

11217  
13  
21

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE POSTGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**  
**PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**  
**HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE**

**ANALISIS RETROSPECTIVO DE LOS CRITERIOS CLINICOS QUE SE TOMARON**  
**EN LA RESOLUCION OBSTETRICA DEL EMBARAZO GEMELAR DE 1991 A 1993**  
**EN EL HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE.**

**TESIS DE POSTGRADO**  
**PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE:**

**GINECOBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :**  
**DR. JOSE JUAN DURAN ROBLES**

**MEXICO, D.F.**

**NOVIEMBRE DE**

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**

1997



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.

**DEDICATORIA**

**A MI ESPOSA: PATY**

POR SU APOYO, CARINO, AMOR CONSTANTE DURANTE MI ESPECIALIDAD Y CON LA QUE COMPARTO PENAS Y GLORIAS.

**A MIS PADRES: JOSE Y CRISTINA**

A QUIENES EN GRAN PARTE LES DEBO ESTE GRADO, UNA BASE IMPORTANTE DURANTE TODA MI CARRERA Y AHORA EN MI ESPECIALIDAD.

**A MIS HERMANOS: HELMY, ALEJANDRO, ARTURO, CRISTINA**

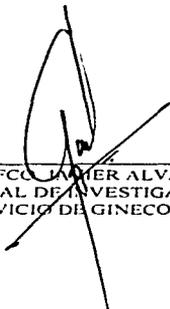
QUE DE ALGUNA MANERA SIEMPRE ME HAN APOYADO DURANTE TODA MI CARRERA



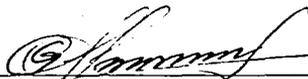
\_\_\_\_\_  
DRA. BLANCA GARCIA CHACON  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO  
DE GINECOBSTERICIA  
ASESOR DE LA TESIS



\_\_\_\_\_  
DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA M.  
COORDINADOR DEL SERVICIO DE  
GINECOBSTERICIA



\_\_\_\_\_  
DR. FCO. JAVIER ALVARADO GAY  
VOCAL DE INVESTIGACION DEL  
SERVICIO DE GINECOBSTERICIA



\_\_\_\_\_  
DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
DEL HOSPITAL 16. DE OCTUBRE



i. s. s. s. i. f.  
CUL  
HOST. G. DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION

## INDICE

RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
INTRODUCCION.....	3
ETIOPATOGENIA Y DATOS ESTADISTICOS DE LA GESTACION GEMELAR.....	4
FACTORES ANORMALES ASOCIADOS CON GEMELISMO.....	8
COMPLICACIONES PRENATALES FRECUENTES DE EMBARAZOS GEMELARES.....	11
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO GEMELAR .....	19
FRECUENCIA EN LA PRESENTACION DE LOS PRODUCTOS EN EL EMBARAZO GEMELAR.....	21
TRATAMIENTO .....	22
CONSIDERACIONES EN CUANTO AL TIPO DE ANESTESIA.....	27
JUSTIFICACION.....	28
MATERIAL Y METODOS.....	29
RESULTADOS.....	30
TABLAS Y GRAFICAS.....	32
ANALISIS DE RESULTADOS.....	44
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47

## **RESUMEN**

*Ya que en México no existe un trabajo en el que se reporten los criterios clínicos que se deben tomar para resolver el embarazo gemelar, nos ocupamos en este trabajo de investigar estos criterios y en base a estos que número de cesáreas o partos se están realizando. Para lo cual se tomó una muestra de pacientes con embarazo gemelar de 30 a 40 semanas de gestación con o sin complicaciones en el período comprendido de 1991 a 1993 del Hospital Regional lo. de Octubre. En donde se encontró que el porcentaje de cesárea realizada en nuestro estudio fué de un 78%, la de parto fué de un 18% y la vía de resolución combinada (parto/cesárea) solo fué de un 4%.*

*Por otra parte se observó que los criterios clínicos utilizados; como la toma de USG obstétrico y rayos X de abdomen para valorar la presentación de los gemelos solo se utilizaron en el 50% de la muestra total, el 50% restante se valoró solo clínicamente. Y de las presentaciones encontradas en los embarazos gemelares el 61% se pudieron haber resuelto por parto vaginal, y solo el 9% de estas presentaciones se resolvió por esta vía. También observamos que la valoración Apgar es similar en los gemelos obtenidos por cesárea o parto y notamos que la incidencia de embarazo gemelar es muy semejante a la reportada en la literatura. Encontrando en nuestro estudio que se presenta 1 embarazo gemelar por cada 166 embarazos normales. También es más frecuente en mujeres de 29 a 38 años de edad y multigestas según los resultados de nuestro estudio.*

## **SUMMARY**

Since in México, doesn't exist a survey on what clinica criteria be reported to solve twin pregnancy. We are consterned on this survey to study these criteria and considering data supplied by the number or cesarean carried out to get this survey a sample of patient where taking with twin pregnancy from 30 to 40 weeks station with or without complication during the period of 1991 to 1993 Hospital Regional 10. de Octubre. On this place a percentage of 78% of cesarean was found on our survey, partum was 18% and the combined resolution via was just 4%.

On the other hand for observing clinical criteria, like taking of obstetrical USG and X ray of the abdomen valorizing twin presentation we just use 50% of the whole sample and the addional 50% was only valorated clinicly. And presentation found on twin pregnancies 61% could be solved by partum and 9% by the another via. We also observed the Apgar valuation is similar on twin with cesarea of partum and we also observed that twin pregnancy is very similar to that explained on medical bibliografy. We found on our solving that 1 twin pregnancy are found by 166 normal pregnancies. Is also is often find it on women from 29-38 years old and multigestatium according to the result obtained on the survey

## INTRODUCCION

*El nacimiento de más de un niño como producto del embarazo, ha tenido un lugar especial en la historia. Además del relato bíblico de los gemelos, la literatura médica y de otra índole esta llena de referencias de partos de productos múltiples, aparte de la importancia histórica. (5)*

*El embarazo múltiple siempre ha representado un evento notable y de gran interés en los padres, en los obstétricos, pediatras, genetistas; y en fecha más reciente, también ha atraído la atención de endocrinólogos e inmunólogos. El interés de cada grupo estriba lo grande en diferentes e importantes razones. Para los obstétricos, en especial éste es de índole práctico, debido a la relativa frecuencia del embarazo múltiple que además, presenta mayores riesgos tanto durante el embarazo como en la hora de parto (5).*

*Aunque el embarazo gemelar representa pocos problemas específicos para la técnica diagnóstica, el manejo del embarazo gemelar requiere cierto ajuste en la filosofía que normalmente gobierna en la asistencia prenatal e intraparto, ya que el tratamiento positivo de la paciente en el embarazo y la medidas operatorias durante el parto pueden influir favorablemente en la salud y bienestar de la madre y de los productos. Por esta razón es necesario considerar los problemas clínicos que acompañan a esta condición y proporcionar una revisión concisa de la génesis y las características del embarazo gemelar. (4)*

## **ETIOPATOGENIA Y DATOS ESTADISTICOS DE LA GESTACION GEMELAR**

Desde hace mucho tiempo se reconocen dos clases de embarazos gemelares su origen; la fecundación de un solo óvulo obteniendo gemelos idénticos monocigotos, ( gemelos verdaderos); los producidos por la fecundación de dos o más óvulos distintos son dicigotos o fraternales (gemelos falsos). La frecuencia de gemelos monocigotos es de aproximadamente 34% y de dicigotos del 66%. La tasa de morbi-mortalidad materna es mucho más alta en el embarazo gemelar, la mortalidad perinatal de gemelos es 3-4 veces mas alta que en el embarazo único. (7)

El gemelismo monocigoto no es influenciado por la herencia, edad de la madre u otros factores. El gemelismo monocigoto probablemente se hereda como rasgo autonómico recesivo a través de descendientes femeninos de madre de gemelas. Estos gemelos idénticos siempre son del mismo sexo. Sin embargo, no son imagen especular uno del otro (uno diestro y el otro ambidiestro, etc) y sus huellas dactilares son diferentes por lo general estos gemelos tienen las mismas características físicas (piel, cabello, color de ojos y constitución) y las mismas características genéticas (características sanguíneas A,B,O, haptoglobulinas, grupo sérico; los mismo génes histocompatibles etc.).

La paradoja de los gemelos idénticos es que pueden ser lo opuesto a idénticos. En ocasiones se asocian a errores cromosómicos que dan lugar a monocigotos heterocarióticos, uno con Síndrome de Downe y el otro normal. (7)

Los gemelos fraternos (dicigotos); los 2 óvulos se liberan de folículos separados (o muy rara vez, del mismo folículo) mas o menos al mismo tiempo. Los gemelos dicigotos pueden ser del mismo sexo o de diferente. Comparten solo la semejanza de hermanos o hermanas y pueden o no tener el mismo tipo sanguíneo. Por lo general, después de cierto tiempo pueden identificarse diferencias significativas.

En teoría, también son posibles otros tipos de gemelismos en el hombre el mosaicismo dispérmico puede resultar de la fecundación de 2 óvulos que no han sido liberados en forma independiente pero, en cambio, se han desarrollado del mismo oocito. Otra posibilidad es la fecundación de un óvulo por 2 espermatozoides. (Tal gemelismo, si ocurre en el hombre, debe llevar el mosaicismo de un individuo en vez de la formación de gemelos "idénticos") El gemelismo en los gemelos discordantes puede explicarse por anormalidades meióticas como por ejemplo, unión del cuerpo polar, retraso en la implantación del embrión, interrupción o retraso del desarrollo intrauterino o superfecundación. (7)

La superfecundación es la fecundación de 2 ovulos, liberados mas o menos al mismo tiempo, por semen expulsado en 2 relaciones sexuales diferentes.

**La superfetación** es la fecundación de 2 óvulos liberados en ciclos menstruales diferentes. Esto al parecer es imposible en el hombre debido a que el cuerpo lúteo inicial del embarazo tendría que inhibirse para permitir una segunda ovulación un mes después. (7)

La incidencia con que se presenta el embarazo gemelar es variable por ejemplo en los Estados Unidos la frecuencia de embarazos gemelares es de aproximadamente de 10 por 1000 partos. Y las tasas más altas se han identificado en Nigeria de 40-50 por 1000 partos y las más bajas en Japón. Otros datos estadísticos nos hablan de una incidencia de gemelos de 1 x 80 partos. Como podemos ver esta incidencia es variable por diversas causas en el caso de los gemelos dicrotos. Por lo que podemos decir que hay factores que modifican los índices de gemelaridad estos son: (7) (4)

**GONADOTROPINA SÉRICA:** Se han encontrado cifras de gonadotropina sérica en mujeres con antecedentes de concepciones gemelares más altas con respecto a mujeres que han dado a luz a un solo feto, en Nigeria y son mucho menores en la mujeres Japonesas quienes han dado a luz a gemelos.

**EDAD DE LA MADRE:** En casi todos los estudios se ha observado que la incidencia de gemelaridad aumenta conforme lo hace la edad de la mujer hasta los 35 a 39 años fecha después de la cual disminuyen dichos índices. Quizás sea este el único factor que afecte los índices de gemelaridad monocigóta.

**PARIDAD:** En términos generales, las mujeres que han tenido tres partos están expuesta en mayor grado a una gestación gemelar en un nuevo embarazo. Se ha identificado una tasa de gemelaridad de 21.3 por 1000 caso de primigestas en comparación con una tasa de 26 por 1000 de multigestas.

**NUTRICION:** Los estudios en animales han señalado que las tasas de gemelaridad pueden aumentar cuando mejoran la ingesta de alimento.

**AGENTES PROFERTILIDAD:** Los índices de embarazo gemelar pueden depender de la frecuencia de las relaciones sexuales, lo cual se ha manifestado por la mayor cifra de embarazos gemelares cuando la concepción ocurre en los primeros 3 meses del matrimonio.

**FACTORES GENETICOS:** No hay pruebas de que la incidencia de gemelos monocigóticos aumente con el antecedente familiar. Pero al parecer los mayores índices de gemelos dicigóticos han recibido la influencia de la familia de la madre. (8)

**PRODUCTOS PARA LA INFERTILIDAD:** La inducción de la ovulación mediante la utilización de gonadotropinas o de clomifeno aumenta la probabilidad de generación de óvulos múltiples. Los fetos múltiples son frecuentes en embarazos de pacientes en las cuales la ovulación fue inducida por inyección de gonadotropinas. (8)

#### **SEXO DE LOS GEMELOS:**

El número de gemelos del mismo sexo (64.5% ) es casi doble que el de gemelos de sexo distinto (35%) y los partos gemelares de los varones (33.1%) exceden de los de mujeres (31.3%). (7)

## FACTORES ANORMALES ASOCIADOS CON GEMELISMO

FACTORES ANORMALES MATERNOS: Aunque el volumen sanguíneo está aumentado en el embarazo múltiple, a menudo ocurre anemia materna debido a la gran demanda de hierro por los gemelos. Esta aumentado el volumen de ventilación pulmonar, pero la embarazada con gemelos a menudo presenta disnea. La marcada distensión uterina y la presión aumentada sobre las vísceras son típicos del embarazo múltiple. Los quistes luteínicos inclusive la ascitis son resultado de la elevada concentración anormal de gonadotropina coriónica en algunos embarazos múltiples. (7)

FACTORES ANORMALES FETALES: Cada gemelo y su placenta por lo general pesan menos que el neonato y la placenta de un embarazo simple después de las 30 semanas, pero cerca del término el peso añadido es casi el doble del peso un embarazo sencillo.

La placenta y membrana de los gemelos monocigóticos pueden variar en forma considerable. Las variaciones son las siguientes:

1. La división previa a la etapa de mórula y diferenciación del trofoblasto ocasiona placenta separadas o fusionadas, dos corión y dos amnios.
2. La división después de la diferenciación del trofoblasto pero antes de la formación del amnios, produce una sola placenta, un corion y un amnios.
3. La división después de la diferenciación del amnios produce una placenta, un corión (común) y un amnios (común). Esto es raro. Así, al menos 13% de los gemelos monocigóticos son dicoriónicos y aproximadamente el 10% de los gemelos dicoriónicos son monocigóticos. (7)

La placentación es de ayuda solo en determinaciones de cigocidad en gemelos con placentas monocoriónicas, pues éstas siempre son monocigóticas. Casi el 20% de todos los gemelos y 5% de todos los gemelos monocigotos son monoamnióticos. Los gemelos monocigotos tienen un tabique transparente (delgado) constituido sólo por dos membranas amnióticas (sin corión y sin decidua). Los gemelos dicigotos tienen un tabique opaco (grueso) formados por dos corión, dos amnios y decidua interpuesta.

Los gemelos normales que difieren de manera considerable en el peso al nacimiento suelen tener placentas biamnióticas y bicoriónicas. Esto sugiere crecimiento intrauterino independiente de los gemelos.

La frecuencia de anomalías congénitas graves es casi tres veces mayor en el embarazo múltiple, casi todas las anomalías se encuentran en gemelos monocigotos. Los gemelos presentan más malformaciones del sistema nervioso central, sistema músculo esquelético, oídos, sistema respiratorio, sistema cardiovascular y aparato digestivo, pero menos malformaciones del sistema genitourinario y piel que los productos únicos. (7)

Los gemelos unidos o siameses resultan de la segmentación incompleta de un solo óvulo fecundado en el 8o. y 14o. días; si se pospone más la segmentación, puede ocurrir gemelismo incompleto (dos cabeza un cuerpo). Los gemelos pegados se describen por el sitio de unión: pigópago (en el sacro, la unión más común); toracopago, craneopago y onfalopago (en la pared abdominal) de manera curiosa, los gemelos pegados suelen ser femeninos. En la actualidad diversos siameses han logrado vivir después de su separación. (6)

El feto pápiraceo (feto comprimido) es un pequeño feto marchito, momificado que suele descubrirse en el parto de un neonato bien desarrollado. Dentro de las posibles causas están talvés, que meses antes, un gemelo dicigóto murió, se resolvió su liquido amniotico, y el saco amniotico creciente del feto sobreviviente comprimió al feto muerto contra la placenta de la pared uterina. (7)

Otra alteración importante en los embarazos gemeleraes son las alteraciones en la placenta en cuanto a las anastomosis vasculares, estas pueden ser; arteria-arteria, arteria-vena o vena-vena. Estas alteraciones son más frecuentes en placentas monocoriales que en las bicoriales.

El síndrome de transfusión gemelo gemelar se produce cuando un cotiledón placentario esta irrigado por una arteria de los gemelos y drena a una vena que va al otro, el síndrome afecta al 15% de los embarazos monocigótos y se limita a los casos de placenta monocorial. Su gravedad es variable. Cuando el cuadro es completo el gemelo hiperperfundido es policitémico, sufre hipertensión, hipertrofia cardiaca, edema y desarrollo de un polihidramnios. Por otra parte el gemelo hiperperfundido esta anémico, sufre retraso del crecimiento y tiene hipotensión con oligoamnios. Los síndromes de transfusión gemelo gemelares moderados o graves suelen manifestarse entre las 20 y 30 semanas de gestación y dan lugar a una substancial mortalidad perinatal. Si uno de los fetos muere (por lo general en receptor, a causa de insuficiencia cardiaca congestiva, e hidrops fetalis), puede provocar una coagulopatía de consumo o fenómenos embólicos en el otro. (7)

## COMPLICACIONES PRENATALES FRECUENTES DE EMBARAZOS GEMELARES

El embarazo gemelar es uno de los fenómenos más interesantes en la biología de la reproducción humana. También desde épocas antiguas se ha reconocido al mayor riesgo a que están expuestos los gemelos. La mortalidad perinatal en ellos es de 10 al 15% cifras cinco veces mayor que la del feto único, la mortalidad perinatal en gemelos monocoriónicos es dos a tres veces mayor que en los discoriónicos. Los elevados índices de morbilidad y mortalidad perinatales en gemelos se deben más bien a premadurez. También en estos casos se observan frecuentemente retardos del crecimiento intrauterino y anomalías congénitas. No es raro que la madre sufra complicaciones, como polihidramnios, preeclampsia, anemia, hiperemesis gfravídica y hemorragia puerperal.(1)

Con base en las complicaciones propias del embarazo gemelar se advierte que el diagnóstico temprano y oportuno es de importancia crítica. En promedio, 20 a 40% de los embarazos gemelares no se diagnostican antes de la primera y segunda fase del parto, y sin diagnóstico es imposible brindar atención prenatal especializada en personas en quienes no se detecta la situación mencionada. La necesidad de atención temprana adquiere importancia especial en mujeres que dan a luz de manera prematura.

El diagnóstico oportuno es necesario porque permite que la madre sepa con anticipación que pueden surgir complicaciones y permite también el cálculo preciso de la edad gestacional. El diagnóstico de gemelos finales del embarazo o en el parto conlleva a un pronóstico perinatal insatisfactorio.(1)

Algunos autores han recomendado la práctica sistemática de ultrasonografía en el embarazo desde las 16 a 18 semanas de gestación, y para estas fechas prácticamente se identificarán a todas las parejas de gemelos. Por lo que es de gran importancia hablar brevemente de las complicaciones prenatales más frecuentes en embarazo gemelar, estas son las siguientes:

ANEMIA: La frecuencia de anemia aumenta en el embarazo múltiple a 40% aproximadamente, al haber dos fetos disminuyen la reserva de hierro y ácido fólico, y conviene administrar ambas sustancias como suplementos al hacer diagnóstico de este tipo de embarazos. Es importante combatir la anemia por que el parto gemelar se acompaña de pérdidas hemáticas considerablemente mayor que en el embarazo de feto único.

PREECLAMPSIA: Una de las complicaciones más importante del embarazo gemelar es la preeclampsia que ocupa un lugar de importancia sólo después del parto y nacimiento pretérmino como complicación del embarazo gemelar. La incidencia de preeclampsia es 3 a 5 veces mayor que en casos de gestaciones de un solo producto. Tiende a aparecer tempranamente en el embarazo tiene un curso muy fulminante y mayor probabilidad de culminar en eclampsia.

Se advierte un incremento notable en la incidencia de niños pequeños para la edad gestacional. También se señalo que no hay diferencia alguna en la incidencia de preeclampsia en embarazos de gemelos monocigotos y dicigotos.

POLIHIDRAMNIOS: Este se observa en el 12% aproximadamente, de los embarazos gemelares y la forma aguda es la más común en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos. El tratamiento de la forma aguda depende en términos generales, de la edad gestacional. Con gran frecuencia al surgir el polihidramnios agudo el embarazo no ha alcanzado el punto de viabilidad fetal, y en términos generales, en tal situación la supervivencia perinatal es muy improbable. Se ha sugerido tratamiento intensivo a base de reposo en cama tócolisis y amniocentesis seriada, y este último método entraña a la extracción de líquido amniótico si hay problemas respiratorios de la embarazada. En algunas personas cabe extraer 800ml de tal líquido sin efectos adversos, es decir, contracciones uterinas, aunque se debe individualizar la cantidad de extracción de líquido para cada paciente ya que en algunos casos con la extracción de 200ml de líquido amniótico o menos pueden provocar los riesgos potenciales de este método que son: el desprendimiento prematuro de placenta y comienzo de trabajo de parto.

MALFORMACIONES FETALES: La incidencia de malformaciones es dos veces mayor en productos gemelares que en feto único y la de gemelos monocigóticos, el doble de la dicigóticos.

Se desconoce la causa del índice de mayores anomalías. Las que son propias de los gemelos incluyen productos unidos a cardíacos y feto dentro del otro feto las anomalías no son privativas de los gemelos sino, según se piensa, su frecuencia aumenta por factores mecánicos como los defectos de posición (como pie zambo o luxación congénita de cadera). Otros defectos incluyen: hidrancia, encefalomalacia, atresia intestinal.

Otras anomalías causadas por teratógenos identificados, como infecciones virales, alcohol, droga, puede haber diferencia entre las respuesta de uno y otro niño.

RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO: El crecimiento fetal disminuye en gemelos, en comparación con el del feto único, y el patrón de tal parámetro es igual que en los productos solos hasta las 30 semanas de la gestación. Sin embargo, después de esa fecha, la rapidez del crecimiento se aparta de la curva correspondiente a productos únicos. El retardo es una complicación común del embarazo gemelar, con una incidencia de 12 a 34%, y la incidencia y el grado de tal complicación aumentan hacia el término.

Pueden afectar a uno o ambos gemelos, las diferencias en el peso neonatal tienden a ser más notables en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos y las diferencias más extremas se advierten en los casos de transfusión intergemelar. Si la placentación es dicoriónica ello descarta el diagnóstico de transfusión intergemelar (excepto en raros casos), y se es monocoriónica a veces es imposible saber con certeza si se trata de restricción del crecimiento intrauterino o de síndrome de transfusión intergemelar.

Si hay insuficiencia cardíaca en uno de los lactantes ello puede orientar a un diagnóstico hacia un síndrome de transfusión intergemelar. Todo ello por ultrasonido.(4)

GESTACION EVANESCENTE: En promedio, 20% de los embarazos múltiples que se diagnóstican por ultrasonido desaparecen espontáneamente en el útero y estas pérdidas se advierten antes de las 14 semanas de gestación por lo común, en estas gestaciones hay salida de sangre por vagina. El problema no tiene tratamiento. No se han observado secuelas adversas para el feto supérstite o su madre.

El estudio histopatológico de los productos de la concepción que pruebe la existencia del gemelo desaparecido no se ha vuelto una técnica común, hasta donde se sabe. (1)

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: Aparece con mayor frecuencia en la gestación múltiple y a menudo ocasiona parto prematuro y nacimiento antes del término. La complicación comentada junto con las anomalías de la presentación y la posición fetal, explica la mayor incidencia de prolapso de cordón en embarazos gemelares. (1)

PARTO PRETERMINO: Un problema constante en la obstetricia moderna es el parto pretérmino muy común en embarazos gemelares. La duración promedio de la gestación disminuye de manera inversa al número de fetos en el útero. La mitad de las gestaciones múltiples culminan con niños de bajo peso, es decir de menos de 2,500kg, en comparación del menos del 10% de los partos de feto único.

En la mayor parte de los casos, el parto pretérmino aparece espontáneamente o es precedido por la ruptura espontánea de las membranas. Esta última complicación tiene una frecuencia del doble en gemelos monocigotos, que en dicigotos. No hay relación entre la placentación y la incidencia de parto pretérmino. (4)

Hall y Carr señalaron que en embarazos de feto único el parto se hace en una edad gestacional mas temprana en caso de los varones, cosa que también ocurren en los embarazos gemelares. Esta preponderancia de los varones se acompaña de actividad uterina pretérmino y rotura espontánea de las membranas.

ORITO: Se trata de una complicación rara pero muy importante en el embarazo gemelar la incidencia de tal complicación monogemelar varia del 0.5 al 6.8%. Es rara la coagulación intravascular diseminada de la madre las complicaciones y la muerte en el feto supérstite tienen un indice grande. Cuarenta y seis porciento de los gemelos sobrevivientes sufrirían graves consecuencias o morirán.(1)

PRESENTACION, POSICION ANOMALAS Y PROLAPSO DE CORDON: En los embarazos gemelares hay una mayor incidencia de posiciones y presentaciones anomalas en comparación con las gestaciones de producto único, por la multiplicidad de las partes fetales y también por el polihidramnios. La mortalidad perinatal aumenta cuando los gemelos están en presentación de nalgas u otra por lo demás anormal. El riesgo de prolapso de cordón umbilical aumentan en gemelos en comparación con productos únicos, y este mayor peligro en consecuencia de incidencia de presentaciones y posiciones anómalas y también de la ruptura prematra de las membranas.(1)

MAYOR MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATALES: La mortalidad perinatal en gemelos es cinco a seis veces mayor que en feto único. Los gemelos monocigóticos tienen una mortalidad perinatal mayor que los dicigóticos y los productos masculinos están expuestos a mayor peligro que los femeninos .

Los gemelos tienen mayor probabilidad de presentar asfixia neonatal que los productos únicos, por el mayor índice de premadurez, presentaciones anormales y partos quirúrgicos en ellos. Además la incidencia de puntuaciones bajas de Apgar es más común en gemelos que en fetos solos. En consecuencia, los segundos gemelos tienen puntuaciones de apgar menores que los primeros, también tienen pronósticos peores que su hermano.

La incidencia de enfermedad de membrana hialina en gemelos es de 8.5% mayor que en la de fetos únicos.

La parálisis cerebral aparece con mayor frecuencia en gemelos que en niños solos y las razones de esta diferencia son partos prematuros, retardo en el crecimiento, traumatismo obstétrico y asfixia al nacer. En los gemelos también hay mayor incidencia de convulsiones. Por último también son más comunes en productos dobles, problemas psicológicos, menores coeficientes de inteligencia, problemas con el razonamiento verbal y el lenguaje, que en niños únicos. (7)

CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS: No es raro advertir problemas psicológicos, en mujeres con embarazos gemelares. Cuando se confirma el diagnóstico de tal tipo de gestación muchas de las mujeres y su esposo se asombran.

Las exigencias físicas y emocionales de criar gemelos pueden ser abrumadoras. Las innumerables complicaciones del embarazo gemelar y también la asistencia de ellas puede ocasionar problemas psicológicos notables para la embarazada, su cónyuge y otros miembros de la familia. En familias con gemelos se ha señalado una mayor incidencia de abuso de niños. (7)

A continuación se resumen en cuadro los riesgos y complicaciones de las gestaciones gemelares:

RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LAS GESTACIONES GEMELARES

-----

- 1.- Anemia
- 2.- Preclamsia
- 3.- Polihidramnios.
- 4.- Malformaciones fetales.
- 5.- Retardo en el crecimiento intrauterino.
- 6.- Gemelo evanescente
- 7.- Ruptura prematura de membranas.
- 8.- Parto pretermnino.
- 9.- Obito fetal de uno de los productos.
- 10.- Presentación ,posiciones anómalas y prolapso del cordón.
- 11.- Mayor mortalidad y morbilidad perinatales.
- 12.-Problemas psicológicos.

## DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO GEMELAR

El reconocimiento en caso de embarazo gemelar es algo que debería hacerse tan pronto como sea posible a fin de tomar las medidas que reduzcan el riesgo de un parto prematuro. Además de esto, el saberlo con tiempo permite una mejor planeación del trabajo del parto y de la atención de los recién nacidos. A pesar de las claras ventajas y oportunidades que ofrece el diagnóstico previo, y no obstante la relativa sencillez de los medios de detección, es frecuente equivocarse el diagnóstico; así del 5 al 50% de los casos permanecen inciertos hasta el momento que las pacientes se encuentran en trabajo de parto. Encontrando así que el 21.2% de los casos de gemelos se diagnostican mientras ocurría el parto y el 41.5% al nacimiento. De ahí la importancia de mencionar brevemente los parámetros clínicos, de laboratorio y gabinete: (5)

SIGNOS Y SINTOMAS: Todas las molestias comunes del embarazo son más problemáticas en el embarazo múltiple. Los efectos del embarazo múltiple sobre la paciente incluyen presión de la pelvis más temprana y más intensa, náuseas, dorsalgias, varicosidades, hemorroides, distensión abdominal, y dificultad para respirar.

A la exploración física encontraremos un útero demasiado voluminoso para el periodo de amenorrea, contorno o peloteo de más de un feto, multiplicidad de pequeñas partes, aumento excesivo de peso de la madre que no depende del edema ni obesidad y otros signos más concluyentes como la palpación de dos cabezas, dos nalgas y un dorso o dos, auscultación de diferentes frecuencias cardíacas fetales, cada una sincrónica con el pulso de la madre y entre sí, variando por lo

menos de 8 a 10 ltidos por minuto. El diagnóstico por exploración física y anamnesis es difícil en el primero y segundo trimestre por lo que es importante auxiliarse de parámetros de laboratorio y gabinete para un mejor diagnóstico. De los estudios de laboratorio que nos auxiliamos son: la cuantificación de hormona gonadotropina coriónica humana, lactógeno placentario, alfafetoproteina en sangre materna, estos se encontrarán más elevados que en un embarazo de feto único, asi como la cuantificación de estradiol y pregnadiol urinario están elevados. También contamos con ultrasonido obstétrico el cual nos confirmar la presencia de dos frecuencias cardíacas diferentes asi como la presencia de dos productos o más, el tipo de placenta, edad gestacional concordante o no de ambos productos. Sin embargo el índice de error para el diagnóstico de embarazo gemelar por ultrasonido es alto en manos de un ultrasonografista que no tiene la capacidad y la experiencia necesaria para el diagnóstico de éste, de manera que los estudios de laboratorio y gabinete deben solo complementar los hallazgos de la exploración física y otro recurso es la radiografía simple de abdomen en la cual nos demuestra la presencia del número de productos asi como la presentación de estos. (6)

## **FRECUENCIA EN LA PRESENTACION DE LOS PRODUCTOS EN EMBARAZO GEMELAR.**

A continuación presentaremos las tasas relativas de frecuencia de los tipos de presentaciones en embarazos gemelares, tal como se destacó en un estudio de 362 partos consecutivos de gemelos las presentaciones pueden agruparse en tres categorías, primero gemelo en posición cefálica (vértice) e igual presentación del segundo; primer gemelo en presentación cefálica y el segundo en presentación diferente; gemelo primero en presentación distinta de la cefálica. Esta clasificación funcional es la base para plan terapéutico en la resolución del embarazo gemelar de la cual hablaremos con mas detalle en el siguiente capítulo. (5)

A continuación mencionaremos la frecuencia de presentación de ambos gemelos:

1.- Los dos de vértice .....	42.5%
2.- 1o de vértice y el 2o pélvico.....	26.0%
3.- 1o pélvico y 2o vértice.....	06.9%
4.- Los dos pélvicos.....	06.1%
5.- 1o de vértice y 2o transverso.....	11.3%
6.- 1o pélvico y el 2o transverso.....	03.0%
7.- Los dos transverso.....	01.4%
8.- Otro tipos de presentaciones.....	02.8%

## TRATAMIENTO

La asistencia obstétrica del embarazo gemelar debe comenzar desde el periodo prenatal. Con el empleo amplio que se hace del ultrasonido ha aumentado en gestaciones gemelares diagnosticadas en el comienzo del embarazo, y ello ha permitido identificar la placentación y vigilar el crecimiento fetal. Cuando una mujer con gestación gemelar acude en trabajo de parto conviene usar el ultrasonido o mínimo la placa simple de abdomen para definir la presentación y el tamaño de los fetos. Por medio del monitoreo del latido cardíaco es necesario valorar el bienestar de los productos, así como valorar las posibles complicaciones maternas como anemia, preeclampsia, polihidramnios, etc., en caso de más de dos fetos se recomienda la cesárea. (2) (3)

La controversia principal en la asistencia obstétrica de la gestación gemelar gira alrededor de la vida planeada del nacimiento, en particular, porque tal consideración es influida por la presentación anómala y la premadurez.

Las ventajas y las desventajas respectivas de los partos y cesáreas han sido comentadas en diversas publicaciones debido, a que en los últimos años hay una tendencia a la resolución del embarazo gemelar por cesárea sin valorar las complicaciones de las que en ocasiones se acompaña. Y por lo que se ha hecho una revisión exhaustiva para la resolución del embarazo gemelar llegando a un acuerdo general respecto a usar la vía vaginal en casos de gemelos ambos cefálicos o bien el primero cefálico y el segundo en posición a la cefálica, con vigilancia doble del latido fetal y preparación apropiada de la sala de partos para una cesárea de emergencia. (2) (3)

Y en caso del primer gemelo en presentación diferente de la de vértice la resolución será por cesarea.

#### **PRESENTACION CEFALICA DE LOS DOS GEMELOS:**

Casi todos los obstétricas aceptan que cuando hay presentación cefálica o de vértice en ambos gemelos el parto pueda hacerse de manera inocua por vía vaginal. Después de nacer el primer gemelo conviene la vigilancia del latido cardiaco durante el parto del segundo producto. También se vigila la actividad uterina y si es necesario se emprende la intensificación de la actividad uterina con oxcitocina. En las siguientes fases del parto la cabeza del segundo gemelo debe penetrar en la pelvis y en ese momento hacerse la amniotomía siguiendo la vigilancia del segundo gemelo hasta que nace. Si antes del nacimiento se advierte sufrimiento fetal del producto o no desciende el segundo gemelo, conviene emprender inmediatamente la cesárea no se recomienda el uso de forceps difícil o la versión podálica interna, para no causar más traumatismo al producto. Los autores recomiendan el parto vaginal aún en los productos de bajo peso (no menos de 2,000gr) ya que han demostrado que el paso del producto por la vagina, no ocasiona compresión de la cabeza ni hemorragia intraventricular. Sin embargo dicha recomendación no ha sido aceptada unánimemente. (2) (3)

**PRIMER GEMELO EN PRESENTACION CEFALICA Y SEGUNDO EN PRESENTACION DIFERENTE DE LA CEFALICA:**

La cesárea ha constituido la forma de resolución más común en esta situación pero estudios recientes, han aportado datos en apoyo de la inocuidad del parto vaginal.

El primer gemelo se extraerá en forma habitual, y el segundo gemelo se extraerá en presentación cefálica realizando la maniobra de la versión cefálica interna o externa, o bien en presentación pélvica si la versión a cefálico falla, algunos autores piensan que el nacimiento vaginal del niño en presentación de nalgas debe ser la forma primaria del parto del segundo producto que no este en presentación cefálica. Si ambos intentos de versión fallan se realizará cesárea inmediatamente. (3)

**VERSION CEFALICA EXTERNA:** Se realiza con una presión suave que guíe el vértice hacia la pélvis materna. Inicialmente se sigue el arco más corto entre la cabeza y el estrecho pélvico superior. Sin embargo, la maniobra puede lograrse en la forma de un giro hacia adelante o hacia atrás. En todos los casos no hay aplicación de demasiada fuerza, y de preferencia con vigilancia constante del estado del feto. Al alcanzar la cabeza el estrecho pélvico superior se hace amniotomía y se intenta el nacimiento. Si hay sufrimiento fetal o si la versión no da buenos resultados se hará la extracción por vía abdominal.

Si el segundo gemelo esta en presentación de nalgas debe cumplir los requisitos para un parto pélvico (pélvis materna adecuada, peso fetal calculado menor de 3,000gr etc).

En un estudio de 93 pares de gemelos en presentación cefálica-nalgas, y 42 cefálico/transversa, el 78% de las primeras y 53% de las segundas terminaron en parto vaginal cuando el peso excede de 1800gr, no se han corroborado casos de muerte neonatal o hemorragia intraventricular y hubo depresión moderada de las puntuaciones de apgar a los 5 minutos, en solo el 5% de los casos. Acker compararon 74 segundos gemelos en presentación diferente de la cefálica que nacieron por cesarea y 76 en la misma presentación que fueron extraídos por via vaginal con pesos mayores de 1800gr a 2000gr, no hubo diferencias considerables en las puntuaciones Apgar a los 5 minutos. En su investigación compararon las 3 formas de parto, es decir cesárea versión externa y extracción de nalgas. Esta ultima técnica produjo los mejores resultados porque no aumento la morbi-mortalidad materna ni neonatal y se acompaño de permanencia más breve de la paciente y de un costo menor al de una cesárea para la institución. (2)

También concluyeron los autores que en niños menores de 1800gr en presentación distinta de la cefálica deben nacer por cesárea, pero los autores recomiendan que como peso limite conservador se escoja de 2000gr, por debajo del cual no conviene el nacimiento de un niño de nalgas. Es importante recordar que el nacimiento por cesárea no impide que pueda haber traumatismo obstétrico. (3)

#### **PRESENTACION DEL PRIMER GEMELO DIFERENTE DE LA CEFALICA:**

Los autores concuerdan con otros colégas en que se necesita recomendar la cesárea en grupos de gemelos en que el primero no esta en presentación de vértice o cefálica. Se recomienda la práctica de

la cesárea porque ninguna serie de la literatura obstetrica actual corrobora que en esta situación convenga el nacimiento vaginal. La presencia del segundo gemelo puede interferir con la flexión de la cabeza del primero durante el descenso. Se necesitan nuevos estudios para saber que el parto vaginal constituye una opción en este grupo de presentaciones gemelares. Si se considera el nacimiento por esa vía cuando el primer gemelo no esta en presentación de vértice, también hay que considerar la posible complicación rara pero desastrosa del " engatillamiento de las cabezas fetales "(2)(3)

#### **INTERVALOS ENTRE EL NACIMIENTO DE LOS GEMELOS:**

Los datos originales permitieron llegar a la conclusión de que el intervalo seguro entre el nacimiento de uno y otro gemelos no debía exceder de 15 minutos o como máximo 30 minutos. Sin duda, el segundo feto puede estar expuesto al peligro de mayor riesgo placentario por desprendimiento prematuro de la placenta u otras causas, pero con el monitoreo electrónico continuo del latido fetal se ha demostrado que no debe imponerse, en aras de la seguridad, algún límite cronológico que constituya una base para la intervención inmediata por cesárea. (3)

### **CONSIDERACIONES EN CUANTO AL TIPO DE ANESTESIA**

El tipo de analgesia o anestesia por escoger para las dos fases de parto en caso de embarazo gemelar pueden complicarse por prematuridad, hipertensión de la madre, manipulación intrauterina y atonía del útero que cause hemorragia después del nacimiento. Las ventajas de la anestesia epidural para la primera y la segunda fase del nacimiento de los gemelos son:

- 1.- Elimina la necesidad de narcótico y sedantes y con ello evita los efectos depresivos y de la respiración en el feto.
- 2.- La anestesia perineal impide el reflejo de "pujar" por parte de la parturienta y permite un nacimiento mejor controlado del bebé en el perineo relajado.
- 3.- Es mucho más fácil la cesárea que es común en gemelos si cuenta con anestesia epidural.
- 4.- Después del parto, la anestesia epidural facilita la exploración del útero al anular adecuadamente el dolor, sin disminuir la contractilidad uterina.

Sea cual sea la analgesia escogida para el trabajo de parto, es importante en la vía vaginal contar con una persona competente para aplicar la anestesia general, en caso de que se necesite la relajación uterina. (3)

## J U S T I F I C A C I O N

*Las ventajas y desventajas de los partos y cesáreas en la resolución del embarazo gemelar han sido comentadas en diversas publicaciones pero no se habian establecido claramente las indicaciones y contraindicaciones para utilizar una vía específica en la resolución del embarazo gemelar.*

*Actualmente y después de varios estudios al respecto se habla de un porcentaje relativamente alto de gestaciones de gemelos, que se pueden resolver por parto y en el menor de los casos por cesárea con un buen pronóstico para el binomio.*

*Por lo que en el presente estudio, pretendo demostrar la incidencia de cesáreas y partos en la resolución obstétrica del embarazo gemelar del Hospital lo. de Octubre (1991-1993), ya que en ocasiones creo que se abusa de la resolución del embarazo por vía abdominal. Sabiendo de los riesgos quirúrgicos, del aumento de la morbi-mortalidad materna, disminución del futuro obstétrico en la madre y el incremento costo-día hospital para la institución.*

*Finalmente con este trabajo motivar al personal médico a la valoración adecuada de cada paciente tratando de disminuir la incidencia de tanta cesárea y aumentar la del parto cuando este último este indicado y no existan otras complicaciones obstétricas que contraindique a éste, y así estaremos logrando las metas antes citadas.*

## M A T E R I A L   Y   M E T O D O S

Para realizar el presente trabajo se revisaron las libretas de (registro diario de procedimientos de la toco quirúrgica del Hospital lo. de Octubre del periodo comprendido de 1991 a 1993, capturando todas aquellas pacientes con embarazo gemelar de 30 a 40 semanas de gestación. Con o sin complicaciones del embarazo. Posteriormente se obtuvieron los expedientes de las pacientes registradas en la hoja de recolección de datos con embarazo gemelar, que cubrieran los datos que a continuación se mencionan:

- 1.- Nombre.
- 2.- Edad.
- 3.- Multigesta o primigesta.
- 4.- Edad gestacional.
- 5.- Presentación de los productos gemelo I , gemelo II.
- 6.- Rx de abdomen o USG obstétrico.
- 7.- Complicaciones durante el embarazo.
- 8.- Vía de resolución del embarazo.
- 9.- APGAR del gemelo I y gemelo II.

Finalmente los datos obtenidos fueron procesados matemáticamente y se determinaron frecuencias y porcentajes de la incidencia de embarazo gemelar, el número de partos con respecto a cesáreas, la frecuencia de presentación de los productos, etc., los cuales se representaron en gráficas y tablas.

## **RESULTADOS**

En esta se muestra el número total de embarazos por año, así como el porcentaje, índice e incidencia del embarazo gemelar por año, encontrando que en 1991 se presentaron 3,700 embarazos, el 5% de estos correspondieron a embarazos gemelares con una incidencia de 1 por cada 200 embarazos y un índice de 5. En 1992 se presentaron 3,200 embarazos, observando una disminución del número de estos, pero con un aumento del porcentaje de embarazo gemelar, encontrando un 0.73% con un índice de 7 y una incidencia de 1 por cada 142 embarazos. En 1993 aumenta el número de embarazos pero se mantiene la incidencia de embarazo gemelar de 1 por cada 142 embarazos, con una frecuencia de 0.68% y un índice de 7. Como se muestra en la Tabla 1.

En esta se muestra el número total de embarazos gemelares correspondientes a los años de 1991 a 1993, el número de gestaciones gemelares que se presentó en el año de 1993 fué de 26 casos en total, y el menor número se presentó en 1991 con un total de 22 casos. Tal como se aprecia en la Tabla 2.

Esta nos muestra la relación que guardan los productos mayores y menores de 2,000 gr., que como ya se comentó, los gemelos de mas de 2,000 gr. tienen posibilidades de nacer por parto sin ningún riesgo, más sin embargo observamos en la tabla que el 75% de los productos de mas de 2 Kg. nacieron por cesárea. Como se muestra en la Tabla 3.

*Esta nos muestra que el porcentaje de la totalidad de embarazos gemelares, el 59% fueron multigestas y un 41% primigestas. Mostrando que en el embarazo gemelar es mas frecuente en pacientes multigestas. Como se esquematiza en la Figura 1.*

*En esta observamos la incidencia de embarazo gemelar por grupos de edad, observando la mayor incidencia en el grupo de 28-38 años de edad. Como se puede observar en la Figura 2.*

*En esta gráfica se nos muestra la forma en que se resolvieron los embarazos gemelares, encontrando que la mayor frecuencia de resolución fué por cesárea con un 78%, en segundo lugar por parto con una frecuencia de 18% y finalmente la resolución mixta con un 4%. Tal como se aprecia en la Figura 3.*

*En esta nos representa la frecuencia de presentación en nuestra muestra encontrando: que la mayor incidencia de presentación es la C (primero diferente de cefálico) con un 38.8% y la menor fué de A (ambos cefálicos) con un 23.6%. Como se observa en la Figura 4.*

*Esta nos muestra que de la totalidad de gemelos mayores de 2 Kg. y no más de 3 Kg., el 83.6% se resolvió por cesárea y el 16.3 por parto. Tal como se aprecia en la Figura 5.*

En esta observamos que de los embarazos gemelares solo el 50% se les corroboró la presentación con USG (31%), Rx de abdomen (19%) y el otro 50% no se corroboró la presentación. Como se puede ver en la Figura 6.

En esta gráfica nos presenta la forma de resolución del embarazo gemelar en base a su presentación; observando que de 17 embarazos gemelares que ambos eran cefálicos al 76% se les practicó cesárea y a un 24% parto. Y de 21 gemelos en el que el primero era cefálico y el segundo diferente de cefálico al 80% se le operó y solo el 20% fué parto y el tercer grupo en donde el 98% se operó y solo el 2% fué parto. Como se aprecia en la Figura 7.

En esta gráfica observamos en forma comparativa el Apgar de ambos productos, tanto los resueltos por parto como los de cesárea. En ambos grupos el Apgar fué semejante tanto como para el primer gemelo como para el segundo gemelo. Como se muestra en la Figura 8.

**INCIDENCIA Y PORCENTAJE DE EMBARAZO GEMELAR POR AÑO  
EN EL HOSPITAL 1o. DE OCTUBRE.**

A Ñ O	No. TOTAL DE EMBARAZOS POR AÑO	PORCENTAJE DE EMBARAZO GEMELAR ( % )	INDICE	INCIDENCIA
1991	3,700	0.5	5	1:200
1992	3,300	0.73	7	1:142
1993	3,825	0.68	7	1:142

**T A B L A 1**

**NUMERO TOTAL DE EMBARAZOS GEMELARES POR AÑO EN EL  
HOSPITAL 1o. DE OCTUBRE.**

<b>AÑO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>
1991	22
1992	24
1993	26
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>

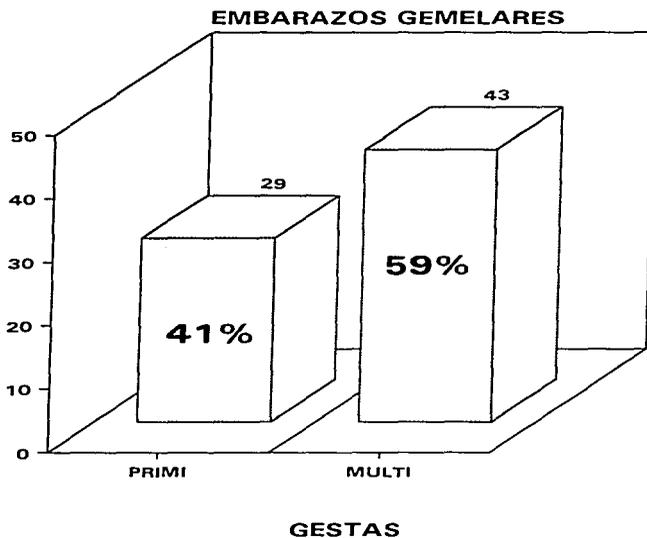
**T A B L A 2**

**FRECUENCIA DE LOS PESOS REPORTADOS DE LOS PRODUCTOS POR PARTO Y CESAREA.**

PESOS DE LOS GEMELOS	CESAREA		PARTO	
	1er. GEMELO	2o. GEMELO	1er. GEMELO	2o. GEMELO
MENORES DE 2,000 gr.	15 %	15 %	23 %	19 %
MAYORES DE 2,000 gr. HASTA 3,000 gr.	35 %	35 %	35 %	23 %
% TOTAL	50 %	50 %	58 %	42 %

**T A B L A 3**

**FRECUENCIA DE PACIENTES MULTIGESTAS Y PRIMIGESTAS  
EN EL EMBARAZO GEMELAR EN EL H.R. 1o. DE OCTUBRE**



**FIGURA 1**

## DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES DEL EMBARAZO GEMELAR EN EL H.R. 1o. DE OCT.

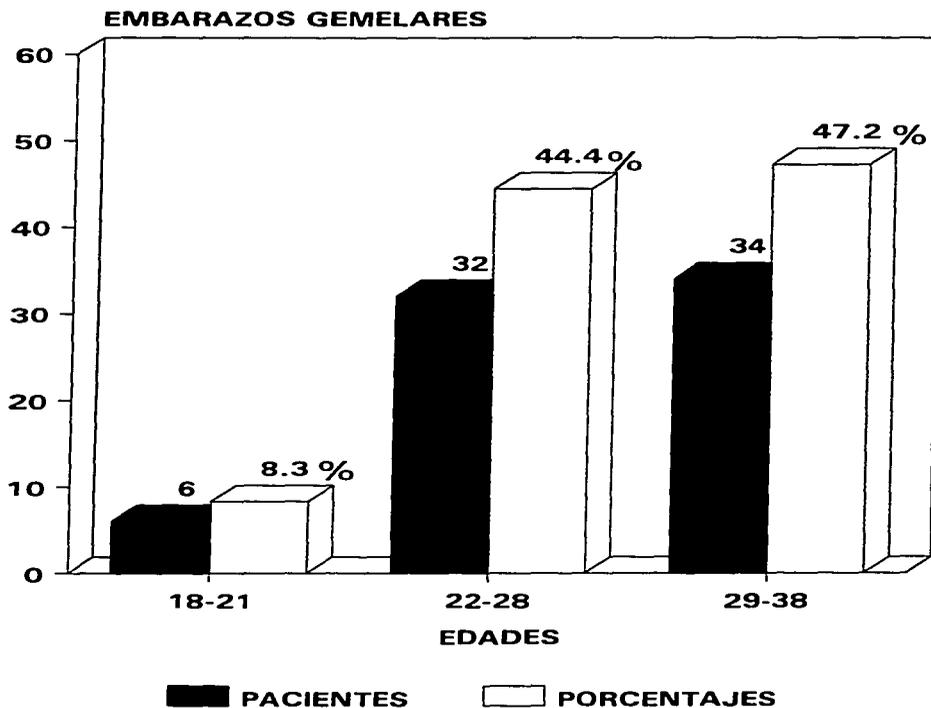
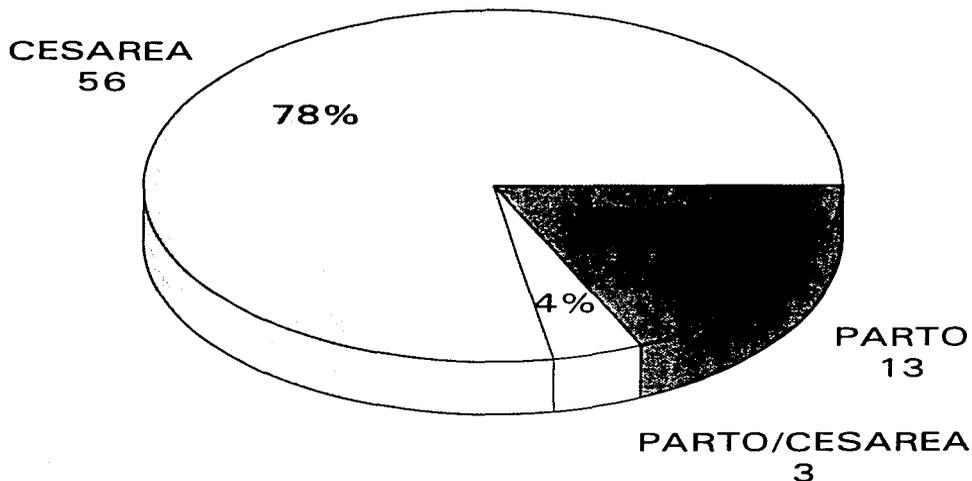


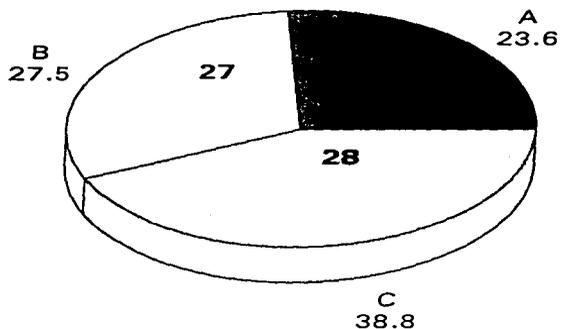
FIGURA 2

**FRECUENCIA DE PARTOS Y CESAREAS  
REALIZADAS EN LA RESOLUCION  
OBSTETRICA DEL EMBARAZO GEMELAR  
EN EL HOSPITAL 1o. DE OCTUBRE (91-93)**



**FIGURA 3**

## FRECUENCIA DE PRESENTACION EN EL EMBARAZO GEMELAR DEL H.R. 1o. DE OCT.



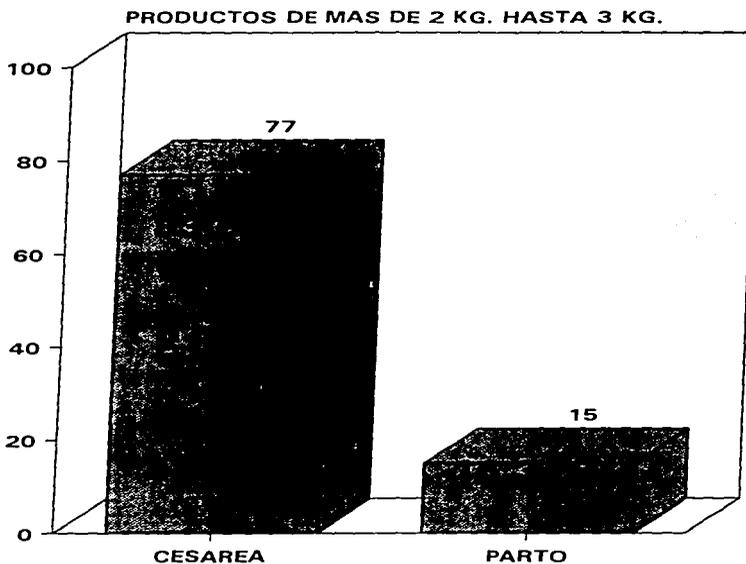
**FIGURA 4**

**A.- AMBOS CEFALICOS**

**B.- 1o CEFALICO, 2o DIFERENTE DE CEFALICO**

**C.- 1o DIFERENTE DE CEFALICO**

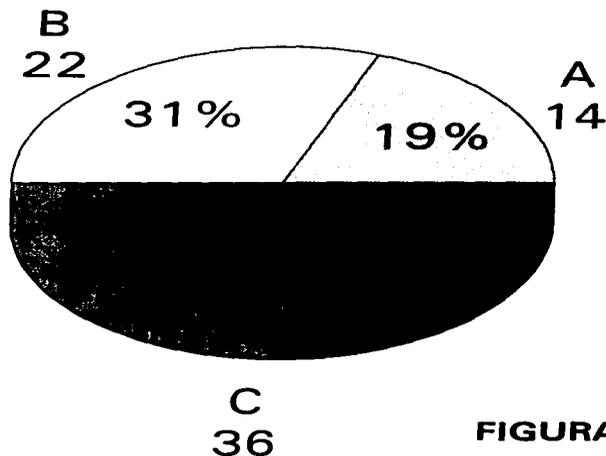
**PORCENTAJE DE CESAREAS REALIZADAS  
EN PRODUCTOS CON PESO MAYOR DE 2 Kg.  
EN EL HOSPITAL 1o. DE OCTUBRE**



**FIGURA 5**

**RESOLUCION OBSTETRICA DEL  
EMBARAZO GEMELAR**

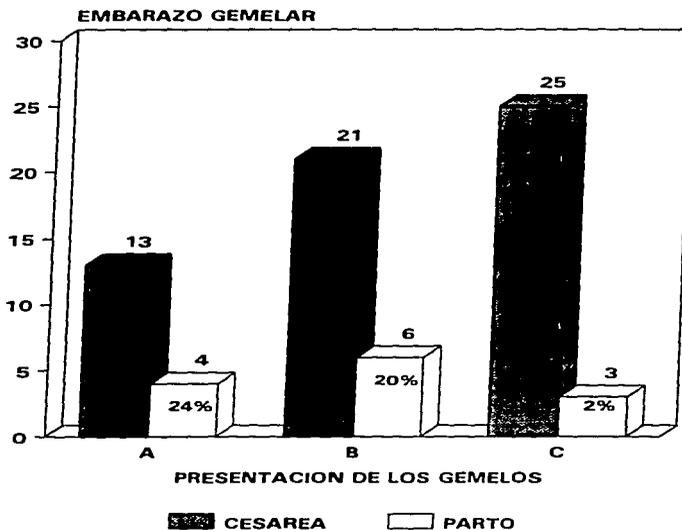
**MEDIOS DIAGNOSTICOS PARA VALORAR  
LA PRESENTACION ANTES DE LA RESOLUCION  
OBSTETRICA EN EL HOSPITAL 1o. DE OCTUBRE**



**FIGURA 6**

**A = PLACA SIMPLE DE ABDOMEN**  
**B = U.S.G. OBSTETRICO**  
**C = SIN ESTUDIO REALIZADO**

# PORCENTAJE DE CESAREAS NO INDICADAS EN CUANTO A LA PRESENTACION DE AMBOS GEMELOS EN EL H.R. 1o. DE OCT.



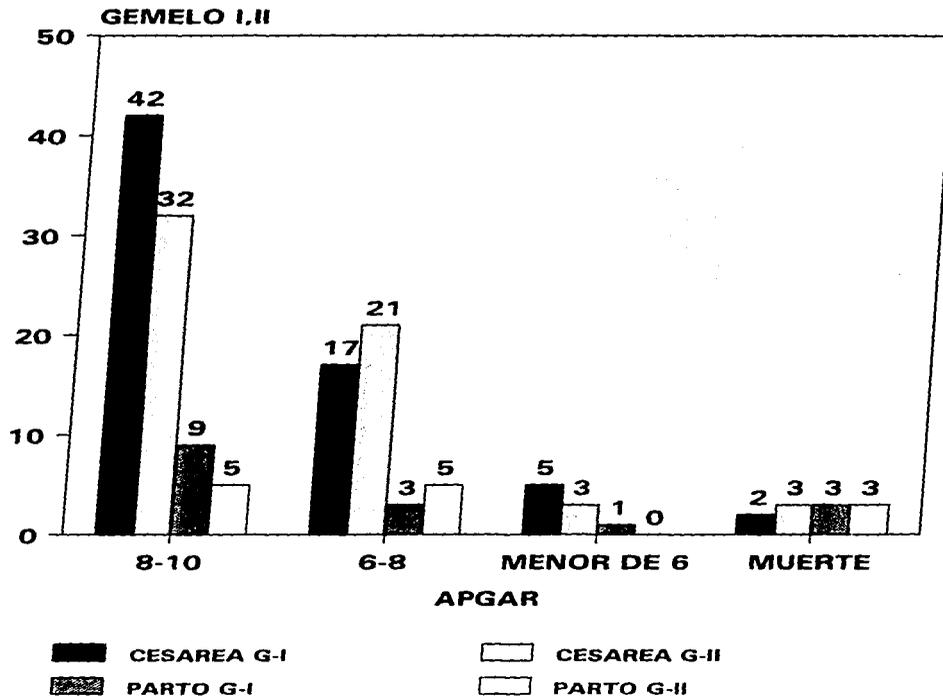
**A = AMBOS CEFALICOS**

**B = 1o. CEFALICO, 2o. DIFERENTE DE CEFALICO**

**C = 1o. DIFERENTE DE CEFALICO**

**FIGURA 7**

## COMPARACION DEL APGAR DEL GEMELO I Y II EN EL PARTO Y CESAREA DEL H.R. 1o. DE OCT.



**FIGURA 8**

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

En los resultados obtenidos observamos una incidencia de embarazo gemelar de 1 por cada 160 embarazos lo cual es similar al promedio de otros países sin ser en nuestro estudio de los de mayor incidencia. En el Hospital lo. de Octubre encontramos una frecuencia de embarazo gemelar por año de 24 pacientes. (7) De los 72 embarazos gemelares estudiados, un 41% correspondieron a primigestas y un 59% a multigestas, lo cual es compatible con lo referido en la literatura. (4) La distribución de embarazos gemelares por grupo de edad fué mayor en el comprendido de 29 a 38 años de edad, correspondiendo a un 47.2% y un segundo grupo de 22 a 28 años de edad en el que representa un 44.4%, a diferencia de lo referido en la literatura que nos habla de un porcentaje mayor comprendido entre los 35 y 39 años de edad. (1)

La resolución del embarazo gemelar es por cesárea en un 78%; por vía vaginal en un 18% y por ambas vías en un 4%. Parece existir un incremento en la frecuencia de cesáreas, por no estar aún unificados los criterios clínicos de evaluación, pero cada día se van dando pautas mas firmes. (4) En base a la presentación del embarazo gemelar se obtuvo un primer grupo (ambos cefálicos) que representó un 23.6%, un segundo grupo (1o. cefálico, 2o. diferente de cefálico) con un 37.5% y un tercer grupo (el 1o. no cefálico) con un 38.8% de los cuales los dos primeros grupos según reporta la literatura la vía de resolución es el parto y solo el 9% de estos se llevo a cabo. (2) (3) En base al de los productos de 2-3 Kg. no existe una base obstétrica que

contraindique el parto vaginal, no así en los productos de peso menor de 2 Kg. en donde deberá tomarse en cuenta otros parámetros que impliquen riesgo de trauma obstétrico. (10)

En los estudios de gabinete que se realizaron para corroborar la presentación (Rx de abdomen y/o USG) en nuestro grupo solo el 50% de nuestros pacientes se les realizó, el otro 50% la valoración solo fué clínica quizás por las condiciones en que ingresó la paciente que pudieron haber influido para tomar esta conducta. Los gemelos obtenidos por parto o cesárea, no se les encontró una diferencia significativa en sus Apgar.

## CONCLUSIONES

- 1.- Pudimos corroborar que la frecuencia de cesárea en el Hospital lo. de Octubre para la resolución del embarazo gemelar es muy alta, presentando una frecuencia del 78%.
- 2.- Los criterios clínicos que se tomaron para decidir la vía de resolución del embarazo gemelar no fueron los adecuados.
- 3.- Se concluyó que la valoración de la paciente antes de tomar una conducta es primordial y esta incluye una radiografía simple de abdomen o USG obstétrico para valorar la presentación y en base a esta tomar una conducta.
- 4.- Si tomamos en cuenta que 2 de las presentaciones encontradas en nuestro estudio se pueden resolver por parto y estas nos representan el 61% de las cuales solo un 9% se resolvió por vía vaginal, por lo que puedo concluir que este es otro de los criterios que no fué valorado adecuadamente para decidir la vía de resolución más adecuada.
- 5.- Encontramos que la incidencia del embarazo gemelar es semejante a la que se reporta en la literatura.
- 6.- Las valoraciones APGAR que se le dieron a los productos obtenidos por cesárea y a los obtenidos por parto fueron similares, tanto para el primero como el segundo producto, lo que nos concluye que este no es un criterio para decidir la vía de resolución ya que la que se elija no interfiere con la valoración APGAR para el producto.
- 7.- Podemos aseverar con base en nuestros resultados que la gran mayoría de los embarazos gemelares, mas del 50% de estos la vía de resolución debe ser por vía vaginal (parto), con buen pronóstico para el binomio. Si no existe alguna otra contraindicación obstétrica.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- ROY M. PIKIN, M.D.: DATOS ESTADISTICOS Y DIAGNOSTICOS DELA GESTACION GEMELAR. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. 1990; VOL. (1): 3-10.
- 2.- ROY M. PIKIN, M.D.: ASISTENCIA OBSTETRICA DE LA GESTACION GEMELAR; CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. 1990; VOL. (1): 53-62.
- 3.- JOSEPH R. HAGEMAM: ASISTENCIA INTRAPARTO DE LA GESTACION GEMELAR. CLINICAS PERINATOLOGICAS DE NORTEAMERICA. 1989; VOL. (4) DIC.: 981-992.
- 4.- EDWARD J. QUILLIGAN Y COL.: EMBARAZO MULTIPLE; BIBLIOTECA INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA OPERATORIA. 1990; VOL. (3): 793-807.
- 5.- STEWART TAYLOR: GESTACION MULTIPLE; OBSTETRICIA BECK. 1979; 3a. edición: 310-323.
- 6.- LEBLRE IFFY Y COL.: PARTO DE GEMELARES; PERINATOLOGIA OPERATORIA. 1990; 4a. edición: 642-654.
- 7.- RALPH C. BENSON: EMBARAZO MULTIPLE; DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOBETRICOS. 1989; 3ra. EDICION: 755-764.
- 8.- JACK A. PRITCHARD M.D. Y COL.: EMBARAZO CON FETOS MULTIPLES; WILLIAMS OBSTETRICIA. 1987; 3ra. EDICION: 489-505.
- 9.- GREIG PC. ET. AL.: THE EFFECT.- OF PRESENTATION AND MODE OF DELIVERY ON NEONATAL OCTUCOME IN THE SECOND TWIN. Am t OBST GYNECOL 1992 OCT.; (167) (4):901-6.

- 10.- OLETTINGER M et al; CESAREAN SECTION NECESSARY FOR DELIVERY OF BREECH FIRST TWIN. GINECOL ONCOL. 1993;J 150 (1):119-123
- 11.- OCONNOR RA et al CESAREAN SECTION NECE FOR THE BIRTH OF THE SECOND TWIN. BR J OBSTET GYNECOL. 1990 OCT.; 97(10): 964.
- 12.- LAUBE DW; MULTIPLE PREGNANCY OPERATIVE, DELIVERY, ANESTHESIA AND ANALGESIA; CURR OPIN OBSTET GYNECOL 1990 FEB.; 2(1): 40-4.
- 13.- OGUNNIYI SO et al; RETAINED SECOND TWIN. MAGNAGEMENT AND OUTCOME IN 108 CASES 1990 OCT.; 20(4): 178.
- 14.- JOHANNES M JONES; ANTEPARTUM MANAGEMENT OF TWIN GESTACION CLINICAL OBSTTETRICS AND GYNECOLOGY. 1990 MARCH; VOL. 33 (1): 138-147.