

11217

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

7  
2 ej

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA  
" LUIS CASTELAZO AYALA "

## COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO MULTIPLE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO  
DE GINECO OBSTETRA, PRESENTA: **DR. CASTELAZO AYALA**  
I.M.S.S.



GEOVANNÉ ALEJANDRE DE LA TORRE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DR. ROBERTO VELASCO ALMEIDA  
DR. MIGUEL VILLA GUERRERO



MEXICO, D. F. 1991



## **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 está 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.

## Contenido

I Introducción.....	1
II Marco Teórico:	
1) Incidencia.....	3
2) Tipos.....	4
3) Variaciones normales y anormales.....	6
4) Etiología.....	7
5) Características clínicas.....	7
6) Diagnóstico.....	8
7) Tratamiento durante el embarazo.....	11
III Planteamiento general del problema.....	15
IV Objetivos.....	15
V Material y Métodos.....	16
VI Resultados.....	18
VII Análisis y discusión.....	27
VIII Conclusiones.....	31
IX Bibliografía.....	33

## Introducción.-

Durante el embarazo suceden innumerables cambios físicos, fisiológicos y bioquímicos. El embarazo múltiple induce diferencias con muchos de los parámetros de la gestación normal. Por lo común, la mujer muestra los cambios normales, pero intensificados. Dos ó más productos reaccionan de manera diferente que un feto único, y el parto en la gestación múltiple conlleva sus problemas propios y singulares. (1,8,10,11,16,17)

Se sabe que en 1/4 de los embarazos la gestación será gemelar, en 1/(89)<sup>2</sup> serán trillizos, en 1/(89)<sup>3</sup> serán cuatrillizos, y así sucesivamente; y a pesar de la aparición poco frecuente de tal situación, se les considera de alto riesgo, por la morbilidad y mortalidad para madre y feto. (1,2,3,9,11,18,20)

En la mujer con embarazo múltiple aumentan las complicaciones, y tiene un mayor riesgo de desprendimiento de placenta y placenta previa, anemia, polihidramnios, hemorragia postparto, hipertensión, toxemia, hiperemesis gravídica y amenaza de parto pretérmino, entre otras. (1,4,5,6,9,11,12,14,16)

El diagnóstico oportuno es de suma importancia para llevar al mínimo tales riesgos, optimizando el cuidado prenatal y logrando así una culminación más favorable de la gestación. (1,4,8,11,15)

Actualmente se tiende a utilizar la cesárea con mayor libertad, sobretudo cuando uno o ambos gemelos tienen una presentación anormal, y también en los casos de embarazos muy numerosos. (3,19)

### Marco teórico.-

En la gestación múltiple existe más de un feto. En general, cuanto mayor sea el número de fetos, mayor serán su morbilidad y su mortalidad. Por encima de cuatro fetos, es raro que sobrevivan todos; y por encima de cinco, es muy raro que sobreviva alguno. (3,6,18)

#### INCIDENCIA

Se suele citar la ley de Hellin (1895), ya mencionada, que establece que la frecuencia de los gemelos es de uno por cada 89 nacimientos, la de los trillizos,  $1/(89)^2$ , la de los cuatrillizos,  $1/(89)^3$ , etc. Esto es más o menos cierto: la incidencia de embarazo gemelar entre los caucásianos oscila entre 1:80 y 1:90; entre los negros, la incidencia es superior (1:50); y entre los asiáticos es inferior (1:150 o menos). Las diferencias se dan en el número de gemelos dicigóticos más que en el de monocigóticos. Estas estadísticas se basan en los datos clínicos disponibles sobre los embarazos viables. Con el empleo de la ecografía en la primera parte del embarazo, se ha descubierto que en algunas pacientes muere uno de los gemelos y posteriormente se reabsorbe, con lo que sólo queda el "más fuerte" para desarrollarse. Sin embargo, cuando se puede identificar el latido cardíaco de los fetos (siete semanas de gestación) es muy raro que desaparezca alguno. La falta de fusión de las membranas o una hemorragia alrededor de un saco embrionario, pueden simu-

lar la existencia de un segundo saco en las ecografías.  
(1,3,4,16)

Un factor que ha modificado las cifras anteriores en los últimos años ha sido el empleo de fármacos que estimulan la ovulación, como el clomifeno y las gonadotropinas hipofisarias. Si no se controlan cuidadosamente, pueden producir embarazos múltiples, a menudo con más de dos fetos. (1,3)

#### TIPOS

Básicamente, pueden resultar fecundados uno o más óvulos:

Monoovular. Cuando sólo un óvulo es fecundado y se escinde al principio del desarrollo, dando lugar a dos o más embriones similares; de ahí el término monocigóticos, o gemelos, trillizos, etc., idénticos. Los niños son del mismo sexo y tienen el mismo aspecto general y el mismo color de los ojos y de otras partes de su cuerpo; las huellas dactilares y de otro tipo, y los trazados electroencefalográficos son muy similares, si no idénticos. Ambos niños suelen presentar las mismas alteraciones hereditarias, aunque no necesariamente al mismo tiempo. La morfología de la placenta y las membranas, dependerá del momento en el que se produce la escisión que da lugar a los distintos embriones; la división precoz produce dos placentas independientes, mientras que si es más tardía se originan unos gemelos unidos. Si la escisión se produce an

tes del quinto día, cada embrión tendrá su propio amnios y corion (y placenta); entre los días quinto y décimo, habrá dos amnios independientes pero un corion común (y una placenta común); a partir del décimo día, el amnios y el corion serán comunes (y también la placenta). Se puede observar la anastomosis de las dos circulaciones en la superficie fetal de la placenta y también en el examen histológico de las vellosidades. Una complicación muy poco frecuente es la de los gemelos siameses (1:50 000); el grado de unión, va desde la existencia de un pequeño puente cutáneo hasta la fusión completa (generalmente por el tórax), con corazón y vísceras adyacentes comunes. (1,3, 10,16)

**Biovulares.** Cuando son fecundados dos óvulos se emplean los términos dicigóticos, no idénticos, o mellizos. Los niños pueden ser del mismo sexo; si no lo son, solo pueden ser dicigóticos. Su parecido queda limitado a lo que cabría esperar en hermanos o hermanas normales. Las placentas suelen estar claramente separadas, aunque pueden fusionarse y parecer una estructura única. Habrá cuatro capas entre ambos fetos y cavidades amnióticas: dos hojas amnióticas separadas por dos hojas coriónicas. La proporción general de dicigóticos y monocigóticos es aproximadamente de 60:40. Esto viene dado por la regla de Weinberg, que establece que el número de gemelos dicigóticos debe ser el doble del número de gemelos de diferente sexo, que suele ser del 30%. (1,3,10,16)

#### VARIACIONES NORMALES Y ANORMALES

Es raro que los gemelos pesen lo mismo al nacer (especialmente los dicigóticos) y pueden existir diferencias de varios kilogramos. Los gemelos monocigóticos suelen ser pequeños para su edad gestacional y varían menos en su tamaño. En ocasiones, debido a que las circulaciones placentarias suelen anastomosarse en los monocigóticos, uno de los gemelos puede desarrollarse de forma desproporcionada (especialmente su corazón), quedando secuestrada la circulación del gemelo más débil, cuyo corazón no se puede desarrollar (monstruo acardiaco). En ambos tipos, se puede producir la muerte de uno de los gemelos; si esto sucede pronto, el gemelo muerto queda encogido y comprimido, formando finalmente un feto papiráceo.

Aunque el peso de cada gemelo es inferior al correspondiente a un feto único, su peso combinado es mayor. El principal déficit de peso se produce en las ocho a diez últimas semanas de embarazo. No es normal que los gemelos sean más pequeños que los niños únicos de madurez similar. A las 40 semanas de gestación, los gemelos pesan unos 400-500 gr menos que los niños únicos; esto se debe al retraso del crecimiento fetal que se produce en el 20-25% de los gemelos, es decir, una incidencia más de dos veces superior a la de los niños únicos. Esto explica que el número de muertes prenatales sea un 50% mayor entre los gemelos. El crecimiento intrauterino es similar en gemelos y únicos hasta las 30 y 32 semanas, momento a partir del cual disminuye el ritmo de crecimiento en los gemelos monoovulares y biovulares; la disminución es más marcada en los uniovulares, especialmente a partir de las

treinta y siete semanas de gestación.

En las ecografías se suele comprobar que el diámetro biparietal del primer gemelo es mayor que el del segundo gemelo, y que los diámetros biparietales de los gemelos dicigóticos son mayores que los de los monocigóticos; como cabría esperar, existen muchas más diferencias en las parejas de dicigóticos. (1,3,4,6,10,16,20)

#### ETIOLOGIA

Típicamente, los gemelos dicigóticos son mucho más frecuentes si existen antecedentes familiares, la madre tiene más de 35 años y es posiblemente una gran múltípara, aunque este factor suele guardar relación con la edad elevada. El empleo de fármacos estimulantes de la ovulación puede dar lugar a ovulaciones múltiples, aunque esto se puede reducir controlando exactamente la dosis mediante el análisis diario del nivel de estrógenos y el seguimiento ecográfico del crecimiento de los folículos ováricos.

La incidencia de los gemelos monocigóticos no está relacionada con los factores mencionados; parece que influyen la excesiva madurez del óvulo y la ovulación retardada. (1,3,10,16)

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

Debido a la mayor cantidad de tejidos en crecimiento en el interior del útero, se exageran las manifes-

taciones clínicas del embarazo. Los síntomas más frecuentes son los siguientes: 1) hiperemesis, 2) síntomas por la presión: molestias abdominales, alteraciones digestivas, molestias respiratorias, edema, várices, estrías; la separación de la sínfisis puede causar intensos dolores localizados y limitar la movilidad; al igual que la separación de los rectos abdominales, esta complicación es más frecuente cuando hay más de dos fetos, 3) anemia, ferropenia y déficit de ácido fólico (demandas fetales), 4) preeclampsia y eclampsia, 5) hemorragias anteparto, tanto por placenta previa como por desprendimiento, 6) parto prematuro y rotura prematura de membranas (hiperdistensión uterina, errores de presentación), 7) prolapso de cordón (rotura prematura de membranas, errores de presentación), 8) presentaciones erróneas (polihidramnios, desplazamiento por el otro feto), 9) no progresión del parto (errores de presentación), 10) manipulaciones durante el parto (errores de presentación), 11) retención de la placenta y hemorragias postparto, 12) malformaciones del niño, 13) dificultades para la alimentación y otros problemas derivados de la prematuridad. (1,3,4,5,6,9,11,12,14, 16)

#### DIAGNOSTICO

El embarazo múltiple se diagnostica antes del parto en el 60-90% de los pacientes, dependiendo de la peripicacia y la experiencia del médico. La edad gestacional media en el momento del diagnóstico es de 33 semanas (mucho antes si el embarazo se produce tras la inducción

de la ovulación o si se emplea la ecografía de forma rutinaria.

La primera pista viene dada por los antecedentes en la familia de la paciente o un embarazo previo, o por el empleo de estimuladores de ovulación. Hay que tener siempre presente los factores de la edad y la multiparidad. La paciente puede quejarse de vomitar mucho. En la exploración, el dato más consistente es un útero de tamaño mayor al que corresponde al período de amenorrea. Siempre se debe considerar como indicio de un embarazo múltiple hasta que no se demuestre lo contrario, especialmente si se pueden descartar otras causas como un error en las fechas menstruales, una mola hidatiforme, o un tumor pélvico.

La presencia de cualquiera de las complicaciones mencionadas anteriormente, debe alertar al médico sobre la posibilidad de un embarazo múltiple. Otro rasgo habitual es un aumento excesivo de peso que, aunque no es muy superior al normal, es constante en cada visita. Se debe medir el perímetro abdominal, ya que suele ser varios centímetros por encima de lo normal. Como en las presentaciones de nalgas, el médico debe tratar de descartar el embarazo múltiple mediante una palpación cuidadosa a comienzos del tercer trimestre. En algunos centros, se realiza una ecografía rutinaria a comienzos del segundo trimestre para descartar esa posibilidad. La madre puede percibir un exceso de movimientos fetales, y la lumbalgia puede ser muy intensa debido a la lordosis exagerada.

En la exploración abdominal y pélvica se suele encontrar el abdomen grande y globular, en vez de ovalado. Se puede palpar la separación entre los dos fetos como un

surco en la parte superior del útero o en su cara anterior. El diagnóstico definitivo del embarazo múltiple, se basa en la presencia de más de dos polos fetales. La palpación de lo que parecen ser dos cabezas es menos fiable, ya que a veces las nalgas pueden confundirse con la cabeza. El grado de separación y de movilidad independiente de los polos, es muy orientativo. También es característico encontrar muchas partes pequeñas, aunque se puede tener la misma impresión en un embarazo sencillo si la espalda fetal es totalmente posterior. Con frecuencia, la palpación de una parte presentada relativamente pequeña durante la exploración pélvica o abdominal, puede ser un indicio muy fiable para el diagnóstico.

En la auscultación (que deben efectuar dos personas diferentes) se oirán dos corazones: su frecuencia deberá ser independiente del pulso materno, la diferencia entre ambos deberá ser superior a ocho latidos por minuto, y deberán percibirse en puntos separados razonablemente. Esto solo es válido si ambos fetos están vivos. En cualquier caso, si existe una duda razonable o alguna certeza de la presencia de un embarazo gemelar, habrá que recurrir a los estudios ecográficos (o radiológicos). En ocasiones no se establece el diagnóstico. El abdomen tendrá un tamaño mucho mayor de lo que cabría esperar a menos que el otro gemelo esté muerto, y el útero tendrá consistencia quística en vez de pastosa; en la exploración pélvica, se podrá apreciar la presencia de la bolsa con la parte presentada detrás. Se debe palpar sistemáticamente el abdomen antes de administrar un oxitócico para el alumbramiento.

El diagnóstico de los embarazos múltiples más numerosos, suele realizarse temprano debido al gran tamaño del abdómen. A menudo hay que recurrir a las pruebas especiales para determinar el número de fetos presentes.

Pueden surgir dificultades en el diagnóstico por aumento real del tamaño del útero, debido generalmente a un polihidramnios, y más raramente a fetos de gran tamaño, monstruos, o fibromiomas; o a factores que llevan a confusión como la tensión uterina, la obesidad y el desprendimiento de la placenta. (1,3,4,10,16)

#### TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

El tratamiento de la paciente con un embarazo múltiple, dependerá fundamentalmente de las complicaciones que puedan surgir. Algunos de los problemas mencionados, como la anemia, se pueden eliminar fácilmente; en otros casos, como preeclampsia, hemorragias anteparto, errores de la presentación, prematuridad, se pueden mitigar las consecuencias negativas con una vigilancia adecuada. Si la paciente no está hospitalizada, las visitas antenatales deberán ser semanales a partir de la 30-32 semanas. La prematuridad es la principal causa de mortalidad en la gestación múltiple, especialmente cuando la gestación se interrumpe antes de las 33 semanas (15-20%). Como media, los gemelos nacen tres semanas antes que los niños únicos. Al aumentar el número de fetos, van disminuyendo progresivamente el tiempo que dura la gestación y al tamaño de los niños. Se debe hacer todo lo posible para atrasar el parto y reducir la prematuridad. Si la paciente

trabaja fuera de hogar, se debe procurar que lo abandone antes de las 24 semanas de gestación. También es importante que consiga ayuda adicional y que descanse en casa todo lo posible. Aparte del diagnóstico precoz, lo mejor para la paciente es ingresarla en el hospital entre las 26 y las 28 semanas para someterla a reposo, debiendo permanecer allí hasta las 34 a 36 semanas. Con frecuencia se pueden valorar las posibilidades de rotura prematura de membranas, midiendo la tensión que soporta el útero. En algunas pacientes parece que el útero se adapta fácilmente a los fetos, incluso en caso de polihidramnios, mientras que en otras se encuentra tenso e irritable. Se pueden usar relajantes uterinos de forma profiláctica. Si el parto comienza prematuramente, todavía se pueden adoptar medidas preventivas. En caso de rotura prematura de membranas hay que realizar una cuidadosa exploración vaginal para descartar el prolapso de cordón.

Como el 20-25% de los gemelos (especialmente los monocigóticos) presentan retrasos en el crecimiento intrauterino, hay que realizar pruebas para comprobar el estado de los fetos de forma rutinaria a partir de las 34 semanas. Las ecografías son especialmente útiles, ya que permite estudiar a cada gemelo por separado. Con la cardiotocografía también se puede estudiar a cada gemelo por separado, y determinar el momento y la ruta idóneos para el parto en caso de compromiso fetal. El crecimiento de uno de los gemelos, puede verse afectado por el paso de sangre al otro gemelo a través de las conexiones vasculares de la placenta (síndrome de transfusión de gemelos).

Los síntomas de presión no se deben solo a los

gemelos; también a veces existe polihidramnios. Esta situación solo tiene tratamiento sintomático, aunque se pueden combatir las manifestaciones de las piernas (edema, várices) tomándose frecuentes períodos de descanso a lo largo del día. También se pueden realizar comidas más frecuentes y menos abundantes. En ocasiones, las dificultades que plantea son tan notables (especialmente para respirar), que hay que proceder a drenar lentamente parte del líquido amniótico. Esto solo suele ocurrir en los casos de polihidramnios agudo, una complicación de los embarazos gemelares uniovulares que da lugar al 15% de las muertes perinatales (por la prematuridad) relacionadas con el embarazo gemelar.

La preeclampsia es 3-4 veces más frecuente en el embarazo múltiple. Aunque es de esperar que se produzca un mayor aumento de peso, los aumentos excesivos tienen el mismo significado que en las pacientes con embarazos sencillos. Si la presión diastólica pasa de 90, hay que ingresar a la paciente. De esta forma, se reduce también el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta.

Las hemorragias por placenta previa no se pueden prevenir, pero si existen indicios sospechosos están indicadas las pruebas específicas y quizá la hospitalización.

La anemia es muy frecuente debido a las demandas de hierro y folatos de los fetos; hay que administrar estos compuestos de forma profiláctica, y medir periódicamente los niveles de hemoglobina (especialmente en el tercer trimestre, que es el período de máximo crecimiento de

de los fetos). Debido a las demandas fetales, las mujeres con embarazos múltiples tienen una glucemia y otros valores más bajos en ayunas. Por tanto, resulta recomendable iniciar una dieta equilibrada con un buen aporte protéico.

Son frecuentes las alteraciones de la presentación, especialmente las presentaciones de nalgas. A diferencia de lo que ocurre en los embarazos sencillos, las manipulaciones como la versión externa sólo son posibles tras la salida del primer gemelo. Por suerte, es muy raro que el primer gemelo esté en situación transversa (0.5%); en esos casos, el tratamiento suele ser la cesárea.

Si tomamos en consideración la experiencia de los últimos años, la no intervención y la expectativa "inteligente" preconizada por Greenhil durante el período de dilatación, no debe ser ya aplicada, así como tampoco está por considerar o evaluar el papel de la cesárea en el manejo del embarazo múltiple, ya que ésta disminuye el elevado número de complicaciones que suelen aparecer en el transcurso del trabajo de parto. De igual manera se sabe que la duración del embarazo múltiple termina generalmente de 3 a 6 semanas antes del término teórico. (1,3,4,5, 6,10,13,15,16,17,20,21)

**Planteamiento general del problema.-**

¿ Se considera al embarazo múltiple de alto riesgo por el aumento en la morbilidad materna durante el mismo ?

**Objetivos.-**

1) Conocer la patología más frecuente que afecta a las pacientes con Embarazo Múltiple, en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala".

2) Establecer la incidencia de complicaciones más frecuentes en pacientes con Embarazo Múltiple.

3) Comparar los resultados con cifras referidas en la literatura, por autores tanto nacionales como extranjeros.

### Material y Métodos.-

El presente estudio se realizó en el Hospital de Gineco Obstetricia Luis Castelazo Ayala, en el período comprendido entre el mes de mayo de 1990 y octubre del mismo año.

Fue un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Se efectuó el análisis de los documentos ya existentes en el Archivo Clínico del Hospital, de todas las pacientes captadas con el diagnóstico de Embarazo Múltiple (52 pacientes).

Incluimos a todas las pacientes con Embarazo Múltiple, de cualquier edad y nivel socioeconómico. Excluimos a todas aquellas con producto único, o con enfermedades generales agregadas, como diabetes, lupus, etc., que de alguna manera hubieran influido sobre el aumento en la morbilidad del embarazo.

Una vez obtenida la información, se ordenaron y clasificaron los resultados (basados en los objetivos), logrando de esta manera, encontrar un índice de morbilidad materna, de las diferentes complicaciones que se presentaban en el embarazo múltiple.

Se analizaron además otros parámetros, como fueron la edad, el número de gestas, la edad gestacional de detección del embarazo múltiple, la vía de interrupción del embarazo, y la cigosidad placentaria.

## Resultados.-

## COMPLICACIONES MATERNAS

La complicación más frecuente encontrada en nuestras pacientes fué la AMENAZA DE PARTO PRETERMINO (APP), la cual presentaron 41 pacientes, de un total de 52, lo que equivale al 78.8%; en segundo lugar, y con relación a la primera complicación, se encontró la INFECCION DE VIAS URINARIAS (IVU) en 25 pacientes (48%), y también ANEMIA, en el mismo porcentaje de pacientes. El tercer lugar lo ocupó la TOXEMIA (leve-severa), encontrada en 13 pacientes (25%). Ninguna de nuestras pacientes presentó eclampsia. La AMENAZA DE ABORTO (AA) y la RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RM) se reportaron en 6 pacientes cada una (11.5%). Siguió en frecuencia la HIPOTONIA UTERINA (HU) y el POLIHIDRAMNIO (PH), en 5 pacientes, cada una (9.6%). Tres pacientes presentaron CERVICOVAGINITIS (CV), otras tres presentaron DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (DPPNI), y tres más presentaron DECIDUITIS POSTCESAREA (DP), o sea, 5.7% cada una. Finalmente, solo una paciente presentó OLIGOAMNIO (OA), lo equivalente al 1.9%. Todo esto representado en la fig. 1.

### EDAD

El grupo de edad comprendido de 26 a 30 años, lo abarcaron 18 pacientes (34.6%); 16 pacientes (30.7%) se incluyeron en el grupo de 21 a 25 años; 8 pacientes (15.3%) en el grupo de 15 a 20 años; 6 pacientes (11.5%) en el grupo de 31 a 35 años; y 4 pacientes (7.6%) en el grupo de 36 a 40 años. No se encontraron pacientes con edad por arriba de los 40 años. (Fig. 2)

### NUMERO DE GESTAS

Se detectó embarazo múltiple en 17 pacientes primigestas (32.6%); en 14 pacientes secundigestas (26.9%); en 8 pacientes trigestas (15.3%); en 7 pacientes con 4 gestas (13.4%); y en 6 pacientes con 5 gestas o más (11.5%). (Fig. 3)

### DETECCION DE EMBARAZO MULTIPLE

Durante el primer trimestre del embarazo (hasta la semana 13) solo se detectó embarazo múltiple en una paciente (1.9%); en el segundo trimestre (hasta la semana 25) se detectó en 14 pacientes (26.9%); y de la semana 30 en adelante, se les detectó a 37 pacientes (71.1%), siendo más frecuente en la semana 36 (10 pacientes = 19.2%). A 5 pacientes se les detectó en el momento del trabajo de parto (9.6%). (Fig. 4)

## VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

En nuestro grupo de pacientes, 39 ya eran púerperas, de las cuales, en 33 (84.6%) se realizó operación cesárea; y 6 (15.3%) fueron atendidas por parto eutócico, algunas por haber acudido a la Unidad Tocoquirúrgica en período expulsivo, y otras por no haberse detectado el embarazo múltiple antes del parto.

En una paciente hubo necesidad de realizar cesárea posterior a la expulsión del primer gemelo, ya que el segundo gemelo se encontraba en situación transversa.

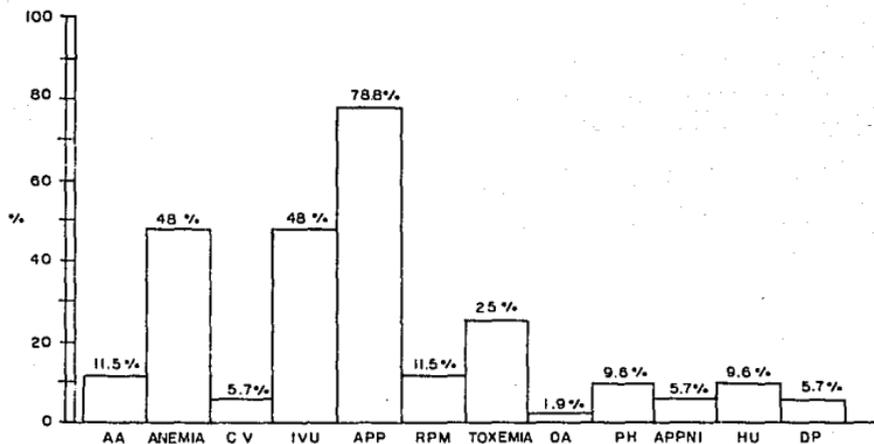
El resto de nuestras pacientes (13 = 25%) aún se encontraban embarazadas durante el estudio. (Fig. 5)

## CIGOSIDAD PLACENTARIA

En 24 pacientes (61.5%) sus gemelos fueron biamnióticos monocoriales (solo una paciente con tres gemelos); en 11 pacientes (28.2%) fueron biamnióticos bicoriales; y solo en 4 pacientes (10.2%) se reportaron monoamnióticos monocoriales. (Fig. 6)

## COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO MULTIPLE

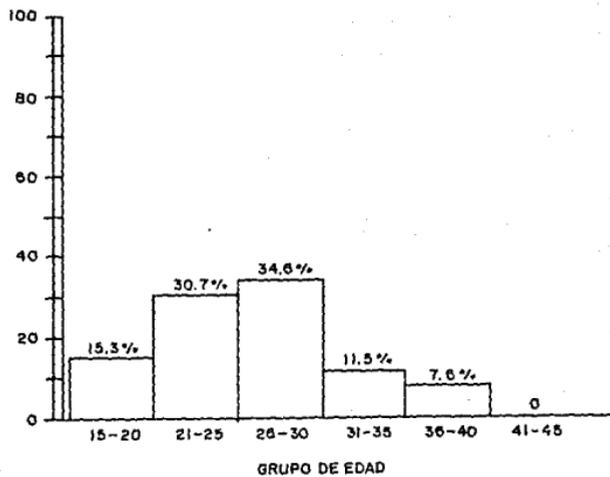
### MORBILIDAD



( Fig 11 )

## COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO MULTIPLE

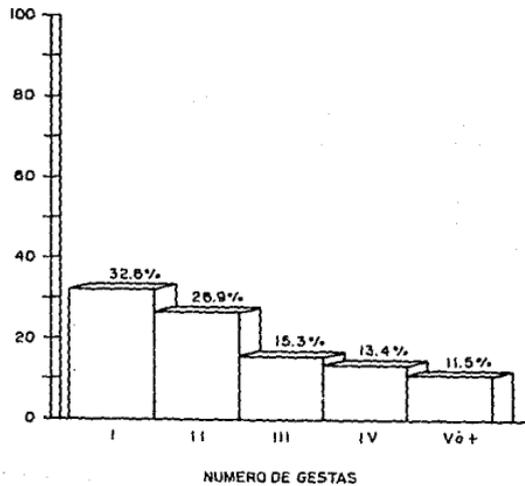
### EDAD



( Fig 2 )

## COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO MULTIPLE

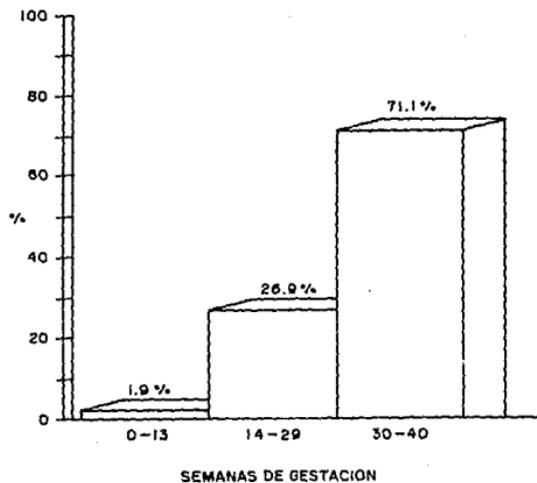
### GESTAS



(Fig 3)

## COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO MULTIPLE

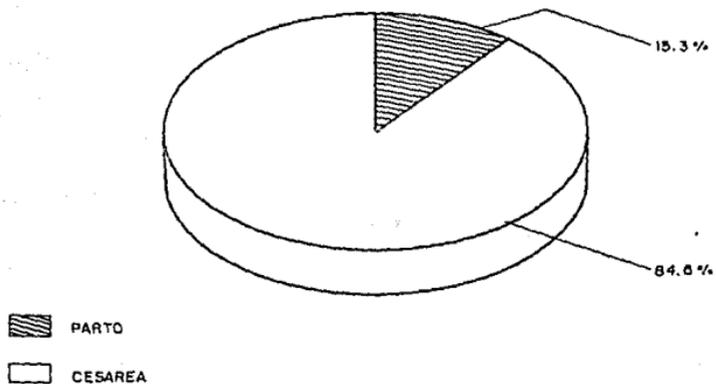
### EDAD GESTACIONAL DE DETECCION



(Fig 4)

## COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO MULTIPLE

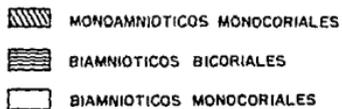
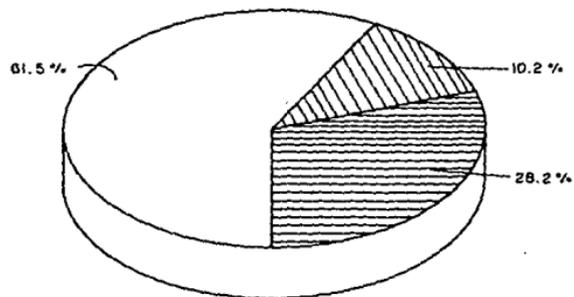
### VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO



(Fig 5)

## COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO MULTIPLE

### CIGOSIDAD PLACENTARIA



(Fig 6)

### Análisis y Discusión.-

En los últimos treinta años, tanto obstetras como perinatólogos han analizado ampliamente las características de la gestación múltiple. La literatura sobre el tema abunda en información, a menudo contradictoria, sobre diagnóstico, asistencia prenatal y nacimiento. Sin duda, guarda relación con el gran interés que han despertado los gemelos, pero tal abundancia de datos también refleja el hecho de que la gestación múltiple comprende morbilidad y mortalidad notables para madre y feto, a pesar de los grandes progresos de la obstetricia en años recientes. (1,3,9,10,15,16,17,21)

En el estudio que realizamos en el hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", detectamos las complicaciones más frecuentes que se presentaron en las pacientes con Embarazo Múltiple, que fueron atendidas en el período comprendido del mes de mayo a octubre de 1990. Comparando los índices de morbilidad materna obtenidos, observamos que existe una gran relación con lo reportado en la literatura (tanto nacional como extranjera), con respecto a las complicaciones presentadas en nuestro grupo de pacientes. Sin embargo, la amenaza de parto pretérmino difirió en forma importante, ya que la literatura reporta índices que van desde el 21.5% hasta el 43%; y en nuestro estudio se obtuvo un índice de 78.8% (41 pacientes de 52). (1,3,10,11,15,16)

La secuela más notable por el nacimiento pretérmino de gemelos, es la venida al mundo de un bebé de bajo peso neonatal. Los problemas de premadurez y bajo peso neonatal son de enorme importancia en gemelos, porque algunos estudios han demostrado que no reanudan su crecimiento después de nacer. Prouablemente esta complicación de amenaza de parto pretérmino se estimule por la distensión mecánica, por la mayor masa fetoplacentaria, que aumenta la presión intraamniótica. El polihidramnios también puede contribuir al parto pretérmino. (1,3,15,16)

De ahí la importancia del reposo, aunque siga siendo un punto de controversia; tiene la ventaja de mejorar el riego uterino y descargar la presión mecánica alejándola del cuello. El momento óptimo para emprenderlo no está bien definido, pero no debe ser después de las 28 semanas. (1,3,13,15,21)

A pesar de que se ha corroborado la importancia del diagnóstico oportuno y temprano de la gestación múltiple, en gran porcentaje de éstos no se hace el diagnóstico antes del parto y el nacimiento. (1,3,11,15). En nuestro estudio, la mayor parte de los embarazos múltiples se detectaron en el último trimestre, siendo más frecuente en la semana 36. Algunos se detectaron durante el trabajo de parto, y solo uno se detectó en el primer trimestre.

El ultrasonido sistemático en el segundo trimestre constituiría el mejor método para identificar los embarazos con esas características y así aminorar el riesgo de no hacer el diagnóstico; sin embargo, no se ha acepta-

do unánimemente este método de detección. (1,3,4,11,16)

Mientras se acepta el ultrasonido sistemático en los embarazos, el obstetra debe prestar atención minuciosa a los antecedentes e historia de la mujer, y a cualquier signo o síntoma de embarazo múltiple. Por ejemplo, sabemos que los factores asociados a una mayor posibilidad de gestación múltiple son los antecedentes familiares de gemelos; la edad de la madre (más de 35 años), que en nuestro estudio el mayor número de pacientes comprendió el grupo de edad de 26 a 30 años, y sólo 4 pacientes de más de 35 años; la paridad también es un factor importante, ya que con más de tres partos, hay mayor posibilidad de embarazo múltiple; en nuestro estudio la mayoría de las pacientes fueron primigestas (17 de 52); otro factor que debemos tener presente, es el uso de inductores de ovulación, que puede dar lugar a ovulaciones múltiples. (1,3,6,8,11,16)

Es esencial conceder importancia al diagnóstico oportuno de los embarazos múltiples y brindar mayor atención a los factores de riesgo que le son propios. De este modo, la valoración por ultrasonido sería prudente en mujeres con factores de riesgo prenatales propios de la gestación múltiple, o signos y síntomas que indiquen la posibilidad de gemelos. (1,3,4,8)

Existe notable controversia sobre la asistencia apropiada de las gestaciones múltiples. Sin embargo, la meta clínica fundamental es prevenir la premadurez y el

ESTA TESIS NO DEBE  
SER

retardo del crecimiento intrauterino, y por supuesto, las diferentes complicaciones que se presentan durante estos embarazos. Para lograr estas metas, son esenciales el diagnóstico oportuno y temprano, la asistencia clínica apropiada, que incluye valoración fetal, dieta adecuada de la embarazada y tratamiento frecuente e intensivo del parto prematuro u otras situaciones obstétricas. (1,3,4,8,9, 11,15,16,17,21)

En cuanto a la asistencia del parto gemelar, también hay controversia respecto a la forma de interrupción del embarazo. Gran porcentaje de autores, sobretudo extranjeros, apoyan el parto vaginal, con excepción en las pacientes con embarazos muy numerosos, o cuando uno o ambos gemelos tienen una presentación anormal. En el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", la tendencia actual es la cesárea, ya que, como se mencionó antes, ésta disminuye el elevado número de complicaciones que suelen aparecer en el transcurso del trabajo de parto, según experiencias en el mismo hospital. (1,3,6,11,16,18, 19)

**Conclusiones.-**

1) La patología que con más frecuencia afecta a las pacientes con Embarazo Múltiple en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", es la amenaza de parto pretérmino, seguida de infección de vías urinarias y anemia (fig.1)

2) Los resultados obtenidos durante este estudio coincidieron en su gran mayoría con las cifras reportadas en la literatura, tanto nacional como extranjera.

3) El reposo es muy necesario en pacientes con Embarazo Múltiple, por la gran ventaja de mejorar el riesgo uterino y descargar la presión mecánica alejándola del cuello.

4) El diagnóstico oportuno y temprano es de vital importancia, ya que de esta manera, se estará en mejor posición para hacer en forma óptima la asistencia prenatal y buscar una culminación más favorable de dicha gestación.

5) El ultrasonido sistemático durante el embarazo sería una buena opción para identificar la gestación múltiple, y así aminorar el riesgo de no hacer el diagnóstico.

6) La meta clínica fundamental sobre la asistencia prenatal de mujeres con Embarazo Múltiple, es preve-

nir la premadurez y el retardo del crecimiento intrauterino, y desde luego, las diferentes complicaciones que se presentan durante el mismo.

7) La operación cesárea es la vía de interrupción ideal en estos embarazos, ya que disminuye el elevado número de complicaciones que suelen aparecer en el transcurso del trabajo de parto.

## Bibliografía.-

1. Ann KO; Phelan JP. Multiple Pregnancy: antepartum management. Clin Perinatol 1988; 15:55-69
2. Alderman BW; Lammer EJ; Joshua SC; et.al. An epidemiologic study of craniosynostosis: risk indicators for the occurrence of craniosynostosis in Colorado. Am J Epidemiol 1988 ; 128:431-8
3. Beischer NA; Mackay EV; obstetricia y neonatología. In Iberoamericana-Lac Graw Hill 1988; 25:221-29
4. Coleman BG; Grumbach K; Arger PH; et.al. Twin gestations: monitoring of complications and anomalies with US. Radiology 1987; 165:449-53
5. Fliegner JR; Can anything be done about mid-trimester fetal wastage?. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1987; 27:205-9
6. Gonen R; Heyman E; Asztalos EV; et.al. The outcome of triplet, quadruplet and quintuplet pregnancies managed in a perinatal unit: obstetric, neonatal, and follow up data. Am J Obstet Gynecol 1990; 162:454-9
7. Grunebaum AN; Linkoff H; Twin gestation and perinatal follow up in a women with severe chronic renal failure: managed without dialysis. J Reprod Med 1987; 32:463-5
8. Gummerus K  
Effect of socioeconomic factors on twin pregnancy. Z Geburtshilfe perinatol 1986; 190:155-7
9. Hillemanns HG; Quaas L; Steiner M; Perinatal medical possibilities and limitations of the obstetrical center an analysis of the causes of perinatal mortality 1982-1985. Z Geburtshilfe Perinatol 1986; 190:215-9

10. Iffy L; Kaminetzky HA; *Obstetricia y Perinatología: principios y práctica*. Panamericana 1986; 2:1181-92
11. Iffy L; Kaminetzky HA; *Obstetricia y Perinatología: principios y práctica*. Panamericana 1986; 2:1193-202
12. López Llera M; De la Luna Olsen E; Niz Ramos J; *Eclampsia in twin pregnancy*. *J Reprod Med* 1989; 34: 802-6
13. MacLennan AH; Green RC; O'Shea R; et.al. Routine Hospital admission in twin pregnancy between 26 and 30 weeks gestation. *Lancet* 1990; 335:267-9
14. Neuman M; Ron-El R; Langer R; et.al. Maternal death caused by HELLP syndrome (with hypoglycemia) complicating mild pregnancy-induced hypertension in a twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162:372-3
15. Oruamabo RS; John CT; Antenatal care and fetal outcome, especially low birthweight, in Port Harcourt, Nigeria. *Ann Trop Paediatr* 1989; 9:173-7
16. Pritchard JA; Mac Donald PC; Gant NF; *Embarazo con fetos múltiples*. *Obstetricia*. Salvat 1987; 26:489-509
17. Samueloff A; Mor-Yosef S; Seidman DS; et.al. Ranking risk factors for perinatal mortality. Analysis of a nation-wide study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68:677-82
18. Sassoon DA; Castro LC; Davis JL; et.al. Perinatal outcome in triplet versus twin gestations. *Obstet Gynecol* 1990; 75:817-20
19. Unuigbo JA; Orhue AA; Feyi-Adaboso PA; *Outcome of cesarean section in twin pregnancy*. *Int J Gynaecol Obstet* 1988; 26:393-7

20. Wessel J; Schmidt-Gollwitzer K; Intrauterine death of a single fetus in twin pregnancies. J Perinatal Med 1988; 16:467-76
21. Williams ML; Long-term hospitalization of women with high-risk pregnancies. A nurse's viewpoint. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1986; 15:17-21
22. Wolfe CD; Patel SP; Linton EA; et.al. Plasma corticotrophin-releasing factor (CRF) in abnormal pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1988; 95:1003-7