

11217 10
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

**EMBARAZO GEMELAR
¿ALTO RIESGO?**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. JORGE IVAN CEBALLOS MENDOZA

TUTOR DE TESIS: DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ
JEFE DEL SERVICIO: DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY

DIRECCION DE...

HGM
ORGANISMO
DESCENTRALIZADO

MEXICO, D. F.

0226706

1999.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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).

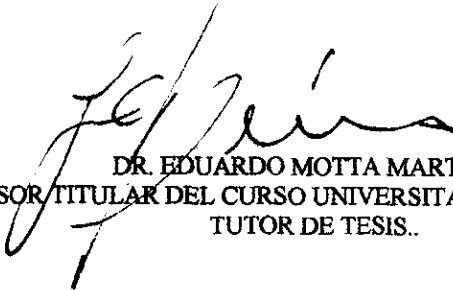
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
SECRETARIA DE SALUD.
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. ARMANDO VALLE GAY.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. EDUARDO MOTTA MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO.
TUTOR DE TESIS..

1.-DEDICATORIA.

A Dios por su creación, por darnos la oportunidad. Señor que mis manos sean una herramienta para que se haga tu voluntad.

A mi esposa linda que gesta en su vientre mi mayor felicidad y esperanza.
TE AMO.

A mi hijo(a) para que el camino para llegar a esta vida sea suave y bajo la Bendición de Dios. Te espero ansioso.

A mis padres por darme la vida y la formación que me acompañara siempre.

A los Dres Secchi, Serrano, Villegas, mis mejores amigos y hermanos de la residencia. Les deseo lo mejor en su vida.

Al Dr Eduardo Motta Martínez por su paciencia, ejemplo y dedicación .Gracias por ser una guía en el camino.

Al Dr Guillermo Oropeza Rechy por hacer de mi una persona responsable y estricta.

A todos los médicos de esta unidad por su enseñanza, consejos y regaños.

A todos mis compañeros residentes, a quienes les deseo éxito.

A las pacientes del hospital general por ser el mejor libro.

2.-RESUMEN.

Mundialmente la incidencia del embarazo gemelar se ha incrementado. Las complicaciones que le acompañan , el grupo de pacientes en el cual se presenta con mayor frecuencia (multigestas añosas) y el alto índice de complicaciones neonatales hace que se encuentre dentro del apartado de embarazo de alto riesgo.

Se reporta una incidencia de hasta 1 en 20 embarazos simples, por lo que el propósito de este estudio es conocer el comportamiento del embarazo gemelar en la población que es atendida en el Hospital General De México.

Se estudiaron 168 expedientes, los cuales corresponden al total de pacientes atendidas ya sea por parto o cesarea y con embarazo gemelar en el periodo comprendido entre el 1 de Enero 93 al 31 de Diciembre de 1998.

Se encontró que de cada 321 pacientes con embarazo simple 1 presenta un embarazo gemelar, el grupo de edad promedio en el que se presenta el embarazo gemelar es a los 26 años , en las secundigestas. El peso promedio para ambos productos en promedio se encontró por arriba de los 2100 grs, con calificación de Apgar satisfactoria en la mayoría de los casos. Con una incidencia de complicaciones tanto maternas como fetales escasa.

La edad gestacional promedio por fecha de última menstruación en que termino la mayoría de los embarazos fue a las 37 semanas, al igual que la edad gestacional determinada por el pediatra en base a la escala de Capurro.

El embarazo gemelar se considera de alto riesgo relativo por todo lo anteriormente mencionado.

3. INTRODUCCIÓN

3.1) FRECUENCIA.

El embarazo gemelar es uno de los capítulos de la obstetricia mas estudiados, actualmente se ha observado un aumento en la incidencia, el año de 1993 es el primero en la historia de los Estados Unidos de Norteamérica en el cual los nacimientos múltiples excedieron la cifra de 100000, ⁽¹⁾ específicamente hubo más de 96000 nacimientos de gemelos vivos, y los nacimientos con mayor número de niños incluyeron 3834 trillizos, 277 cuatrillizos, y 57 quintillizos.

La introducción de los agentes inductores de la ovulación a fines de la década de los 60's y de las tecnologías de reproducción asistida en los 70's ha dado como resultado que la cantidad de nacimientos múltiples aumentara mas rápido que la de los nacimientos simples. ^(2,3)

Powers y Kiely (1994) usaron certificados Estadounidenses de nacimiento/defunción infantil, vinculados con 7.4 millones de nacimientos simples y 156690 nacimientos de gemelos para medir el impacto de los gemelos sobre la morbimortalidad infantil nacional. Aunque los gemelos relativamente infrecuentes -aproximadamente 1 de cada 94 embarazos - fueron responsables de una cantidad desproporcionadamente grande de resultados adversos sobre el embarazo, fundamentalmente como consecuencia del parto pretérmino. ⁽⁴⁾

En el Parkland Hospital los gemelos representan sólo 1 de cada 44 nacimientos y sin embargo son responsables de 1 de cada 8 decesos perinatales. La mayor parte de la morbimortalidad perinatal atribuible a nacimientos múltiples es secundaria a parto pretérmino. ⁽⁵⁾

En las gestaciones múltiples los fetos son vulnerables a una variedad de complicaciones únicas en su género, como el síndrome de transfusión entre gemelos, de manera que las tasas de mortalidad se incrementan apreciablemente. ^(6,7)

En las gestaciones múltiples se incrementa la incidencia de complicaciones maternas, tales como la hiperemesis gravídica, la hipertensión inducida por el embarazo, así como el parto por cesarea. ^(8,9)

3.2) ETIOLOGIA.

Los fetos gemelos suelen ser resultado de la fertilización de dos óvulos separados, es decir, gemelos bicigóticos. Aproximadamente uno de cada tres gemelos se origina en un único óvulo fertilizado que, a posteriori se divide en dos estructuras similares, cada una de las cuales tiene el potencial de desarrollar un individuo separado, es decir, gemelos monocigóticos.

La frecuencia de gemelos monocigóticos es relativamente constante en todo el mundo - alrededor de un par por cada 250 nacimientos - y es prácticamente independiente de la raza, la herencia, la edad y la paridad. ⁽¹⁰⁾

La incidencia de gemelos bicigóticos es marcadamente influida por la raza, la herencia, la edad materna, la cantidad de partos y, especialmente por las drogas para la fertilización. ⁽¹⁰⁾

Koi y colaboradores (1993) emplearon ecografía transvaginal para identificar sacos gestacionales múltiples a las 5 a 6 semanas en 81 mujeres y luego usaron exámenes ecográficos seriados para determinar la historia natural de las gestaciones gemelares. Se identificaron sacos gestacionales vacíos en 21 mujeres la mayoría de las cuales (70 %) dieron a luz posteriormente a niños normales únicos.

Algunas "amenazas de aborto" han terminado en el aborto real de un embrión de una gestación gemelar no reconocida. La muerte fetal ocurrida en una fase tan tardía como al final del primer trimestre puede ser seguida de reabsorción completa del feto. En otros casos puede permanecer intrauterino sin afectar al otro producto, convirtiéndose en un feto papiraceo. ^(11,12)

3.3) FACTORES ASOCIADOS.

La frecuencia de nacimientos múltiples varía de manera significativa entre las diferentes razas y grupos étnicos, en 1970 Myrianthopoulos identificó el nacimiento de 1 de cada 100 embarazos entre mujeres blancas, en comparación con 1 de cada 80 embarazos en mujeres negras. ⁽¹³⁾

En algunas zonas de África la frecuencia de gemelos es muy alta; Knos y Morley, en una encuesta realizada en una comunidad rural de Nigeria, hallaron que los gemelos se encontraban en uno de cada 20 partos. ⁽¹⁴⁾

La herencia también se asocia como determinante de la gemelaridad, el genotipo materno es mucho más importante que el genotipo paterno, White y Wyshak, en un estudio de 4000 registros de la sociedad general de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, encontraron que las mujeres que eran bicigóticas daban a luz gemelos en una proporción de 1 par por cada 58 nacimientos. Las mujeres que no eran gemelas pero cuyos maridos eran gemelos bicigóticos daban a luz gemelos en una proporción de uno por cada 116 embarazos. ⁽¹⁵⁾

Los efectos positivos del aumento de la edad materna y la paridad sobre la incidencia de la gemelaridad fueron bien demostrados desde 1950 por Waterhouse. Para cualquier aumento de la edad a partir de los 40 años, o una paridad por encima de 7, la frecuencia de gemelos aumenta. ⁽¹⁶⁾

Los niveles de hormona foliculoestimulante endógena también pueden estar involucrados en la asociación de la gemelaridad con la edad materna, el primer signo de envejecimiento reproductivo es el aumento aislado en suero de la hormona foliculoestimulante, el cual se asocia con la pérdida acelerada de los folículos ováricos primarios que comienza cuando la mujer cumple aproximadamente 38 años. ⁽¹⁷⁾

El embarazo gemelar bicigótico es más frecuente en las mujeres altas y delgadas que en las mujeres de estatura baja, estos puede estar más relacionado con la nutrición que con el tamaño del cuerpo solamente. ⁽¹⁸⁾

Se ha descrito una mayor proporción de gemelos bicigóticos en mujeres que concibieron dentro del mes posterior a la suspensión de los anticonceptivos orales, pero no durante los meses posteriores. Esto se explica por el incremento en la liberación de gonadotrofinas hipofisarias, que siguen a la suspensión del método anticonceptivo.⁽¹⁹⁾

3.4) COMPLICACIONES.

El aborto es más probable en los embarazos múltiples, se ha identificado tres veces más gemelos entre los embarazos abortados.

Los gemelos monocoriónicos sobrepasan ampliamente en número a los bicoriónicos en una proporción de 18 a 1.^(20,21)

La incidencia de malformaciones congénitas es apreciablemente mayor en los embarazos gemelares, que en los embarazos simples. Rodis y col. revisaron las anomalías cromosómicas en embarazos gemelares, observando un incremento en la incidencia de aneuploidia.

El polihidramnios en el embarazo gemelar se ha observado en 9 de cada 10 productos con malformaciones, ya sea menores o mayores.^(22,23,24)

El retardo del crecimiento fetal y el parto pretérmino son causas etiológicas importantes de la mayor incidencia de bajo peso al nacer en las gestaciones múltiples. El retardo del crecimiento de los fetos gemelares parece deberse fundamentalmente a una disminución de la nutrición durante el tercer trimestre, es en este momento cuando el peso combinado de los gemelos alcanza los 4000 a 5000 gr, que generalmente es el peso máximo en productos únicos.^(5, 25)

Lantz y col. encontraron que la disminución del peso al nacer en gemelos se observaba solamente en mujeres de bajo peso con poco aumento durante el embarazo. Así mismo el retardo en el crecimiento fetal en gemelos se intensifica a medida que avanza el tercer trimestre, de manera que a las 38 semanas o más la incidencia de retardo del desarrollo se cuadruplica hasta incluir casi la mitad de los nacimientos gemelares.⁽²⁶⁾

En estudios de las respuestas metabólicas maternas a la alimentación y el ayuno nocturno prolongado han aportado otro ejemplo de que la sustentación materna es afectada por la cantidad de fetos. Las mujeres con gemelos fueron más vulnerables a la cetosis por inanición después del ayuno que las mujeres con embarazos simples. Este hallazgo sugiere que se deriven más recursos metabólicos maternos hacia los fetos gemelos. ⁽²⁷⁾

Maier y col. midieron las concentraciones venosas umbilicales de eritropoyetina en 100 gemelos y observaron que la eritropoyetina aumentaba con la edad gestacional en los gemelos pero no en los fetos únicos. Este hallazgo fue interpretado como sugestivo de que la perfusión placentaria, la función de la placenta o ambas cosas disminuyen con el avance de la edad gestacional en los gemelos. ⁽²⁸⁾

A medida que aumenta la cantidad de fetos disminuye la duración de la gestación. Aproximadamente el 50 % de los gemelos nacen a las 36 semanas o menos, en tanto que los embarazos triples o las gestaciones con mayor número de fetos el parto tiene lugar antes de las 32 semanas. La edad promedio en el momento del parto de gemelos es de alrededor de las 36 semanas. ^(29,30,31)

El parto pretérmino es la principal razón del aumento en la morbilidad neonatal en los gemelos, comparando los resultados de gemelos pretérmino con productos únicos pretérmino, no se observó una diferencia significativa entre la presentación de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular o enterocolitis necrosante. Por consiguiente, el problema neonatal primario de la gestación gemelar no es el aumento de la vulnerabilidad a la morbilidad de la prematuridad sino simplemente una mayor frecuencia de partos pretérmino. ^(32,33)

Por otra parte se encuentra el embarazo prolongado, desde 1969 Dunn sugirió que un embarazo gemelar de 40 semanas de gestación deberá ser considerado prolongado. Mas recientemente Kiely en 1990 comunicó que los gemelos nacidos a las 40 semanas o mas, pesaban realmente menos que los nacidos a las 38 o 39 semanas. Luke en 1993 y Minakami en 1996 llegaron a la conclusión de que los gemelos eran de postérmino después de las 38 semanas, debido a que la incidencia de retardo del crecimiento fetal y de morbilidad asociada aumentaban de manera significativa en gemelos dados a luz entre las 39 y las 41 semanas. ^(5,3)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la estadística mundial se ha observado un incremento en la incidencia del embarazo gemelar, secundario a las técnicas artificiales de reproducción. También se reporta una alta incidencia de complicaciones, tanto maternas como fetales por lo que se le ha definido como embarazo de alto riesgo.

El propósito de este estudio es conocer como se comporta el embarazo gemelar, su incidencia en la población que asiste al Hospital General de México, su distribución por edades, paridad, sus principales complicaciones y la frecuencia en que estas se presentan. Valorando la condición neonatal al nacimiento mediante la escala de Apgar y el peso de los productos, como factores probablemente pronosticos. Todo esto con la finalidad de definir si el embarazo gemelar debe ser considerado de alto, mediano o bajo riesgo.

5. JUSTIFICACIÓN.

El Hospital General de México es una institución que proporciona atención a población abierta, lo cual repercute en una gran demanda de la paciente obstétrica. Recientemente la unidad de Ginecología y Obstetricia de esta institución fue reconstruida, con la finalidad de convertirla en un tercer nivel de atención, en el cual se atiende únicamente embarazos de alto riesgo. La población que es atendida en esta unidad al ser una población abierta lo convierte en un grupo diferente al reportado en la estadística mundial. Pertenece a una población de bajos recursos, en las cuales, las técnicas artificiales para el tratamiento de la infertilidad no son muy utilizadas por lo que el propósito de este estudio es conocer y comparar el comportamiento del embarazo gemelar y compararlo con lo reportado en la estadística mundial.

Al momento de la realización de este estudio no se cuenta con datos actualizados con respecto al embarazo gemelar, el cual ocupa un capítulo muy importante dentro del embarazo de alto riesgo, por lo tanto es importante conocer el comportamiento de dicho apartado para valorar la magnitud de su repercusión en la población que atiende el Hospital General de México.

6. OBJETIVOS.

6.1 OBJETIVOS PRINCIPALES.

6.1.A) Determinar la edad gestacional promedio en que finaliza el embarazo gemelar.

6.1.B) Valorar la condición fetal al nacimiento en base a la calificación otorgada por el Médico Pediatra por la escala de Apgar.

6.1.C) Conocer el peso promedio de ambos productos tomándolo como parámetro pronóstico de la viabilidad neonatal.

6.1.D) Determinar cuales son las principales complicaciones asociadas al embarazo gemelar.

6.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS.

6.2.A) Conocer la frecuencia en la cual se presentan pacientes con embarazo gemelar.

6.2.B) Conocer el promedio de edad materna en la cual se presenta con mayor frecuencia el embarazo gemelar.

6.2.C) Determinar en base al número de gestaciones de la paciente embarazada en que grupo es más frecuente el embarazo gemelar.

6.2.D) Identificar cuantas pacientes fueron atendidas por parto y cuantas por cesarea.

6.2.E) Identificar el tipo de placentación más frecuente en las pacientes estudiadas.

7. METODOLOGÍA.

Mediante un estudio retrospectivo, transversal, observacional y analítico se estudiaron los expedientes de todas las pacientes que acudieron a solicitar atención médica, ya sea por la consulta externa o urgencias, y fueron atendidas por parto o cesarea en el periodo comprendido entre el 1 enero de 1992 al 31 de Diciembre de 1998, registrándose en una hoja de recolección de datos.

(Ver anexo 1)

8. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se revisaron 53990 expedientes correspondientes al total de pacientes, que fueron atendidas en esta institución, ya sea por parto o cesarea, en el período comprendido entre el primero de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1998, de los cuales se analizaron 168 expedientes de pacientes con embarazo gemelar. Los aspectos a investigar fueron:

- Edad materna.
- Paridad.
- Manifestaciones clínicas de la primera y segunda mitad del embarazo.
- Edad gestacional al concluir el embarazo por amenorrea.
- Edad gestacional por Capurro.
- Vía de interrupción del embarazo.
- Peso de los productos,
- Apgar de los productos.
- Complicaciones de los productos.
- Tipos de placentación.

Los datos fueron recolectados, concentrados y estudiados por promedio, mediana, moda, porcentajes y se aplicó la prueba T de Student.

9. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

9.1 DEPENDIENTES.

Edad gestacional por fecha de última regla (fum): tiempo de duración del embarazo, el cual se mide en semanas desde la última menstruación.

Edad gestacional por Capurro: tiempo de duración del embarazo la cual asigna el médico pediatra en base a las características del producto al momento de nacer.

Apgar: calificación que otorga el médico pediatra al producto al momento del nacimiento en base al esfuerzo respiratorio, coloración, tono muscular, frecuencia cardíaca y actitud refleja.

Peso del producto: peso del producto obtenido al nacimiento en gramos.

Complicaciones médicas de la primera y segunda mitad del embarazo (hiperemesis, amenaza de aborto, enfermedad hipertensiva del embarazo, amenaza de parto prematuro, diabetes mellitus, oligohidramnios, polihidramnios).

9.2 INDEPENDIENTES.

Edad materna: será la referida por la paciente en base a su fecha de nacimiento y se captará por años cumplidos.

Gestaciones: número de embarazos que la paciente ha tenido sin importar en que forma se han resuelto.

10. RESULTADOS.

Se realizó la revisión de 168 expedientes de pacientes que acudieron a control prenatal o urgencias y que fueron atendidas de parto o cesarea en esta institución.

De las 168 pacientes, se obtuvieron 335 productos ya que uno correspondió a un huevo muerto retenido con reabsorción completa. De tal forma que el embarazo gemelar ocupa una incidencia de 1 de cada 321 pacientes atendidas de parto o cesarea en el período comprendido entre el 1° de enero de 1993 al 31 de diciembre de 1998.

El grupo de edad materna en la que se observó con mayor frecuencia el embarazo gemelar fue de los 19 a los 24 años con un total de 62 mujeres lo que corresponde al 36.90%. Seguido del grupo de 25 a 29 años con un total de 38 pacientes (22.61%), en tercer lugar el grupo de 30 a 34 años con 32 pacientes (19.04%), cuarto lugar las pacientes menores de 18 años con 17 casos (10.11%), el grupo de 35 a 39 años con 17 casos (10.11%), y por último las mujeres mayores de 40 años con 2 casos (1.19%)

El promedio de edad en la que se presentó el embarazo gemelar es a los 26 años de edad, con una desviación estándar de +/- 6.30 años, la mediana calculada de 26 años y la moda a los 20 años.

(Ver anexo II y gráfica 1).

La distribución en relación al número de gestaciones fue ocupado en primer lugar por las pacientes primigestas con un total de 56 (33.33%), en segundo lugar las secundigestas con 38 (22.61%), en tercer lugar las pacientes trigestas con 33 (19.64%), seguidas de las tetragestas con 13 pacientes (7.73%) y por último las pacientes con cinco o más embarazos con 28 (16.66%). El promedio fue ubicado en 2.65 gestaciones, con una desviación estándar de +/- 1.78, la mediana en 2 gestaciones y la moda en 1 gestación.

(Ver anexo III y gráfica 2)).

La edad gestacional calculada por la fecha de última menstruación, que se observó con mayor frecuencia es de 38 semanas o más con un total de 82 pacientes (48.80%); en segundo lugar las 36 semanas con 24 pacientes (14.28%) y en tercer lugar las 37 semanas con 18 casos (10.71%). El restante (26.21%) se distribuye en las pacientes con embarazo de 35 semanas de gestación o menos, apreciando a las 33 semanas 10 mujeres (5.95%).

La edad promedio por fecha de última menstruación en la que terminó el embarazo gemelar es a las 37.4 semanas de gestación, con una desviación estándar de +/- 4 semanas, con una mediana de 37.6 semanas y una moda de 39 semanas.

(Ver anexo IV y gráfica 3).

La edad gestacional por capurro que obtiene la mayor frecuencia de pacientes es la de 38 semanas o más, con un total de 88 pacientes (52.38%), seguido del grupo de 37 semanas con 17 casos (10.11%); en tercer lugar el grupo de 36 semanas con 16 pacientes (9.52%). El restante (28.00%) se distribuye en los grupos de 35 semanas y menos, notando que el grupo de 33 semanas presenta 13 casos (7.73%) y 2 casos que no pudieron ser valorables debido a la maceración de los productos (1.19%).

El promedio de edad gestacional al nacimiento por Capurro es de 37.1 semanas de gestación, con una desviación estándar de +/- 3.5 semanas, con una mediana de 37.6 y una moda a las 40 semanas.

(Ver anexo V y gráfica 4).

Por la valoración de Apgar el grupo que corresponde al gemelo I presentó al primer minuto 101 casos con calificación de 8 (61.96%), en segundo lugar 35 pacientes con Apgar de 7 (21.47%), el restante (16.57%) corresponde a calificaciones menores y solamente 8 productos (4.90%) a calificaciones mayores. El Apgar promedio al minuto fue de 7.29, con una desviación estándar de +/- 1.79, una mediana y moda de 8.

Durante el quinto minuto, la calificación más frecuente fue de 9 con el 69.93% de casos, seguido por Apgar de 8 con 34 casos (20.73%), el restante (9.34%) se distribuyó en calificaciones menores. Con un promedio a los 5 minutos de 8.25, una desviación estándar de 1.96 y mediana y moda de 9.

Se encontraron 6 óbitos (3.65%). Además, en este grupo se clasificó un caso de huevo muerto retenido (HMR) el cual se reabsorbió completamente ocupando el 0.60%. Cuatro productos no pudieron ser incluidos por no contar con datos en el expediente.

(Ver anexo VI y gráfica 5).

En la valoración del gemelo II al primer minuto el grupo con más casos tuvo una calificación de 8 con 104 (63.41%) productos; en segundo lugar la calificación de 7 con 32 casos (19.51%), el restante (17.08%) se distribuyó entre calificaciones menores, con solo 5 calificaciones mayores (3.04%). El promedio al minuto para el segundo gemelo es de 7.03, desviación estándar de +/- 2.15, mediana y moda de 8.

Para la segunda calificación a los cinco minutos, la más frecuente fue de 9 con 102 casos (62.19%), seguida del Apgar de 8 con 50 pacientes (30.48%), el restante (7.35%) se distribuye en calificaciones menores. Los óbitos para el grupo de gemelo II ocupan el 3.65% con 6 casos. El promedio para el segundo gemelo a los 5 minutos fue de 8.15, con una desviación estándar de 2.03, con mediana y moda de 9. Cuatro productos no fueron incluidos por carecer de datos en el expediente.
(Ver anexo VII y gráfica 6).

Los óbitos, como se comento anteriormente, fueron 6 para cada grupo (gemelo I y gemelo II) con un total de 12 que representa el 3.57% de los 336 productos.

Las muertes neonatales tempranas fueron unicamente 2 representando el 0.59%. La primera por circular apretada al cuello y presentándose en la paciente con antecedente de HMR con reabsorción completa. El segundo caso corresponde a producto con asfixia neonatal severa.

Dentro de las malformaciones se encontró solamente un caso con anencefalia, sindactilia, tocomelia, xifoescoliosis y pie equino varo, el cual solo ocupa el 0.29% del total de productos.

Dos productos presentaron síndrome de dificultad respiratoria ocupando el 0.59%, y un producto con asfixia moderada (0.29%). Los tres requirieron de cuidados intensivos.

Dos productos presentaron ictericia al nacimiento (0.59%), y uno con sepsis neonatal temprana (0.29%).
(Ver gráfica 7I).

Como lo demuestra la *gráfica 8* y la tabla del *anexo VIII*, en ninguno de los 2 grupos de gemelos existió peso menor de 500 gramos. En el grupo de gemelo I la mayoría de los productos pesaron entre 2000 a 2499 gramos con un total de 44.64%, en el grupo de gemelo II se encontraron 61 productos con un peso entre 2000 a 2499 gramos (36.58%).

En segundo lugar para el grupo de gemelo I se encuentran los productos entre 2500 a 2999 gramos con 35 casos (20.83%).

Para el grupo de gemelo II en segundo lugar se encuentran los productos con peso entre 1500 a 1999 gramos con 49 casos (29.16%).

El tercer lugar para el grupo gemelo I lo ocupan los productos con peso entre 1500 a 1999 gramos con 31 productos (18.45%).

En el grupo de gemelo II, el tercer lugar lo ocupan los productos entre 2500 a 2999 gramos con 25 casos (14.88%).

En ambos grupos existieron 2 casos que carecían de datos en el expediente, lo que ocupa el 1.19% para cada uno.

Dentro del apartado para productos mayores de 3000 gramos solo existen 4 productos y todos corresponden al grupo de gemelo II, representando el 2.38% del total de productos.

El promedio de peso al nacimiento para el gemelo I es de 2127.52 gramos, con una desviación estándar de +/- 572.68 gramos, con una mediana de 2225 y una moda de 2100 gramos.

Para el gemelo II el promedio de peso al nacer fue de 2070.59 gramos, con una desviación estándar de +/- 596.04 gramos, con mediana y moda de 2100 gramos.
(Ver anexo VIII y gráfica 8).

En la distribución del número de placentas y membranas ovulares, fue mayor la monocorionica biamniotica con un 23.80%; en segundo lugar la bicorionica biamniotica con 17.85%.

Las placentas que no fueron especificadas en el expediente ocupan el 51.78%.

Solo se reporta un caso de placenta bilobulada (0.59%). No se reportan otras malformaciones.

El 5.94% restante, se encuentra entre placenta bicorionica monoamniotica y monocorionica monoamniotica.
(Ver anexo IX y gráfica 9).

Con respecto a la resolución del embarazo, la resolución por vía abdominal representa el 66.07% del total de pacientes atendidas con 111 cesareas, de las cuales 3 (2.70%) fueron indicadas por prolapso de cordón; doce (10.81%) por producto macrosómico sin sospecha de embarazo gemelar. Nueve pacientes con indicación de cesarea iterativa (8.10%). El restante (78.39%) con indicación por embarazo gemelar.

Se realizaron además, 14 oclusiones tubarias bilaterales (12.61%) de pacientes operadas por cesarea.

Solo se reporta un caso de absceso de pared (0.90%).

El segundo lugar lo ocupa la vía vaginal eutocica con 56 partos gemelares, que corresponde al 33.33% del total de pacientes.

Solo se reporta un caso de parto distócico (0.59%) con aplicación de forceps por período expulsivo prolongado en gemelo I.

Se reportan 3 oclusiones tubarias bilaterales realizadas postparto (5.35%).
(Ver anexo X y gráfica 10).

Las complicaciones médicas en el embarazo se presentaron en un total de 59 pacientes que representa el 35.11% del total de pacientes embarazadas.

La más frecuente fue la preeclampsia leve (8.92%) del total de pacientes estudiadas; en segundo lugar se encontraron la hiperemesis, la amenaza de aborto y la amenaza de parto prematuro, con 11 pacientes y un 6.50% cada una de ellas.

Ciento nueve pacientes que corresponde al 64.88% no presentaron ninguna complicación médica.

El restante 6.7% lo ocupa el resto de complicaciones.

Se reporta un caso de muerte materna secundaria a edema pulmonar agudo, síndrome de Hellp; que representa el 0.59% del total de pacientes embarazadas atendidas.
(Ver anexo XI y gráfica 11).

De las 59 pacientes que presentaron alguna complicación, la preeclampsia leve con 15 casos lo que representa el 25.42% de las pacientes con alguna complicación, es decir, 1 de cada 4 pacientes complicadas.

Se anexa tabla y gráfica (Anexo XII y gráfica 12), en la cual se puede apreciar lo mencionado anteriormente, así como el porcentaje que ocupan las demás complicaciones médicas.

11. DISCUSION.

La literatura refiere un incremento en la incidencia de embarazos gemelares, encontrándose en uno de cada 94 embarazos (4), sin embargo, en nuestra población fue de 1 por cada 321 embarazos; lo que demuestra que la población estudiada no presenta el mismo comportamiento que las poblaciones de otros lugares probablemente secundario a un factor étnico o sociocultural.

También esto puede estar siendo manifiesto ya que en la población de mujeres mexicanas y básicamente las del grupo estudiado no se utilizan tratamientos para la infertilidad (14).

Desde 1950 Waterhouse demostró que la incidencia de embarazo gemelar se incrementa después de los 40 años o multiparidad por arriba de 7 (16), todo esto apoyado por estudios más recientes (17, 19).

El análisis de este estudio refiere que el embarazo gemelar es más frecuente en pacientes jóvenes con un promedio a los 26 años y con una moda a los 20 años, siendo escaso en pacientes mayores de 40 años, las cuales ocupan solamente el 1.19% del total de la población estudiada y quedando por fuera de 2 desviaciones estándar sobre el promedio antes comentado.

En el presente estudio se encontró que el embarazo gemelar es más frecuente en las pacientes primigestas y secundigestas con un promedio total a las 2 gestaciones y con el mayor número de casos en primigestas. Siendo menos frecuente en las grandes multiparas que han tenido 7 o más embarazos, las cuales salen de 2 desviaciones estándar del promedio.

Estas dos variables pueden presentar los resultados observados como una modificación ocasionada por la cobertura de los métodos de planificación y la concientización de la población, lo que repercute en un número menor de embarazos, y por lo consiguiente, menos multiparas afeadas.

La estadística reporta mayor frecuencia de embarazos monocorionicos en relación a los bicorionicos, en una relación de 18 a 1 (20,21).

En este estudio se encontró una relación de 1.4 a 1 con predominio de los monocorionicos y dentro de estos son más frecuentes los biamnioticos sobre los monoamnioticos. Sin embargo, no es del todo valorable ya que con frecuencia se da un resultado falso por una mala inspección o por la presencia de fusiones placentarias, además la muestra no es del todo valorable por un total de 50.81% de falta de reporte en los expedientes.

Radis y cols. Reportan un incremento en la incidencia de malformaciones, así como del polihidramnios (22,23,24).

En este estudio solo se reporta un caso de malformación ocupando el 0.29% del total de productos nacidos.

El polihidramnios ocupa solo un caso, siendo el 0.59% del total de las pacientes estudiadas y el 1.69 del total de complicaciones médicas.

Se encontró con más frecuencia el oligohidramnios en una razón de 3 a 1 sobre el polihidramnios.

En las gestaciones múltiples generalmente hay productos de bajo peso al nacer secundario a un retardo en el crecimiento fetal y una alta incidencia de parto pretérmino, reportando un peso de 2000 a 2500 gramos de cada producto hacia el final del embarazo, con una diferencia de peso entre gemelo I y gemelo II, la cual favorece al gemelo I.

El retardo en el crecimiento fetal y el parto pretérmino son causas etiológicas importantes de la mayor incidencia de bajo peso al nacer en las gestaciones múltiples; alcanzando un peso combinado máximo entre 4000 a 5000 gramos (5, 25).

En este trabajo se encontró un peso promedio de 2127.52 gramos para el gemelo I y un promedio de 2070.59 gramos para el gemelo II, en ambos casos la moda es de 2100 gramos lo que se ve reflejado en que el grupo de productos de 2000 a 2499 gramos sea el que tiene más casos para ambos gemelos, por lo que se corrobora que el retardo en el crecimiento fetal y el parto pretérmino son causas etiológicas de una mayor incidencia de bajo peso al nacer.

La mayoría de los productos presentaron un peso menor a 2500 gramos haciendo notar que el peso del gemelo II es mayor que el del gemelo I cuando son productos de menos de 2000 gramos, invirtiéndose drásticamente cuando los pesos son mayores a 2000 gramos.

Solo el gemelo II presentó 4 casos de peso mayor a 3000 gramos, lo que representa el 1.15% del total de los productos y esto se encuentra entre la primera y segunda desviación estándar.

Lantz y cols. (26) reportan que después de las 38 semanas la incidencia de retardo en el crecimiento se cuadruplica hasta incluir la mitad de los nacimientos gemelares.

En este estudio se encontró un total de 52.38% de productos con capurro mayor de 38 semanas y con un promedio de 37.1 semanas de gestación, con una desviación estándar de ± 3.5 y una moda de 40 semanas de gestación. El promedio al peso para el gemelo I es de 2127 gramos con una desviación estándar de ± 572 y 2070 gramos para el gemelo II con una desviación estándar de ± 596 , por lo que la mayoría de los productos se encuentran con bajo peso al nacer más que un retardo al crecimiento intrauterino.

Aproximadamente 50% de los gemelos nacen a las 36 semanas o menos, por lo que 36 SDG es la edad promedio en el embarazo gemelar (29,30,31).

En la población estudiada el 59.51% de los productos nacieron después de la semana 37 según la última menstruación, con un promedio de 37.4 semanas por fum. 62.49% nacieron después de la semana 37 medido por Capurro, con un promedio a las 37.1 semanas y con una desviación estándar de ± 3.5 . Solamente el 26.75% nació antes de la semana 36, la edad gestacional promedio de nuestra población es de 37 semanas.

El parto pretérmino es la principal razón del aumento en la morbilidad neonatal en los gemelos (32).

El 36.86% de los productos nacieron antes de la semana 37, por lo que el parto pretérmino es el responsable del aumento de la morbilidad neonatal en gemelos, sin embargo, las complicaciones al nacimiento fueron escasas, lo que apoya que el problema no es un aumento en la vulnerabilidad del producto gemelar, sino simplemente una mayor frecuencia de partos pretérmino.

Luke en 1993 y Minakami en 1996, llegaron a la conclusión de que los gemelos son de postérmino después de las 38 semanas por el incremento en la incidencia de retardo en el crecimiento (5, 34).

La mitad de los productos estudiados en este trabajo corresponden a 38 semanas o más, el bajo peso al nacer es de aproximadamente el 38.97%, por lo que apoyándose en la medición de la escala de Apgar si debe considerarse de postérmino el embarazo gemelar después de la semana 38 de gestación.

12. CONCLUSIONES.

1.- El embarazo gemelar termina en su mayoría al término, sus complicaciones son similares a las del embarazo simple, el resultado fetal según la escala de Apgar es favorable, por lo que el embarazo gemelar debe considerarse un embarazo de alto riesgo relativo.

2.- La edad gestacional promedio en que finaliza el embarazo gemelar son las 37.4 semanas de gestación.

3.- La calificación de Apgar de ambos productos (gemelo I y gemelo II) en la gran mayoría de los casos es satisfactoria y mejora al quinto minuto. Aún cuando esta escala no es pronóstica para el futuro neonatal, si refleja una condición fetal favorable al momento del nacimiento.

4. Las principales complicaciones asociadas al embarazo gemelar en la población que acude al Hospital General de México son la preeclampsia leve, la amenaza de parto pretérmino, la hiperemesis y la amenaza de aborto.

5. La frecuencia con la que se presenta el embarazo gemelar en relación al embarazo simple en la población estudiada es de 1 por cada 321 pacientes atendidas ya sea por parto o cesarea.

6. La edad materna promedio en la que se presenta con mayor frecuencia el embarazo gemelar es a los 26 años.

7. El embarazo gemelar es más frecuente en pacientes primigestas, pero el promedio de presentación en nuestra población es en la secundigesta.

8. La vía de interrupción del embarazo más frecuente es la abdominal con una relación de 2 a 1 sobre la vía vaginal.

9.- El tipo de embarazo gemelar más frecuente en este estudio es el monocoriónico con una relación de 1.4 a 1 sobre el bicoriónico, sin embargo, se deberá profundizar más sobre este apartado ya que aún sigue siendo tema de discusión.

10.- Se debe ser insistente en el llenado correcto y completo de expedientes.

13.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Ventura SG
Advance report of final natality statics.
Monthly Vital Stat Rep 44 no. 3 . 1995
- 2.- Luke B
The changing patterns of multiple births in the United States
Obstet Gynecol 84:101, 1994
- 3.- Jewell SE, Yip R
Increasing trends in plural births in the United States .
Obstet Gynecol 85: 229, 1995
- 4.- Powers WF, Kiely JL.
The risk confronting twins: A national perspective.
Am J Obsrtet Gynecol 170:456, 1994
- 5.- Schreiner – Engel P
First trimester multifetal pregnancy reduction
Am J Obstet Gynecol 172:544, 1995.
- 6.- Bajoria R Wigglesworth J.
Angioarchitecture of monochorionic placentas in relation to the twin-twin
Transfucion syndrome.
Am J Obstet Gynecol 172 856, 1995.
- 7.- Bruner J, Anderson T,
Management of the twin oligohydramnios-polihydramnios sequence and
Twin – twin transfusion.
An J Obstet Gynecol 174 :379, 1996.
- 8.- Casper FW; Seufert RJ
Risk weighing in twin pregnancy
Am J Obste Gynecol 20(2) 199-202, 1994
- 9.- Coonrod DV, Hickok DE
Risk factors for preeclampsia in twin pregnancies.
Obstet Gynecol 1995 May 85 645 – 50.
- 10.- Hendrix NW, Chauhan SP
sonographic examination of Twins.
Obstet Gynecol Clin North Am 1998 Sep 25(2) 609- 21.

- 11.- de Venciana M, Major C Morgan MA.
Labor and Delivery management of the multiple gestation.
Obstet Gynecol clin North Am Jun 22(2) 235-46.
- 12.- Rosemond RL, Hinds NE
Expectant management of twin pregnancy with single fetal death..
J ultrasound Med 1998 May, 17(5) 337-8
- 13.- Alexander GR Kogan M,
What are the fetal growth patterns of singletons,twins.
Clin Obstet Gynecol 1998 Mar 41(1) 114-25
- 14.- Knox G Morley D
Twining in Yoruba women
J Obstet Gynecol 67,981,1960
- 15.- White C, Wyshak G
inheritance in human dizygotic twinning
N Engl J Med 271:1003, 1984.
- 16.-Luke B
What is the influence of maternal weight gain on the fetal growth.
Clin Obstet Gynecol 1998 Mar 41(1) 56-64
- 17.- Porrecpo RP ,Sabin ED
Delayed-interval in multifetal pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 1998 Jan 178 20- 3.
- 18.- Luke B , Gillespie B,Avni M
The importance of early weight gain in the intrauterine growth and birth weight twins.
Am J Obstet Gynecol 1998 nov 179(5) 155-61
- 19.- Powers WF, Wampler NS
Further defining the risk confronting twins
Am J Obstet Gynecol 1996 Dec 175(6) 1522-8
- 20.- Rothman KJ,
Fetal loss twinning.
England J Med 297,468 1997

- 21., Van Allen MI, Smith DW.
Twin reversed atrial perfusion sequence.
Semin perinatol 7;285, 1983.
- 22.- Talbert DG, Bajoria R, Sepulveda W
Hydrostatic and osmotic gradients of fetal transfusion .
Am J Obstet Gynecol 174;598, 1996.
- 23.- Ville Y Hyett J, Hecher KJ
Preliminary experience with polyhydramnios.
Eng J Med 332;224, 1995.
- 24.- Rizzo G Arduini D,
Cardiac and extracardiac flows.
Am J Obstet Gynecol 170;1371, 1994.
- 25.- Hamilton EF; Platt RW; Morin L.
How small is too small in a twin pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 1998 Sep 179 762-5.
- 26.-Lantz ME :Chez RA,
Maternal weight gain patterns and Birth Weight outcome in Twins.
Obstet Gynecol 87;551 1996.
- 27.- Kouam L; Kantom –Moyo-J.
Fetal risk factors in twin pregnancies.
Rv Fr Gynecol Obstet 1995 Mar 90(3) 155-62.
- 28.- Maier RF Bialobzreki B.
Acute and chronic fetal hypoxia in monochorionic and dichorionic twins.
Obstet Gynecol 86;973, 1995.
- 29.- Casele H, Daley S, Metzger B.
Metabolic response to meal eating and extended overnight.
Am J Obstet Gynecol 174;375, 1996.
- 30.- Thompson Sa, Lyons TL, Makowsky EL.
Outcomes of twin gestations at the University of Colorado.
J reprod Med 32;328 , 1987.
- 31.-Rouse DJ, Skopet GS.
Fundal height as a predictor of preterm delivery.
Obstet Gynecol 81;211, 1993.

- 32.- Jimenez Jm, Tyson JE.
Clinical measures of gestacional age in normal pregnancies.
Obstet Gynecol 61; 438,1983.
- 33.- Goldenberg RL; Cliver SP,Andrews WW.
Bed rest in pregnancy.
Obstet Gynecol 84;131.1994.
- 34.- Minakami H; Sato I;
Restimared date of delivery in multifetal pregnancies.
JAMA 275:1996.

EMBARAZO MULTIPLE

MADEIRA: _____
A: _____
C: _____
D: _____
E: _____
F: _____
G: _____
H: _____

EDAD GESTACIONAL DE LA PRIMERA CONSULTA: _____
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS PRENATALES: _____

MANIFESTACIONES EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: HIPEREMESIS:
SANGRADO: MOTIVO: _____

MANIFESTACIONES EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO: HIPERTENSION: PREECLAMPSIA/ECIAMPسيا
CRONICA:
DIABETES: TIPO: _____
POLIHIDRAMNIOS: OLIGOHIDRAMNIOS: AMENAZA DE PARTO PREMATURO: EDAD GESTACIONAL: _____
OTRO: ESPECIFIQUE: _____

EDAD GESTACIONAL AL TERMINAR EL EMBARAZO: _____ VIA DE INTERRUPCION: PARTO CESAREA
INDICACION: _____

SITUACION DE LOS PRODUCTOS: _____ PRESENTACION: PRIMER GEMELO: _____
SEGUNDO GEMELO: _____

TIPO DE PRESENTACION: _____ ANTE EL PARTO: _____

PESO DE LOS PRODUCTOS: 1o. GEMELO _____ APGAR: 1o. GEMELO _____ COMPLICACIONES: 1o. GEMELO _____
2o. GEMELO _____ 2o. GEMELO _____ 2o. GEMELO _____

MUERTE FETAL/NEONATAL EDAD: _____ CUAL GEMELO: _____ MUERTE MATERNA (MOTIVO): _____

ALTERACIONES PLACENTARIAS: _____

ALGUNA OTRA ALTERACION: (CONGENITA, GENETICA): _____

OBSERVACIONES: _____

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD MATERNA

| EDAD (AÑOS) | NUMERO | % |
|-------------|--------|-------|
| <18 | 17 | 10.11 |
| 19-24 | 62 | 36.90 |
| 25-29 | 38 | 22.61 |
| 30-34 | 32 | 19.04 |
| 35-39 | 17 | 10.11 |
| >40 | 2 | 1.19 |
| TOTAL | 168 | 100 |

PROMEDIO: 26 años.

DESVIACION ESTANDAR: +/- 6.30

MEDIANA: 26 años.

MODA: 20 años.

ANEXO II

DISTRIBUCION POR NUMERO DE GESTACIONES

| GESTACIONES | NUMERO | % |
|---------------|--------|-------|
| GESTA I | 56 | 33.33 |
| GESTA II | 38 | 22.61 |
| GESTA III | 33 | 19.64 |
| GESTA IV | 13 | 7.73 |
| GESTA V O MAS | 28 | 16.66 |
| TOTAL | 168 | 100 |

PROMEDIO: 2.65 gestaciones.

DESVIACIÓN ESTANDAR: +/- 1.78

MEDIANA: 2 gestaciones.

MODA: 1 gestación.

ANEXO III

EDAD GESTACIONAL POR FUM

| SEMANAS DE GESTACION | NUMERO | % |
|----------------------|--------|-------|
| <28 | 6 | 3.57 |
| 29 | 6 | 3.57 |
| 30 | 3 | 1.78 |
| 31 | 5 | 2.97 |
| 32 | 5 | 2.97 |
| 33 | 10 | 5.95 |
| 34 | 3 | 1.78 |
| 35 | 6 | 3.57 |
| 36 | 24 | 14.28 |
| 37 | 18 | 10.71 |
| >38 | 82 | 48.80 |
| TOTAL | 168 | 100 |

PROMEDIO: 37.4 semanas de gestación.

DESVIACIÓN ESTANDAR: +/- 4

MEDIANA: 37.6 semanas de gestación.

MODA: 39 semanas de gestación.

ANEXO IV

EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO

| SEMANAS DE GESTACION | NUMERO | % |
|----------------------|--------|-------|
| <28 | 3 | 1.78 |
| 29 | 1 | 0.59 |
| 30 | 2 | 1.19 |
| 31 | 6 | 3.57 |
| 32 | 7 | 4.16 |
| 33 | 13 | 7.73 |
| 34 | 3 | 1.78 |
| 35 | 10 | 5.95 |
| 36 | 16 | 9.52 |
| 37 | 17 | 10.11 |
| >38 | 88 | 52.38 |
| NO VALORABLE | 2 | 1.19 |
| TOTAL | 168 | 100 |

PROMEDIO: 37.1 semanas de gestación.

DESVIACIÓN ESTANDAR: +/- 3.5

MEDIANA: 37.6 semanas de gestación.

MODA: 40 semanas de gestación.

ANEXO V

VALORACION DEL APGAR EN EL GEMELO I

| CALIFICACION | PRIMER MINUTO | CINCO MINUTOS |
|--------------|---------------|---------------|
| 0 | 7 | 8 |
| 1 | 0 | 0 |
| 2 | 1 | 0 |
| 3 | 1 | 0 |
| 4 | 0 | 0 |
| 5 | 3 | 1 |
| 6 | 7 | 0 |
| 7 | 35 | 6 |
| 8 | 101 | 34 |
| 9 | 8 | 114 |
| 10 | 0 | 0 |
| TOTAL | 163 | 163 |

- Se presento un HMR
- 4 NO ESPECIFICADOS.

PROMEDIO AL MINUTO: 7.29
 DESVIACION ESTANDAR: +/- 1.79
 MEDIANA : 8
 MODA: 8

CINCO MINUTOS: 8.25
 1.96
 9
 9

ANEXO VI

VALORACION DEL APGAR EN EL GEMELO II

| CALIFICACION | PRIMER MINUTO | CINCO MINUTOS |
|--------------|---------------|---------------|
| 0 | 7 | 7 |
| 1 | 3 | 1 |
| 2 | 4 | 0 |
| 3 | 1 | 0 |
| 4 | 0 | 0 |
| 5 | 3 | 1 |
| 6 | 5 | 1 |
| 7 | 32 | 2 |
| 8 | 104 | 50 |
| 9 | 5 | 102 |
| 10 | 0 | 0 |
| TOTAL | 164 | 164 |

PROMEDIO AL MINUTO: 7.03
 DESVIACIÓN ESTANDAR: +/- 2.15
 MEDIANA: 8
 MODA: 8

CINCO MINUTOS: 8.15
 2.03
 9
 9

ANEXO VII

TABLA COMPARATIVA DE PESO ENTRE PRODUCTOS

| PESO (GRAMOS) | GEMELO I | % | GEMELO II | % |
|-----------------|----------|-------|-----------|-------|
| <500 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 500-999 | 9 | 5.35 | 10 | 5.95 |
| 1000-1499 | 15 | 8.92 | 17 | 10.11 |
| 1500-1999 | 31 | 18.45 | 49 | 29.16 |
| 2000-2499 | 75 | 44.64 | 61 | 36.30 |
| 2500-2999 | 35 | 20.83 | 25 | 14.88 |
| >3000 | 0 | 0 | 4 | 2.38 |
| HMR | 1 | 0.59 | 0 | 0 |
| NO ESPECIFICADO | 2 | 1.19 | 2 | 1.19 |
| TOTAL | 168 | 100 | 168 | 100 |

GEMELO I

PROMEDIO: 2127.52 gramos
 DESVIACIÓN ESTANDAR: +/- 572.68 gr.
 MEDIANA: 2225 gramos.
 MODA: 2100 gramos.

GEMELO II

2070.59 gramos
 596.04 gr.
 2100 gr.
 2100 gr.

ANEXO VIII

TIPOS DE PLACENTA Y MEMBRANAS OVULARES

| TIPO DE PLACENTA | NUMERO | % |
|--------------------------------|--------|-------|
| BICORIONICA BIAMNIOTICA | 30 | 17.85 |
| MONOCORIONICA BIAMNIOTICA | 40 | 23.80 |
| BICORIONICA MONOAMNIOTICA | 3 | 1.78 |
| MONOCORIONICA MONOAMNIOTICA | 7 | 4.16 |
| BILOBULADA | 1 | 0.59 |
| NO ESPECIFICADA | 87 | 51.78 |
| TOTAL | 168 | 100 |

ANEXO IX

VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

| | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------|--------|------------|
| PARTO | 56 | 33.33 |
| CESAREA | 111 | 66.07 |
| FORCEPS | 1 | 0.59 |
| TOTAL | 168 | 100 |

ANEXO X

COMPLICACIONES MEDICAS EN EL TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS

| COMPLICACION | NUMERO | % |
|-------------------------------------|--------|-------|
| HIPEREMESIS | 11 | 6.50 |
| AMENAZA DE ABORTO (A.A.) | 11 | 6.50 |
| PREECLAMPSIA LEVE | 15 | 8.92 |
| PREECLAMPSIA SEVERA | 2 | 1.19 |
| DIABETES MELLITUS | 1 | 0.59 |
| POLIHIDRAMNIOS | 1 | 0.59 |
| OLIGOHIDRAMNIOS | 3 | 1.78 |
| AMENAZA DE PARTO PREMATURO | 11 | 6.54 |
| HIPERTENSION SIN COMPLICACION | 4 | 2.38 |
| | 109 | 64.88 |
| TOTAL | 168 | 100 |

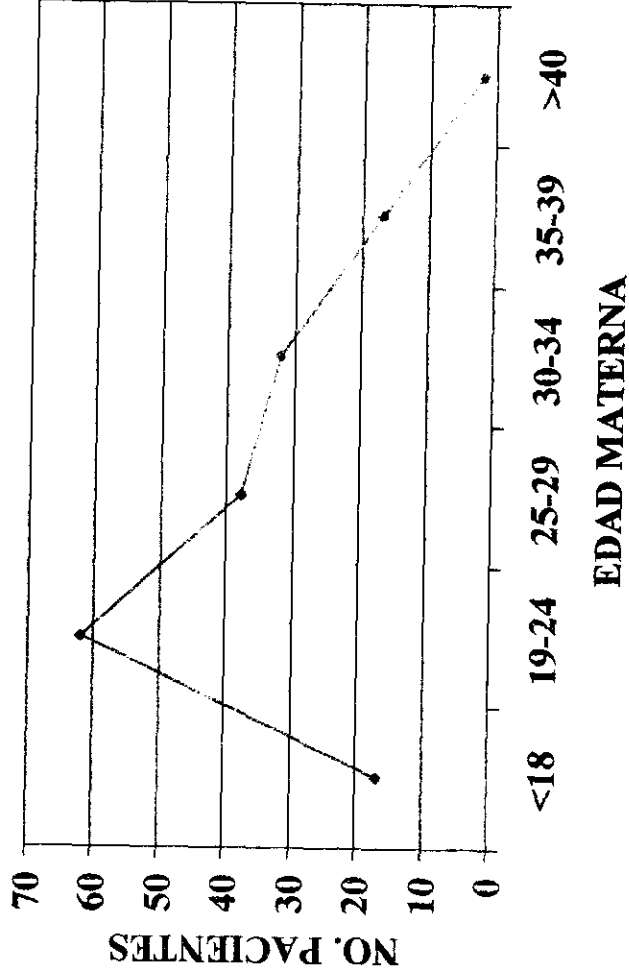
ANEXO XI

COMPLICACIONES MEDICAS EN EL EMBARAZO

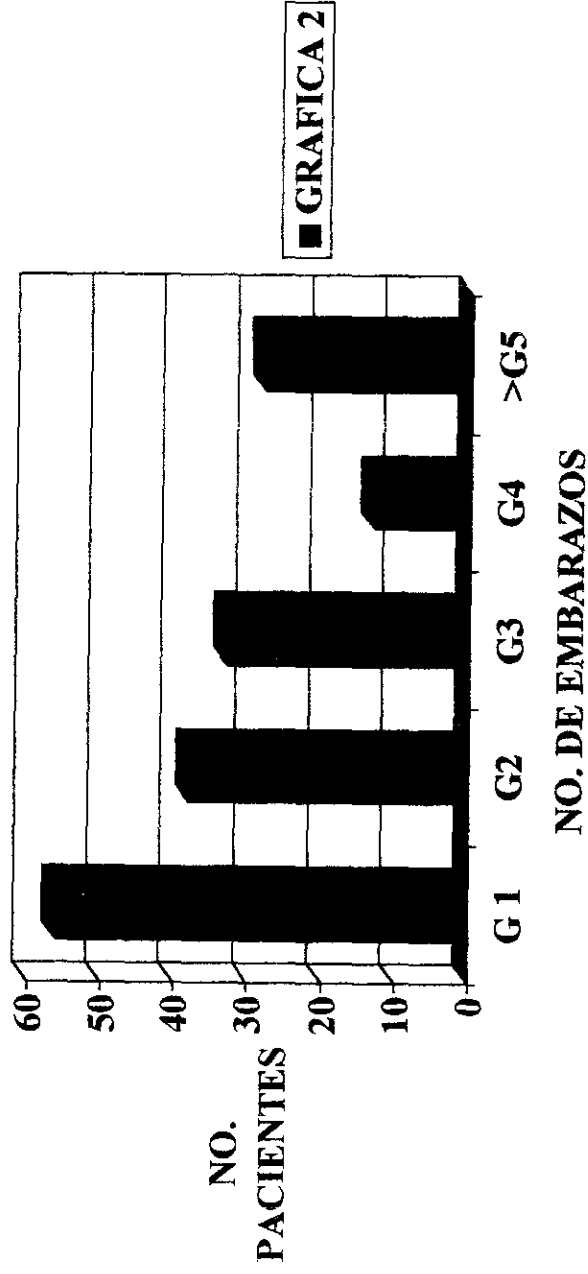
| COMPLICACION | NUMERO | % |
|----------------------------|--------|-------|
| HIPEREMESIS | 11 | 18.64 |
| AMENAZA DE ABORTO (A.A.) | 11 | 18.64 |
| PREECLAMPSIA LEVE | 15 | 25.42 |
| PREECLAMPSIA SEVERA | 2 | 3.38 |
| DIABETES MELLITUS | 1 | 1.69 |
| POLIHIDRAMNIOS | 1 | 1.69 |
| OLIGOHIDRAMNIOS | 3 | 5.08 |
| AMENAZA DE PARTO PREMATURO | 11 | 18.64 |
| HIPERTENSION | 4 | 6.77 |
| TOTAL | 59 | 100 |

ANEXO XII

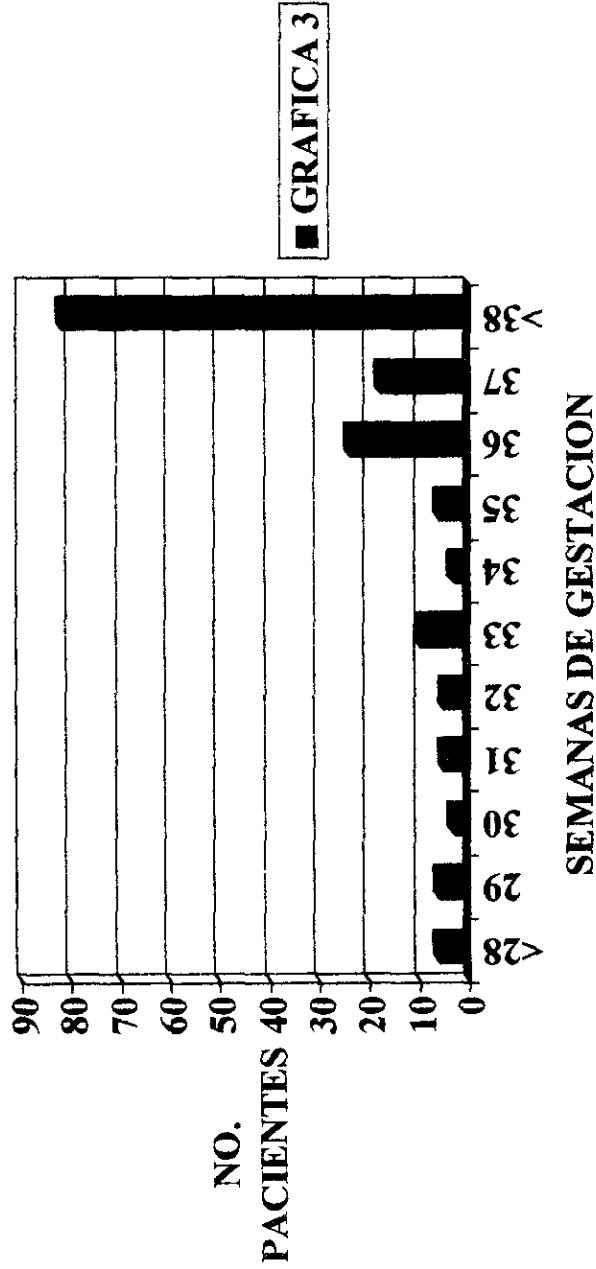
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD MATERNA



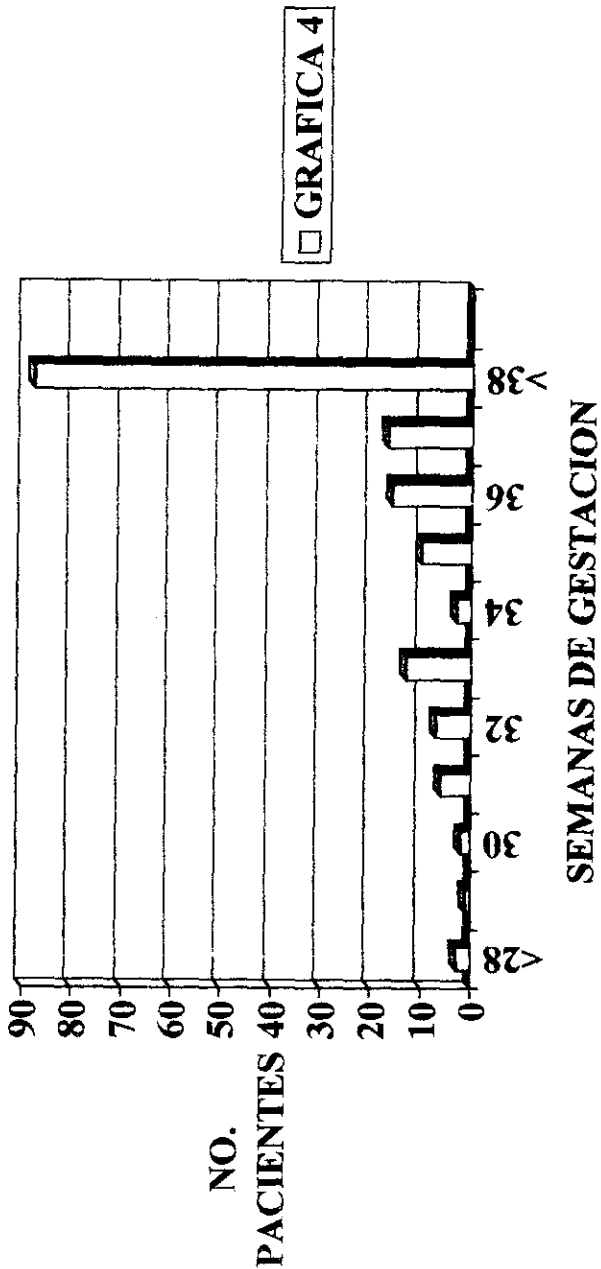
DISTRIBUCION POR NUMERO DE GESTACIONES



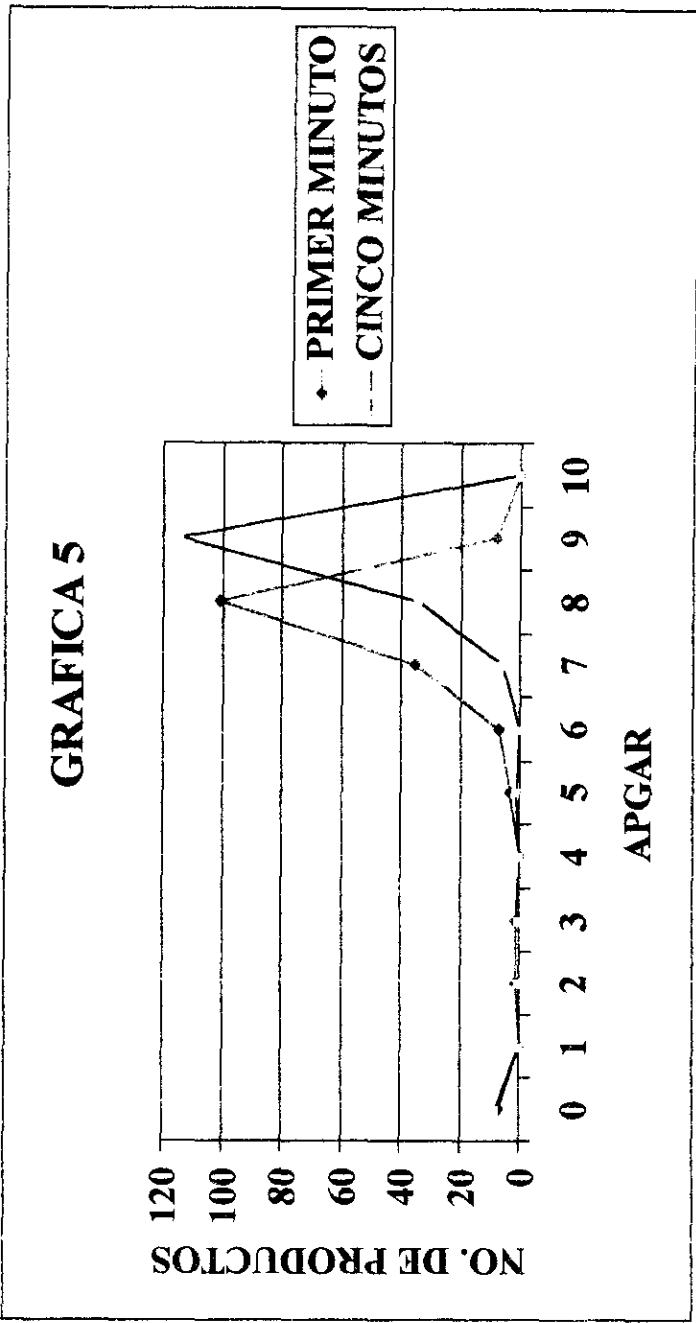
EDAD GESTACIONAL POR FUM



EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO

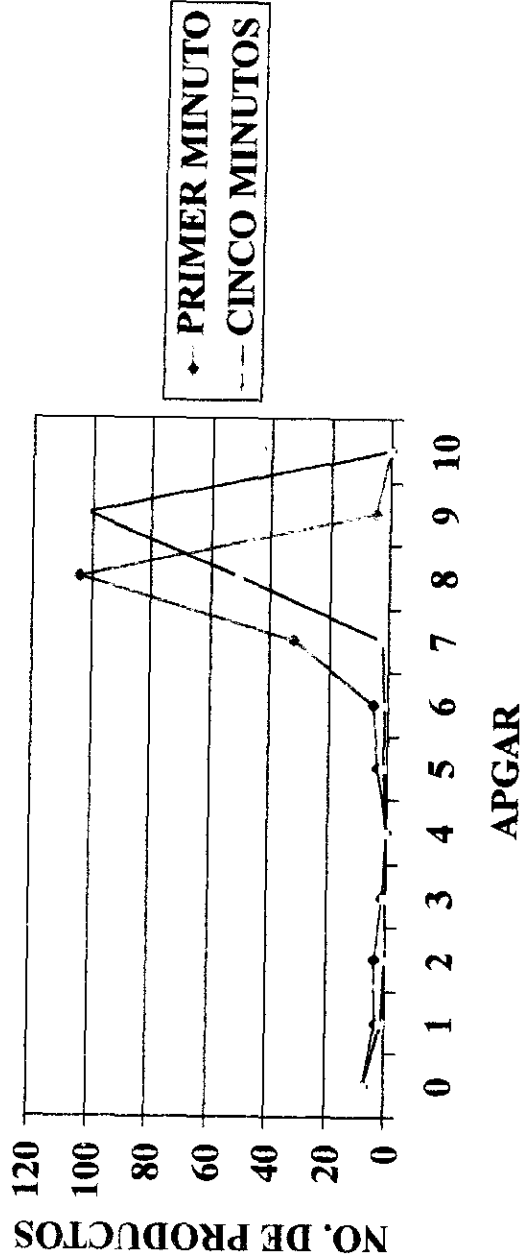


VALORACION DE APGAR EN GEMELO I



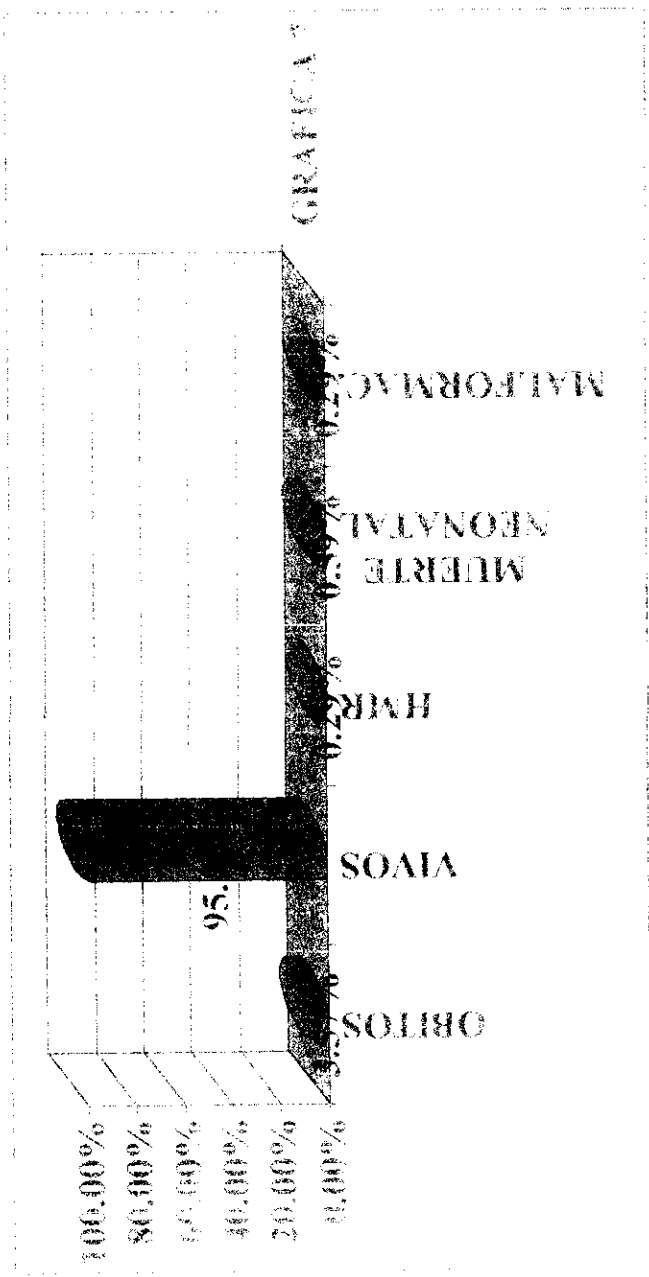
VALORACION DE APGAR EN GEMELO II

GRAFICA 6



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

INCIDENCIA DE OBITOS, MUERTES NEONATALES Y MALFORMACIONES



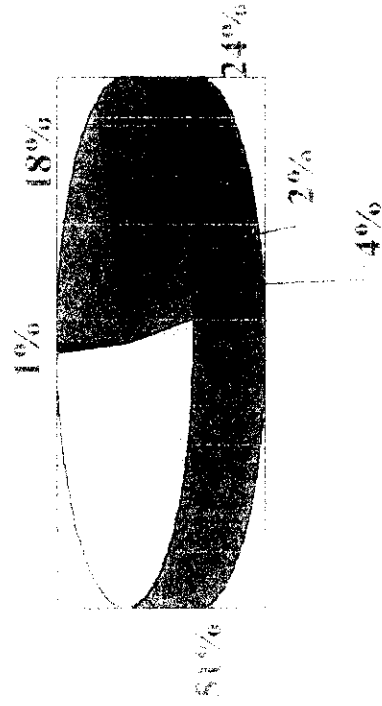
PESO DE AMBOS PRODUCTOS

GRAFICA 8



TIPOS DE PLACENTA Y MEMBRANAS OVULARES

GRAFICA 9



■ BICORIONICA
■ AMNIOTICA

■ MONOCORIONICA
■ AMNIOTICA

■ BICORIONICA
■ MONOAMNIOtica

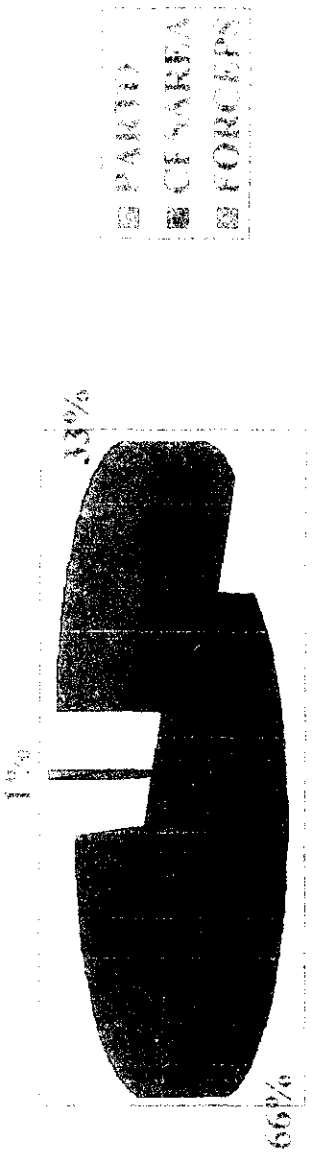
■ MONOCORIONICA
■ MONOAMNIOtica

○ NO ESPECIFICADO

■ BILOBULADA

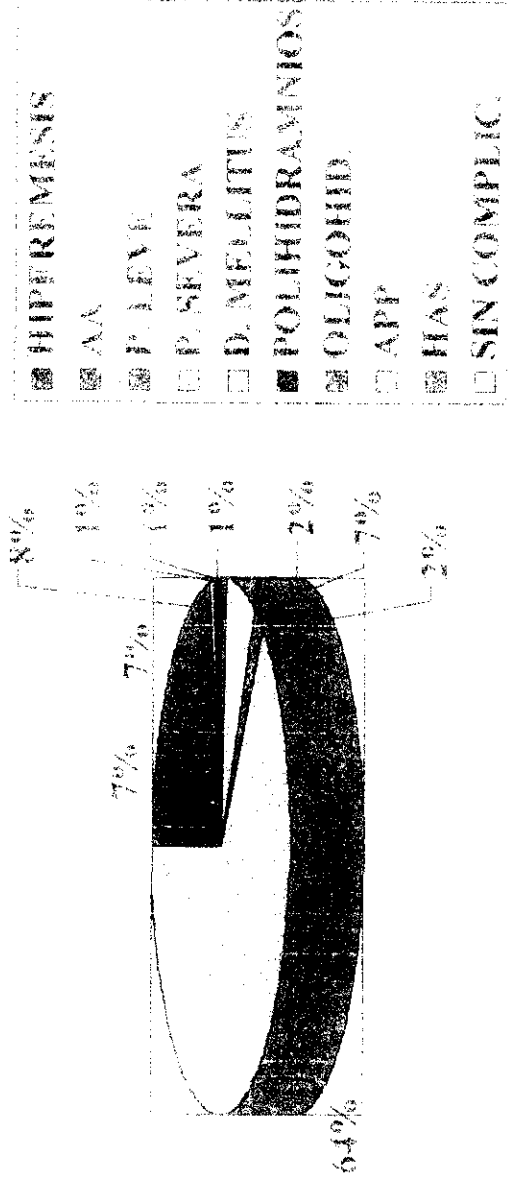
VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

GRAFICA 10



COMPLICACIONES MEDICAS EN EL TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS

GRAFICA II



COMPLICACIONES OBSERVADAS EN 59 PACIENTES

GRAFICA 12

