO DE EMBARAZOS DE ALTO NÚMERO FETAL.
- FINALMENTE UN LLAMADO AL CUERPO MÉDICO PARA PONER - MÁS EMPEÑO EN EL REGISTRO DE DATOS EN LOS EXPEDIENTES Y A LAS AUTORIDADES PARA QUE TOMEN CONCIENCIA - QUE REQUERIMOS UN ARCHIVO MÁS ACORDE CON EL 3er. NI VEL QUE OSTENTA NUESTRO HOSPITAL.

- 1 AIKEN R. AN ACCOUNT OF THE BIRMINGHAM "SEXTUPLETS".
J OBSTET GYNAEC BRIT CWLTH 1969; 76 : 684 - 691.
- 2 BAILEY D, FLYNN A, KELLY J, OCONOR M. ANTEPARTUM --
FETAL HEART RATE MONITORING IN MULTIPLE PREGNANCY.
BR J OBSTET GYNECOL 1980; 87 : 561 - 564.
- 3 BANCHI M. TRIPLET PREGNANCY WITH SECOND TRIMESTER -
ABORTION AND DELIVERY OF TWINS AT 35 WEEKS GESTATION.
OBSTET GYNECOL 1984; 64 : 728 - 30.
- 4 BERBOS J, KING B, JANUSZ A. QUINTUPLE PREGNANCY.
JAMA 1964; 188 : 113 - 116.
- 5 BERG G, FINNSTROM O, SELBING O. TRIPLET PREGNANCIES.
LAKARTIDNINGEN 1983; 80; 319 - 321.
- 6 BERG O, FINNSTROM O, SELBING O. TRIPLET PREGNANCIES
IN LINKOPING SWEDEN 1973 - 1981. ACTA GENET MED GE-
MELLOR 1983; 32 : 251 - 256.
- 7 BIENIARZ J, SHAH N, DMOWSKI P, RAO R, SCOMMEGNA A.
PREMATURE LABOR TREATMENT WITH RITODRINE IN MULTI--
PLE PREGNANCY WITH THREE OR MORE FETUSES. ACTA OBS-
TET GYNECOL SCAND 1978; 57 : 25 - 32.

- 8 BOGCHELMAN D, LAPPOHN R, JANSSENS J. TRIPLET PREGNANCY AFTER PULSATILE ADMINISTRATION OF GONADOTROPIN RELEASING HORMONE. LANCET 1982; 2 (8288): 45-6.
- 9 BRAAT D, EXALTO N, BERNARDUS R, ET AL. TWIN PREGNANCY: CASE REPORTS ILLUSTRATING VARIATIONS IN TRANSFUSION SYNDROME. EUR J OBSTET GYNECOL REPROD BIOL -- 1985; 19 : 383 - 390.
- 10 BROW G, DAW E. SOME ASPECTS OF TRIPLET PREGNANCIES IN ENGLAND AND WALES 1971 - 1975. BR J CLIN PRACT 1980; 34 : 134 - 5.
- 11 CRAWFORD J. APPRAISAL OF LUMBAR EPIDURAL BLOCKADE - IN LABOR IN PATIENTS WITH MULTIPLE PREGNANCY. BR J OBSTET GYNECOL 1975; 82 : 929 - 935.
- 12 DAW E. BIOLOGICAL ASPECTS OF TWIN PREGNANCY IN DUNDEE. BR J OBSTET GYNAECOL 1975; 82 : 29 - 34.
- 13 DAW E. TRIPLET PREGNANCY. BR J OBSTET GYNAECOL 1978; 85 : 505 - 509.
- 14 DEALE C, CRONJE H. A REVIEW OF 367 TRIPLET PREGNANCIES. S AFR MED J 1984; 66 : 92 - 94.
- 15 EBERHARD M H. COMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN MÚLTIPLE. CLIN OBSTET GYNECOL 1984; 4 (4) : 1257.

- 16 EGHUATU V.E, TRIPLET PREGNANCY : A REVIEW OF 27 --- CASES. INT J GYNAECOL OBSTET 1980; 18 : 460 -464.
- 17 GANDA O, SOELDNER S. GLEASON R, SMITH T, KILO CH,-- WILLIAMSON J. MONOZYGOTIC TRIPLETS WITH DISCORDANCE FOR DIABETES MELLITUS AND DIABETIC MICROANGIOPATHY. DIABETES 1976; 26 : 469 - 479.
- 18 GREENBERG M, KRIM E, MASTROTA V, ROSENFELD D, GOLDMAN M. DISCORDANT ANENCEPHALUS IN A PERGONAL INDU-- CED TRIPLET PREGNANCY. J REPROD MED 1981; 26 : 593-594.
- 19 GUTTMACHER A, KOHLS. THE FETUS OF MULTIPLE GESTATIONS. OBSTET GYNECOL 1958; 12 : 528.
- 20 HARTIKAINEN S. IS ROUTINE HOSPITALIZATION IN TWIN - PREGNANCY NECESSARY. A FOLLOW-UP STUDY . ACTA GENET MED GEMELLOL 1985; 34 : 189 - 192.
- 21 HARTIKAINEN S, JOUPPILA P. IS ROUTINE HOSPITALIZA-- TION NEEDED IN ANTENATAL CARE OF TWIN PREGNANCY. J PERINAT MED 1984; 12 : 31 - 34.
- 22 HARTIKAINEN S, KAUPPILA A, TUIMALA R, KOIVISTO M. FACTORS RELATED TO AN IMPROVED OUTCOME FOR TWINS. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND 1983; 62 : 23 - 25.

- 23 HOLCBERG G, BIALE Y, LEWENTHAL H, INSLER V, OUTCOME OF PREGNANCY IN 31 TRIPLET GESTATIONS, OBSTET GINECOL 1982; 59 : 472 - 476.
- 24 HOMMEL H, FESTGE B. TRIPLET PREGNANCY WITH PAPYRACEOUS FOETUSES. ZENTRALBL GYNAKOL 1979; 101 : 845 - 847.
- 25 ISSEL E, HAKMANN K, MUSIL A, ANTEPARTAL DIAGNOSIS OF AN ACARDIUS IN A TRIPLET PREGNANCY USING ULTRASOUND. ZENTRALBL GYNAKOL 1983; 105 : 874 - 881.
- 26 ITZKOWIC D. A SURVEY OF 59 TRIPLET PREGNANCIES. BR J OBSTET GYNAECOL 1979; 86 : 23 - 28.
- 27 JAMES W. MATERNAL AGE OF DIZYGOTIC TWINS, SUPERFECUNDATION, AND COITAL-RATE. LANCET 1976; 1 : 309.
- 28 JARVIS G. DIAGNOSIS OF MULTIPLE PREGNANCY. BR MED J 1979; 2 (6190) : 593 - 594.
- 29 KAPPEL B, HANSEN K, MOLLER J, FAABORG A. BED REST - IN TWIN PREGNANCY. ACTA GENET MED GEMELLOL 1985; 34: 67 - 71.
- 30 KERIN J, QUINN P, KIRBY C, SEAMARK R, WARNES G, ET AL. INCIDENCE OF MULTIPLE PREGNANCY AFTER IN-VITRO FERTILISATION AND EMBRYO TRANSFER. LANCET 1983; 3 : 537 - 540.

- 31 KINKLAND J, AN ACARDIAC, ACEPHALIC MONSTER IN A ---
TRIPLET PREGNANCY, AUST NZ J OBSTET GYNAECOL 1982;
22 : 168 - 171.
- 32 KOECKE E, SEIDENSCHNUR G, POSSIBILITIES IN MODIFI-
CATION OF THE RISK TO CHILD IN MULTIPLE PREGNANCY -
AND LABOR, ZENTRALBL GYNAKOL 1975; 97 : 1417 - 25.
- 33 KOONTZ W, LAYMAN L, ADAMS A, LAVERY P, ANTENATAL --
SONOGRAPHIC DIAGNOSIS OF CONJOINED TWINS IN A TRI--
PLET PREGNANCY. AM J OBSTET GYNECOL 1985; 153 : --
230 - 1.
- 34 KULENTHRAN A, RAMAN S, SINNATHURAY T, A STUDY OF --
TRIPLET PREGNANCY - A MALAYSIAN EXPERIENCE. MED J
MALAYSIA 1984; 39 : 73 - 77.
- 35 KURTZ G, DAVIS L, LOFTUS J, FACTORS INFLUENCING THE
SURVIVAL OF TRIPLETS, OBSTET GINECOL 1958; 12 : ---
504 - 508.
- 36 LEROY F, MAJOR FETAL HAZARD IN MULTIPLE PREGNANCY,
ACTA GENET MED GEMELLOL 1976; 25 : 299 - 306.
- 37 LIGGINS GC, HOWIE RN, A CONTROLLED TRIAL OF ANTE--
PARTUM GLUCOCORTICOID TREATMENT FOR THE PREVENTION
OF THE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN PREMATURE -
INTANTS, PEDIATRICS 1972; 50 : 515

- 38 MACLEAN A, SHARP F, BRIGGS J, MAC PHERSON S. SUCCESSFUL TRIPLET PREGNANCY FOLLOWING RENAL TRANSPLANTION. SCOTT MED J 1980; 25 : 320 - 322.
- 39 MANDELBAUM J, PLACHOT M, JUNCA A, FIRMIN C, AGNES E. THE CHARACTERISTICS OF THE PREGNANCIES THAT HAVE BEEN OBTAINED BY IN-VITRO FERTILIZATION. J GYNECOL OBS--TET BIOL REPROD 1985; 14 : 365 - 374.
- 40 MARKMAN L, SUGAR L, ZUKER R. ASSOCIATION OF APLASIA CUTIS CONGENITA AND FETUS PAPYRACEUS IN A TRIPLET - PREGNANCY. AUST PAEDIATR J 1982; 18 : 294 - 296.
- 41 MASHIACH S, BEN - RAFAEL Z, DOR J, SERR D. TRIPLET PREGNANCY IN UTERUS DIDELPHYS WITH DELIVERY INTERVAL OF 72 DAYS. OBSTET GYNECOL 1981; 58 : 519 - 521.
- 42 MCFEE J, LORD E, JEFFREY R, O'MEARA O, JOSEPH H, ET AL. MULTIPLE GESTATIONS OF HIGH FETAL NUMBER. OBS--TET GYNECOL 1974; 44 : 99 - 106.
- 43 MCKEOWN T, RECORD R. OBSERVATIONS ON FOETAL GROWTH - IN MULTIPLE PREGNANCY IN MAN. J ENDOCRINOL 1952; 8 : 380 - 6.
- 44 MICHLEWITZ H, KENNEDY J, KAWADA C, KENNISON R. TRIPLET PREGNANCIES. J REPROD MED 1981; 26 : 243 - - 246.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA 59**

- 45 MONTEMITRO A. PREGNANCY AND TWIN DELIVERY STATISTICAL AND CLINICAL STUDY. GINECOL CLIN 1985; 6 : 228-232.
- 46 MYRIANTHOPOULOS N. CONGENITAL MALFORMATIONS IN TWINS EPIDEMIOLOGIC SURVEY. BIRTH - DEFECTS 1985; 11:1-39.
- 47 NAEYE R, TAFARI N, JUDGE D, MARBOE CH. TWINS; CAUSES OF PERINATAL DEATH IN 12 UNITED STATES CITIES AND -- ONE AFRICAN CITY. AM J OBSTET GYNECOL 1978; 131 : - 267 - 272.
- 48 NYLANDER P. THE INCIDENCE OF TRIPLETS AND HIGHER -- MULTIPLE BIRTS IN SOME RURAL AND URBAN POPULATIONS - IN WESTERN NIGERIA. ANN HUM GENET 1971; 34 : 409.
- 49 OMU A, AKINGBA J. THE CONTRIBUTION OF MULTIPLE PREGNANCY TO PERINATAL MORTALITY IN BENIN CITY. J OBSTET GYNECOL 1983; 3 : 227 - 232.
- 50 O'NEAL J, HORN M, MESSICK R. TRIPLET PREGNANCIES. EXPERIENCE WITH FOUR SETS. J Med Soc NJ 1982; 79 : 653 - 656.
- 51 PAREKH U, WACHA D. TRIPLET PREGNANCY IN LUSAKA. - MED J ZAMBIA 1982; 16 : 68 - 70.

- 52 QUIGLEY M, SCHMIDT C, BEAUCHAMP P, MARLAD N, BERKOWITZ A, WOLF D. PRELIMINARY EXPERIENCE WITH A COMBINATION OF CLOMIFHENE AND VARIABLES DOSAGES OF MENOPAUSAL GONADOTROPINS FOR ENHANCED FOLLICULAR RECRUITMENT. J. IN VITRO FERTIL EMBRYO TRANSFER 1985; 2 : 11.
- 53 RAYBURN W, LAVIN J, MODOVINIK M, VARNER M. MULTIPLE GESTATION TIME INTERVAL BETWEEN DELIVERY OF THE 1ST AND 2ND TWINS. OBSTET GYNECOL 1984; 63 : 502 - 506.
- 54 RON-EL R, CASPI E, SCHREYER P, WEINTRAVBZ, ARIELIS, GOLDBERG MD. TRIPLET AND QUADRUPLLET PREGNANCIES -- AND MANAGEMENT. OBSTET GYNECOL 1981; 57 : 458.
- 55 RUDIGOZ R, FROBERT J, LANDRIVON G. THE MANEGEMENT - OF A MULTIPLE PREGNANCY WHEN ONE OF THE FOETUSES -- DIES OR IS IN DISTRESS. REV FR GYNECOL OBSTET 1983; 78 : 309 - 314.
- 56 SCHENKER JG, YARKONIS, GRANAT M. MULTIPLE PREGNANCIES FOLLOWING INDUCTION OF OVULATION. FERTIL STERIL 1981; 35 : 105.
- 57 SIMPSON C, OLATUNBOSUN O, BALDWIN V. DELAYED INTERVAL IN TRIPLET PREGNANCY: REPORT OF A SINGLE CASE AND REVIEW OF LITERATURE. OBSTET GYNECOL 1984; 64 : 88 - 118.

- 58 SKELLY H, MARIVATE M, NORMAN R, KENOYER G, MARTIN R. CONSUMPTIVE COAGULOPATHY FOLLOWING FETAL DEATH IN A TRIPLET PREGNANCY. AM J OBSTET GYNECOL 1982; 142 : 595 - 596.
- 59 SOGBANMU M.O. TRIPLET PREGNANCY IN NIGERIA: SOCIO-BIOLOGIC ASPECTS. INT J GYNAECOL OBSTET 1981; 19 : 301 - 304.
- 60 SOKOLOV V. EXTRAUTERINE TRIPLET PREGNANCY WITH IMPLANTATION OF THE FERTILIZED EGG ALONG THE ANTEROLATERAL SURFACE OF THE UTERUS BELOW THE STUMP OF THE FALLOPIAN TUBE REMOVED EARLIER. AKUSH GINEKOL 1980; 6 : 58.
- 61 SYROP C, VARNER M. TRIPLET GESTATION: MATERNAL -- AND NEONATAL IMPLICATIONS. ACTA GENET MED GEMELLOL 1985; 34 : 81 - 88.
- 62 TAN K, TOCK E, DAHOOD M, RATNAM S. CONJOINED TWINS IN A TRIPLET PREGNANCY. AMER J DIS CHILD 1971; 122: 455 - 458.
- 63 VEILLE J, MORTON M, BURRY K. MATERNAL CARDIOVASCULAR ADAPTATIONS TO TWIN PREGNANCY. AM J OBSTET GYNECOL 1985; 153 : 261 - 263.

- 64 WEST C. BAIRD D. INDUCTION OF OVULATION WITH GONADOTROPINS A 10-YEAR REVIEW. SCOTT MED J 1984; 29 : 212 - 17.
- 65 WISWELL T, FAJARDO E, BASS J, BRIEN J, FORSTEIN S. CONGENITAL TOXOPLASMOIS EN TRIPLETS. J PEDIATR -- 1984; 105 : 59 - 61.