

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NUM. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL EMBARAZO
GEMELAR EN EL HGO No. 3 DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA".
TESIS DE POSTGRADO**

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Autor: Dr. César Montiel Murguía.

Aesor: Dr. Oscar E. Jiménez Hernández.

Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia

Num. de proyecto

2002-692-0035

MÉXICO, D.F.

ENERO 2004



Handwritten signatures and stamps including the IMSS logo and text: "CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA", "Servicio de Ginecología y Obstetricia", "Unidad de Diagnóstico e Investigación".



Universidad Nacional
Autónoma de México

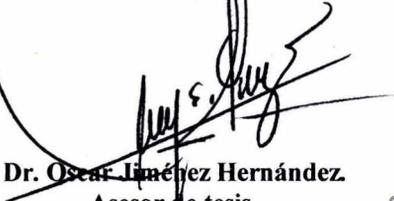


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.


Dr. Roberto Lemus Rocha.
Jefe de Educación e investigación en salud
Dr. Oscar Jiménez Hernández.
Asesor de tesis.**Dr. César Montiel Murguía.**
Alumno.

Nº de proyecto:
2002-692-0035

RESUMEN.

TITULO: Morbilidad y mortalidad en el embarazo gemelar en el Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del Centro Medico Nacional "La Raza".

Introducción: Se entiende como embarazo múltiple al hecho de que en la cavidad se desarrollen dos o más fetos. El embarazo múltiple se conoce desde hace siglos sin embargo el interés científico surgió desde hace cien años. Sin embargo desde hace treinta años ginecólogos y perinatólogos lo han analizado ampliamente debido a su alta mortalidad feto-materna con predominio fetal. La frecuencia aumenta proporcionalmente a razón de la edad de la gestante y el número de embarazos previos. El peso del nacimiento óptimo puede ser mas bajo y el periodo gestacional óptimo puede ser mas corto que para los nacimientos en productos únicos... Se a estimado que la fecha de nacimiento es aproximadamente a las 36 semanas Se calcula que la mortalidad neonatal en el embarazo gemelar es aproximadamente de 11% Los resultados de embarazo gemelar se resumen aborto, malformaciones congénitas, retardo en el crecimiento uterino, bajo peso al nacer, disminución del tiempo en la edad gestacional, Las complicaciones del embarazo múltiple son diversas siendo algunas de las mas frecuentes ruptura prematura de membranas, prematuréz... La asfisia al nacimiento es un factor que influye de manara importante sobre la morbilidad neonatal , entra las primeras causas de muerte se encuentran en diversos informes que la asfisia grave al nacer tal vez no sea causa directa, aunque si es una muy importante causa secundaria.

Objetivo: Analizar los resultados neonatales de los embarazos gemelares con relación a la morbilidad fetal e identificar la edad gestacional más frecuente de la terminación del embarazo.

Material y Métodos: Se realizo el estudio del 1° de Enero del 2003 al 31 de Diciembre del mismo año realizando revisión de expedientes de las pacientes atendidas con embarazo gemelar en el Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del Centro Medico "La Raza." Obteniéndose datos como son edad materna gestas, paras, abortos, cesáreas, edad gestacional, diagnostico de interrupción de la gestación complicaciones trasoperatorias, así como complicaciones en el puerperio, así como control prenatal y hospitalizaciones previas a la interrupción del embarazo. En lo que se refiere a los recién nacidos se recabo, sexo, talla Apgar, presentación, malformaciones, hora de nacimiento y un parámetro que para nosotros es muy importante y que se tomo como un estándar de oro de nuestra atención general que le ofrecimos al binomio que son los días de hospitalización de la paciente durante su embarazo y de sus gemelos después del nacimiento. Se realizo un análisis estadístico de tendencia central ya que nuestro estudio es de tipo descriptivo y Observacional.

Resultados: Se revisaron 135 casos de embarazo gemelar excluyéndose 78 casos por diferentes patologías agregadas al embarazo. El grupo de edad mas frecuente fue de 26-34 años con 44% y una media de 24 años. Solo 20 pacientes acudieron a control prenatal (35.7%) y 36 no asistieron: Ingresaron a la unidad 6 pacientes siendo la patología mas frecuente la amenaza de parto pretermino. Con relación a la edad gestacional en la que se interrumpió el embarazo fue una media de 35 semanas. El diagnostico mas frecuente de interrupción fue trabajo de parto activo y ruptura prematura de membranas las complicaciones que se tuvieron postoperatoriamente fue la histerectomía en un total de 2 casos por atonia uterina Con relación de infecciones maternas dentro de la gestación la mas frecuente fue la infección de vías urinarias con un 25% en todos los casos. Se obtuvieron un total de 112 recién nacidos de los cuales 48.21% fue de sexo masculino y 51,78% al sexo femenino. Las malformaciones se encontraron con un total de 4, teniendo la mayor frecuencia de labio y paladar hendido. Se ingresaron un total de 28 recién nacidos a la UCIN con una morbilidad 46.42% para la asfisia severa.

Conclusiones: La tasa de embarazo gemelar en el Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 es de 56 por 1000 nacimientos.

2-. El embarazo gemelar se considera de alto riesgo ya que este tipo de gestación se complica principalmente con amenaza de parto pretermino asi como la rotura prematura de membranas

3-. Se obtuvieron un 25% de recién nacidos que ingresaron a la UCIN por prematuréz y asfisia en sus diferentes grados lo que se traduce en costo beneficio.

4-. No existe diferencia significativa de la morbilidad y mortalidad entre ambos gemelos

5-. La edad gestacional mas frecuente de interrupción del embarazo fue de 35 semanas.

6-. Se observo que la principal causa de morbilidad en pacientes con embarazo gemelar puede ser previsible a través de un control prenatal adecuado.

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres:

Antonio y Virginia por la paciencia y por el apoyo recibido y sobre todo por su gran AMOR.

A mis hermanos:

Fernando por su apoyo en mi carrera así como por su comprensión y amor. Braulio aunque ya no lo tengo fue ejemplo claro de valentía y superación.

A mi Hijo:

Josué por su cariño y por haber sido mi motivación.

A mis abuelos:

Por su apoyo en todo momento.

A mi primo:

Roberto por haber hecho una ilusión en realidad y haber estado conmigo en todo momento.

A mis maestros:

Dr. Sánchez Juárez y Oscar Jiménez por sus enseñanzas.

A ti Flor:

Por haberme inspirado, alentado en estos momentos y ser parte muy importante en mi vida...

A Dios por permitirme acabar mis metas

ÍNDICE

ANTECEDENTES	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
OBJETIVO	12
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	13
HIPOTESIS	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
RESULTADOS	17
COMENTARIOS	20
ANEXOS	22
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	35

ANTECEDENTES:

El número de hijos en un solo embarazo constituye una característica heredada, fija para cada especie. El número promedio de crías de los mamíferos está estrechamente relacionado con otras varias características. El número de hijos es en general inversamente proporcional al tamaño del adulto en las distintas especies, cuanto más edad tiene el animal, menos hijos tiene en cada gestación. Las especies que solamente disponen de dos glándulas mamarias usualmente dan a luz a un hijo por cada gestación.

La mayoría de las especies que tiene un útero simple, normalmente tienen un solo hijo. La vida media de las especies se relaciona también con el número de hijos, y cuanto mayor es el tiempo de vida menos números es la descendencia. (7)

Se entiende por embarazo múltiple al hecho de que en el interior de la cavidad uterina se desarrollen 2 o más fetos. El embarazo múltiple se conoce desde hace siglos sin embargo el interés científico por él surgió hace aproximadamente cien años. Sin embargo de treinta años a la fecha, obstetras y perinatólogos los han analizado más ampliamente debido a la alta mortalidad feto-materna con predominio fetal. (5)

El embarazo gemelar es la variedad más frecuente del embarazo múltiple, puede ser de dos tipos monocigotos o dicigotos, los primeros derivan de la fecundación de un óvulo que se divide en los primeros días posteriores a la fecundación y los dicigotos provienen de la fecundación de dos óvulos en los embarazos múltiples monocigotos la placenta puede ser de los siguientes tipos:

Monocoriónica-monoamniótica.

Monocoriónica-diamniótica

Dicoriónica-diamniótica (fusionada o separada).

Multicoriónica- multiamniótica.

En los casos de embarazos múltiples dicigóticos la placenta puede ser:

Dicoriónica-diamniótica fusionadas.

Dicoriónica-diamniótica separada.

Formas más complejas en embarazos con más fetos (6).

Si la división ocurre antes de se forme la mórula y la capa externa del blastocisto todavía no esta diferenciada para transformarse en corion (dentro de 72 hrs. posteriores a la fertilización)

Se desarrollaran dos embriones, dos amnios y dos sacos corionicos. (1).

Si la división ocurre dentro del cuarto u octavo día después de que se ha formado mórula y las células destinadas a formar el corion ya se ha diferenciado pero el amnios no, se desarrollará dos embriones cada uno de ellos en sacos amnióticos separados. Los dos sacos corionicos serán cubiertos por un corion común, lo que dará origen a un embarazo gemelar. (1).

Cuando el amnios ya se ha establecido, lo que ocurre alrededor de 8 días después de la fertilización, la división dará como resultado dos embriones dentro de un saco amniótico común, o sea un embarazo gemelar monocigoto monocoriónico monoamniótico (1)

Si la división se inicia todavía mas tarde (es decir después de la formación del disco embrionario) es incompleta y se forman gemelos unidos (1).

La frecuencia de embarazos gemelares monocigotos es relativamente constante en todo el mundo, se calcula que es de 1 por cada 250 nacimientos, esta frecuencia es independiente de la edad materna, raza, herencia, uso de fármacos inductores de la ovulación (3).

El porcentaje del embarazo múltiple dicigoto sí esta influenciada por los factores mencionados, de modo que la frecuencia (dependiendo de los factores) es variable, por ejemplo con relación a la raza la frecuencia en Japón es de 6.7 x 1000 nacimientos, mientras que en Nigeria van de 40-50 x 1000 nacimientos. Con respecto a la edad se estima que las mujeres entre 30 y 34 años tienen una frecuencia de gemelos dicigotos de 11.5 x 1000, comparado con 2.5 x 1000 en mujeres de 15 a 19 años (1).

La frecuencia de gestaciones múltiple se ha incrementado durante los últimos años con el uso de fármacos que estimulan la fecundidad y con advenimiento de fecundación in Vitro. En la actualidad el embarazo gemelar es común, la gestación triples un porcentaje poco frecuente y los cuádruples extremadamente raros (3)

Algunos autores refieren que la frecuencia del embarazo múltiple es mayor en la raza negra en un 2.7 %, menos frecuente en las razas amarillas, ocupando la caucásica una posición intermedia (1). La frecuencia aumenta proporcionalmente en razón de la edad de la gestante y el número de embarazos previos (1).

Se considera que el embarazo múltiple constituye en Estados Unidos del 2% a 3% El peso del nacimiento óptimo puede ser más bajo y el periodo gestacional óptimo puede ser más corto para los gemelos que para los nacimientos en productos únicos. Se ha sugerido que la fecha estimada de finalización de entrega para el embarazo múltiple sea aproximadamente a las 36 a las 37 sem. en lugar de las 40 sem. Como es en la gestación única. Se estudió embarazos únicos contra los embarazos múltiples en Japón entre 1989 y 1993 mostró que la morbilidad y mortalidad fetal de embarazos tempranos era más baja entre la 37 y 38 de semanas gestación El análisis de un cohorte en Estados Unidos (1989- 1991) mostró que las proporciones de mortalidad perinatal estaban más bajas a las 40 sem. de gestación en embarazos únicos y a las 38 sem de gestación para los gemelos. (4)

Se calcula que la mortalidad neonatal en el embarazo gemelar es de 11% aproximadamente. Y a mayor número de fetos la mortalidad va aumentando considerablemente. (4)

A través de los años estas complicaciones se hacen más importantes para los médicos y que no se ha logrado reducir su frecuencia a pesar de múltiples intentos realizados como son: hospitalización a partir de las 30 sem. , (2) Uso de fármacos útero inhibidor en forma profiláctica o aplicando cerclaje cervical con el mismo fin. Sin embargo a pesar de todas estas medidas y del avance de la perinatología la morbilidad y mortalidad en el embarazo múltiple continúa siendo muy elevada. (2)

Aunque pudiera considerarse que el embarazo múltiple tiene una frecuencia relativamente baja con una incidencia global de 0.8 % la morbilidad y mortalidad perinatales de los productos asociados al mismo continúa siendo aun en nuestros días muy elevada. Se menciona una mortalidad neonatal en el embarazo gemelar es de 11% aproximadamente y a mayor número de fetos esta va aumentando. (2)

Los resultados del embarazo gemelar se resumen en:

a) Aborto es más probable en los embarazos múltiples. En algunas revisiones detalladas de la patología de aborto espontáneo se han identificado tres veces más gemelos entre los embarazos abortados en comparación con las tasas al término. Los gemelos monocoriónicos sobrepasan ampliamente en número a los bicoriónicos (18:1), lo que implica a la monogocigosidad como un factor de riesgo de aborto importante. (7)

b) Malformaciones congénitas tiene una incidencia mayor en los embarazos gemelares y en las gestaciones múltiples con mayor número de fetos que en los embarazos simples. Las anomalías caen dentro de una de dos categorías: malformaciones del tipo de las observadas en los fetos únicos y aquellas que son exclusivas de las gestaciones múltiples. Estas últimas incluyen los gemelos unidos y acardicos. (3)

c) Peso al nacer. El retardo del crecimiento fetal y el parto pretermino son causas etiológicas importantes de la mayor incidencia de bajo peso al nacer en las gestaciones múltiples (8). En general, cuanto mayor sea el número de fetos mayor será el grado de retardo en el crecimiento. Además de cuando dos fetos o más derivan de un solo óvulo es probable que el grado de retardo del crecimiento sea mayor que cuando cada feto proviene de un óvulo distinto Así mismo entra dentro de esta patología en el crecimiento el Sx de trasfusor/trasfundido. (8)

d) Duración de la gestación. A medida que aumenta la cantidad de fetos disminuye la duración de la gestación. Aproximadamente el 50% de los gemelos nacen las 36 semanas o menos. (4)

e) El parto pretermino es la principal razón del riesgo aumentado de morbimortalidad neonatal en los gemelos se realizaron estudios en los cuales en 1999 en Estados Unidos compararon los resultados de gemelos pretérmino con los de fetos únicos pretermino dados a luz a las mismas edades gestacionales para determinar si los gemelos poseían un riesgo intrínseco de morbilidad debido a su prematuridad.

Los gemelos pretermino no presentaron una incidencia más significativa de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular o enterocolitis necrotizante que los fetos únicos de edad gestacional similar. (2)

Las complicaciones del embarazo múltiple son diversas siendo algunas de las más frecuentes la ruptura prematura de membranas, mayor predisposición a la preeclampsia, prematuridad, hemorragia posparto etc.

El embarazo gemelar es considerado de alto riesgo, por lo cual requiere de una atención especial: detección temprana, control prenatal adecuado, prevención de las complicaciones y manejo oportuno de las mismas. Así mismo la puntuación de Apgar al minuto de nacido se ha relacionado en forma directa con riesgo neonatal. Un puntaje de 0 a 4 conlleva 53% de morbilidad y 24% de mortalidad.

La puntuación menor de 7 a los 5 minutos de vida postnatal causa 80% de morbilidad y 62% de mortalidad. Sin embargo en valoración de riesgo al nacimiento solo se toma en cuenta la puntuación de Apgar al minuto de nacimiento, dado que a los 5 minutos dicho puntaje carece de valor como índice predictivo de la influencia de los factores extrínsecos.

La asfixia al nacimiento es un factor que influye de manera importante sobre la morbilidad neonatal. Entre las primeras causas de muerte neonatal se encuentra, en diversos informes, que la asfixia grave al nacer tal vez no sea causa directa de muerte, aunque sí es una muy importante causa secundaria. Esto es, el antecedente de asfixia al nacimiento está presente en más de la mitad de los casos de muerte neonatal; la asfixia no causa en forma directa la muerte pero se asocia con ésta, lo que demuestra su alta morbilidad que por lo común corresponde al tratamiento conservador; sin embargo, en los casos de la mala identificación o mal manejo en la asistencia al nacimiento la apnea primaria se deja evolucionar hasta un cuadro de apnea secundaria al nacimiento o incluso la muerte en el momento del nacimiento o inmediatamente después de éste(9).

La membrana hialina es una de las condiciones patológicas que con frecuencia solo se cataloga como síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Este es muy frecuente en casos de prematuridad, nacimientos por cesárea o hijos de madres diabéticas, Se manifiesta por disnea que principia en los días siguientes del nacimiento y se acentúa progresivamente; los ruidos intercostales son muy marcados, hay frecuencia oscuridad en las áreas torácicas respiratorias a la percusión y son habituales estertores finos, broncoalveolares(9).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se sabe que un marcado incremento en la morbilidad y mortalidad en embarazos gemelares, origina una alta incidencia de complicaciones durante el embarazo, al nacimiento y postnatales, poniendo así en un peligro latente al binomio, por lo que desde su inicio se considera un embarazo de alto riesgo, requiriendo así un manejo coordinado y eficiente de los servicios de perinatología y la unidad de cuidados intensivos neonatales, para intentar disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal.

Surge así la siguiente pregunta de investigación:

¿QUE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PRESENTAN LOS NEONATOS DE EMBARAZOS GEMELARES?

OBJETIVO:

I. Analizar los resultados neonatales de los embarazos gemelares con relación a la morbilidad fetal e identificar la edad gestacional mas frecuente de la terminación del embarazo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Toda paciente atendida en el servicio de unidad tocoquirúrgica u hospitalización del Hospital de Ginecología y Obstetricia Num. 3 Centro Médico Nacional La Raza DF con embarazo gemelar sin factor de riesgo identificado a su ingreso.
2. Pacientes atendidas entre el 1 de Enero del 2002 y 31 de Diciembre del 2002.
3. Pacientes sin patología agregada como estados hipertensivos del embarazo, diabetes mellitus, trastornos hematológicos, endocrinopatías.
4. Amenaza de parto que evoluciones hacia trabajo de parto e interrupción de la gestación.
5. Pacientes que fueron vistan por biología de la reproducción.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes en puerperio atendido en otra unidad.
2. Pacientes con factor de riesgo identificado durante la gestación.
3. Pacientes no derechohabientes.

HIPOTESIS:

HIPÓTESIS GENERAL:

Existe morbilidad y mortalidad neonatal en el segundo gemelo en el HGO # 3

H1.- Existe menor morbilidad y mortalidad neonatal en el segundo gemelo en el HGO # 3.

H0.- No existe mayor morbilidad y mortalidad neonatal en el segundo gemelo en el HGO # 3.

MATERIAL Y METODOS:

Es un estudio que se llevo a cabo a partir del 1° de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del mismo año en el hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 Centro Medico Nacional "La Raza." Del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Realizando una revisión de expedientes de las pacientes atendidas con embarazo gemelar dentro de la unidad toco quirúrgica. De dicha revisión se obtuvieron datos como la edad, paridad, si hubo complicaciones en alguna etapa de la evolución del embarazo y si existieron complicaciones durante el nacimiento y puerperio. Además de recurrir a la obtención de datos del recién nacido como sexo, talla, Apgar, edad gestacional al nacimiento por capurro, presentación al nacimiento y un parámetro que para nosotros es muy importante y que lo tomaremos como estándar de oro de nuestra atención general que ofrecimos al binomio; que son los días de hospitalización de la paciente durante su embarazo y de sus gemelos después del nacimiento.

De lo anterior se intentara realizar un flujograma de manejo para la paciente que cursa con embarazo gemelar y se intentara ponerlo en practica ya que consideramos es una patología que por la experiencia en base a los resultados obtenidos por la literatura se encuentra con múltiples internamientos durante el trascurso de su embarazo

Se realizo un análisis estadístico con medidas de tendencia central ya que nuestro estudio es de tipo descriptivo, observacional y clínico.

IMPLICACIONES ETICAS

De acuerdo a **LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS** en su titulo 5º de la ley general de salud y los reglamentos y normas vigentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, de acuerdo a la declaración de Helsinki y su modificación en Tokio.

No dañar la integridad física o moral de las personas.

Se revisaron expedientes clínicos guardando anonimato de los casos.

RESULTADOS

Se revisaron expedientes clínicos en un total de 135 casos de embarazos gemelares ocurridos en el Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del Centro Medico Nacional “La Raza” comprendido en el periodo del 1° de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2002, obteniéndose una tasa de 56 nacimientos gemelares por cada 1000 nacimientos (41.4%).

Se excluyeron 79 casos de los cuales 18 cursaron con preeclampsia severa, 12 con leve, 18 casos con Diabetes gestacional, 3 con diabetes tipo I, 18 casos de Lupus Erimatoso, 5 expedientes no se encontraron, 3 casos con Cardiopatía diversa y una con Insuficiencia renal crónica, teniendo entonces un total de 56 pacientes.

El grupo de edad más frecuente encontrado en este estudio fue de 26 – 34 años con 44.6% con una media de 24 años. Como se observa en el cuadro N° 1 y grafica 1

En lo que se refiere al control prenatal encontramos que solo 20 pacientes 35.7 % asistieron a un mínimo de visitas medicas (4) y 36 pacientes no asistieron a dicho control prenatal que fue del 64.28 %. De las pacientes que asistieron al control prenatal se observa en el cuadro N° 2.

En lo referente a ingresos previos a nuestro hospital se tuvieron 6 pacientes con diferentes patologías siendo la mas frecuente la Amenaza de parto pretermino que es una de las principales causas de ingreso en admisión como se muestra en el cuadro N° 3.

El embarazo gemelar se presento en 21 pacientes (37.5%) en su primera gestación, a 11 (19.6 %) en la segunda gestación, 10 (17.8 %) en su tercera gestación, 10 (17.8 %) en la cuarta, 3 (5.3 %) en la quinta y a la sexta gestación en 1 paciente (1.7 %). Como se observa en el cuadro N° 4.

La vía de resolución de gestaciones previas antes del embarazo gemelar fue de 23 (41.07%) pacientes con parto vaginal. Ocurrió aborto en 16 (28.5%) pacientes. Y cesárea en 13 (23.21%).

Se presentó 2 casos de esterilidad primaria con inductores de ovulación ambos casos utilizando citrato de clomifeno. 3 pacientes tuvieron incompetencia istmo cervical que ameritaron cerclaje.

Con relación a la edad gestacional en la que se realiza la interrupción de la gestación fue en promedio de 35.01 semanas, mas menos 3.5 semanas, encontramos que el mayor porcentaje se presenta de las 37 a las 42 semanas con un 32.14 % de los casos como se observa en el cuadro N° 5 y grafica 2.

El diagnostico por el cual se interrumpió la gestación se muestra en el cuadro N° 6. Siendo el diagnostico mas frecuente de interrupción del embarazo el trabajo de parto activo y la Ruptura prematura de membranas.

Las complicaciones postoperatorias que se presentaron fueron histerectomía obstétrica por placenta acreta, otra por atonía uterina irreversible a manejo medico.

Los días de estancia intrahospitalario previo a la interrupción de embarazo en promedio fue de 2 días más menos 2. Los días de estancia intrahospitalario en total tuvieron un promedio de 5 días como se muestra en el cuadro N° 7.

Con relación a la presencia de infecciones se encuentra alta incidencia de infección de vías urinarias para un 25%. El 14.28 % para la cervicovaginitis. Observándose más frecuentemente en edad gestacional de 34semanas para las infecciones de vías urinarias y a las 36semanas para la cervicovaginitis como se observa en el cuadro N° 8y grafica 4

Se obtuvieron un total de 112 productos uno de los cuales fue óbito (gemelo2 con embarazo de 30 semanas.), de los cuales 54 (48.21%) pertenecieron al sexo masculino, 58 (51.78%) pertenecieron al sexo femenino como se observa en la Grafica 3.

La talla promedio fue de 47cm mas / menos 9.5 cm. La media promedio de nacimiento fue a las 15.05 min.

El peso promedio fue de los productos gemelares 2363 gr. Para el gemelo I y de 2545gr.para el gemelo II.

El Apgar obtenido tanto en el gemelo 1 como en le gemelo 2 se expresan en el cuadro N° 9.

El tipo de presentación que ocurrió más frecuente fue la pélvica con 63 casos (58.71%) y cefálica en 49 casos (43.75 %) no importando si fue gemelo uno o gemelo dos solo es la totalidad de los casos. Como se observa en el cuadro N° 10.

Se presento un feto con gastrosquisis (0.89%) el cual fue enviado al servicio de Cirugía Pediátrica; también obtuvimos dos fetos con labio y paladar hendido que correspondieron al gemelo uno (1.78%). En los gemelos numero dos se tuvo un feto con Síndrome de Down (0.89%). Teniendo una incidencia de malformaciones en embarazo gemelar de 3.57% el cual corresponde a lo expresado en la literatura.. Como se observa en la grafica 5

En lo que se refiere a los ingresos a la terapia neonatal fueron 28(25%) recién nacidos. De los cuales 14 fueron en el gemelo I (12.5%); y 14(12.5%) en el gemelo II. Los días de estancia en el servicio de UCIN fueron con promedio aproximado para el gemelo I de 37 días con un rango 3 a 60 días. Para el gemelo II fue de 32 días con un rango de 2 a 48 días. Dentro de este servicio se tuvieron un total de 5 muertes (17.85%). De los cuales 3 (10.71%) ocurrió en los gemelos I y 2 (7.14%) en el gemelo II ambos con diagnostico de asfixia severa. Como se observa en la grafica 6

En lo que se refiere a la morbilidad de los gemelos estudiados los diagnósticos de ingreso al servicio de la UCIN son los que se muestran en el cuadro N° 11.

La revisión de placentas posterior al evento obstétrico mostró los siguientes tipos; 36 (64.28%) casos momocoriònica y biomniòtica. Bicoriònica y biamniòtica 19 (33.9%) y un caso de monocoriònica y Monoamniòtica (1.78%). Como se observa en el cuadro N° 12.

COMENTARIOS:

La tasa de presentación de embarazos gemelares repostados por nuestra serie fue de 56 por cada 1000 nacimientos. Esta tasa es alta con relación a la reportada en Japón y casi igual con la reportada en Nigeria (1). El embarazo gemelar se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes. En nuestro trabajo se tiene una media en la edad de 24 años a diferencia de la reportada en la literatura mundial que es aproximadamente de 30 a 34 años (1).

Con relación al control prenatal se observa claramente que se tiene un bajo porcentaje de asistencia ya que se obtuvo un porcentaje de 37% que asistieron a dicho control y un 64% que no asistieron a control prenatal lo que les permitiría haber podido llegar a una edad gestacional adecuada para evitar así complicaciones tales como Ruptura prematura de membranas y cuadros repetitivos de amenaza de parto pretermino, e incluso algo mas grave como la histerectomía obstétrica.

El embarazo gemelar correspondió en 21 pacientes (53%) en su primera gestación que son mas de la mitad de las de mas paciente con diferente numero de gestaciones. Lo que difiere un poco con la literatura la cual menciona que entre mas edad y más numero de gestaciones el riesgo para tener un embarazo gemelar es mayor (1).

Lo que encontramos en este estudio respecto al diagnostico para interrumpir el embarazo fue el trabajo de parto con un 26.78% y las ruptura prematura de membranas, lo cual es compatible con la literatura. Cabe hacer notar que siguen siendo causas previsibles al tener un buen control prenatal.

La infección de vías urinarias es una de las patologías que ocurren con mas frecuencia en el embarazo gemelar lo que con lleva a gran índice de morbimortalidad neonatal por prematures.

En lo que se refiere al promedio de edad gestacional en la cual se interrumpió el embarazo fue a las 35 la cual concuerda a lo que se reporta en la literatura (4).

Con relación al sexo no existió diferencia significativa.

Como se ha reportado anteriormente (8) los pesos de los productos gemelares 2363 gr. Para el gemelo I y de 2545gr. para el gemelo II

La morbilidad de los productos de la serie estudiada por nosotros fue 25% ya que estos productos cursaron dificultad respiratoria tal y como se reporta en la referencia numero (2).

ANEXOS

Cuadro 1.

EDAD MATERNA

Edad	Pacientes	Porcentaje
15 – 25 años	19	33.9 %
26 – 34 años	25	44.6%
35- 40 años	12	21.4 %
Total	56	100 %

Cuadro 2

CONTROL PRENATAL

Nº de consultas	Pacientes	Porcentaje
1 – 2 veces	8	40%
3 – 4 veces	11	55%
5 – 6 veces	1	5%
Total	20	100%

Cuadro. 3

INGRESOS HOSPITALARIOS

Numero de ingresos	IVU + APP	CV + APP	%
1	1	1	3.57
2	1	2	5.35
3	1		1.78

Cuadro 4.**INCIDENCIA DE EDAD GESTACIONAL POR NUMERO DE EMBARAZO**

GESTAS	PACIENTES	%
I	21	37.5
II	11	19.6
III	10	17.8
IV	10	17.8
V	3	5.3
VI	1	1.7

Cuadro 5**SEMANAS DE GESTACIÓN DE TERMINACION DEL EMBARAZO**

Semanas de gestación	Pacientes	Porcentajc.
26 - 28	4	7.14
29 - 31	7	12.5
32 - 34	10	17.85
35 - 36	17	30.35
37 - 42	18	32.14

Cuadro 6.

DIAGNOSTICO DE INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO

DIAGNOSTICO	Pacientes	%
Trabajo de parto	15	26.78
Trabajo de parto más RPM	14	25.00
Trabajo de parto más IIC	3	05.35
Trabajo de parto más IVU	2	03.57
Trabajo de parto más CV.	1	01.78
Trabajo de parto más IVU más PIC.	1	01.78
Trabajo de parto más RPM más IVU	1	01.78
Trabajo de parto más RPM más CV.	1	01.78
Trabajo de parto más esterilidad primaria	2	03.57
RPM	1	01.78
RPM más IVU	8	14.28
RPM más CV	4	07.14
RPM más CV más Placenta previa.	1	01.78
RPM más CV más IVU	1	01.78
RPM más BRF	1	01.78

Cuadro 7**DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA ACUMULADA**

Días de estancia	Pacientes	Porcentaje
3 - 4	37	66.07
5 - 6	4	07.14
7 - 8	15	26.78

Cuadro 8**MORBILIDAD MATERNA**

Semanas	Pac con IVU	Pac. con CV	Pac con CV + IVU	Porcentaje
27	1		1	3.57%
28	1			01.78%
30	1			01.78%
31	2	1		05.35%
32		1		01.78%
33	2	1		05.35%
34	3	1		07.14%
35	1	1		03.57%
36	2			03.57%
37	2			03.57%

Cuadro 9**VALORACION APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS.**

Apgar	Gemelo I	Gemelo II	%
3-6		1	0.90
4-7	1	1	1.80
5-7	3	2	4.50
6-7	2	2	3.60
6-8	2	3	4.50
7-8	2	1	2.70
7-9	3	1	3.60
8-9	42	45	78.37

Cuadro 10.**TIPOS DE PRESENTACION**

	Gemelo I	Gemelo II	Porcentaje
Cefálico	33	16	43.75
Pélvico	23	40	58.71

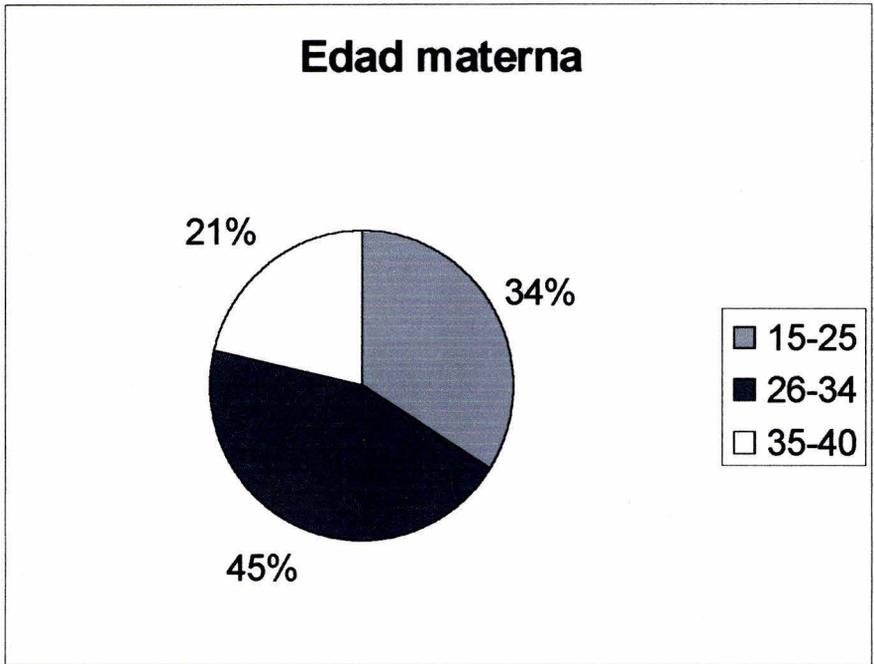
Cuadro 11.**MORBILIDAD FETAL**

Patología	Gemelo I	Gemelo II	%
Asfixia leve	4	4	28.57
Asfixia Moderada	4	3	25.00
Asfixia Severa	6	7	46.42
Total	14	14	100

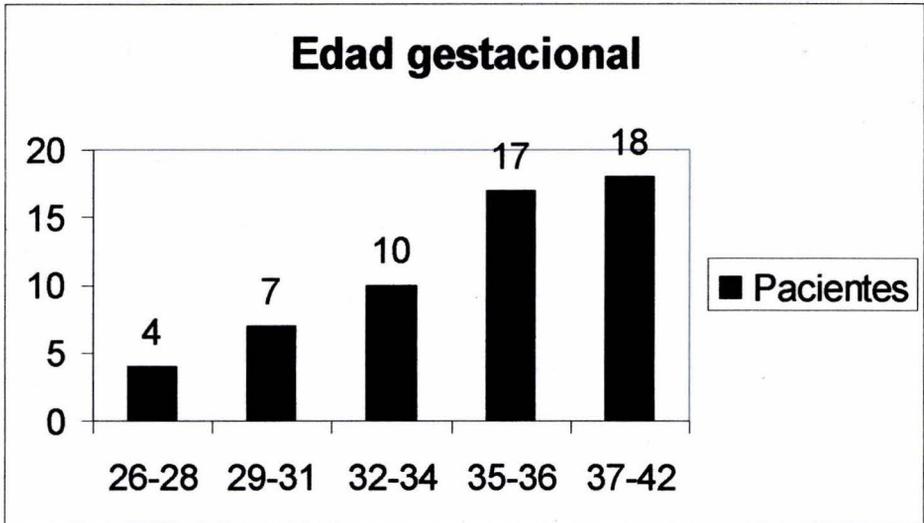
Cuadro 12.**TIPO DE PLACENTA Y AMNIOS**

Corio / Amnios.	Monoamniòtica	Biomaniòtica	Total
Monocoriònica	1	36	37
Bicoriònica		19	19
			56

GRAFICA 1

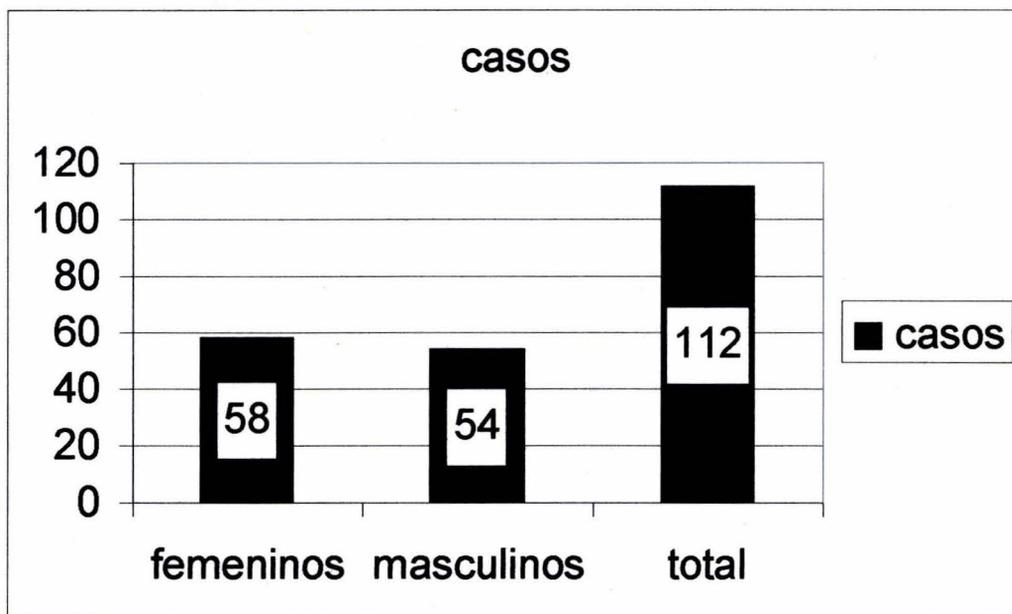


GRAFICA 2

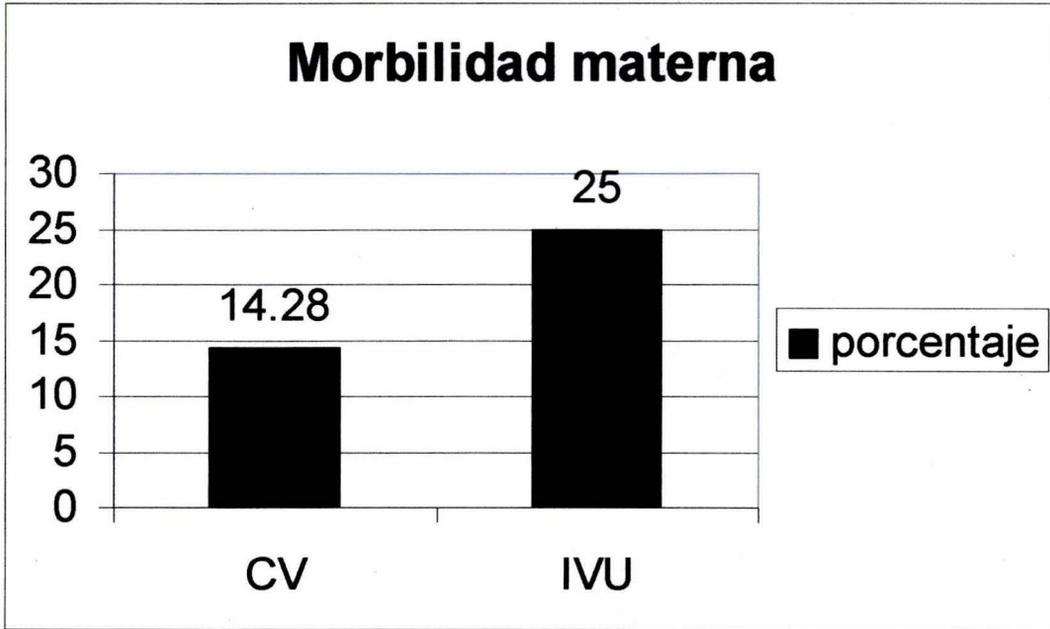


ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

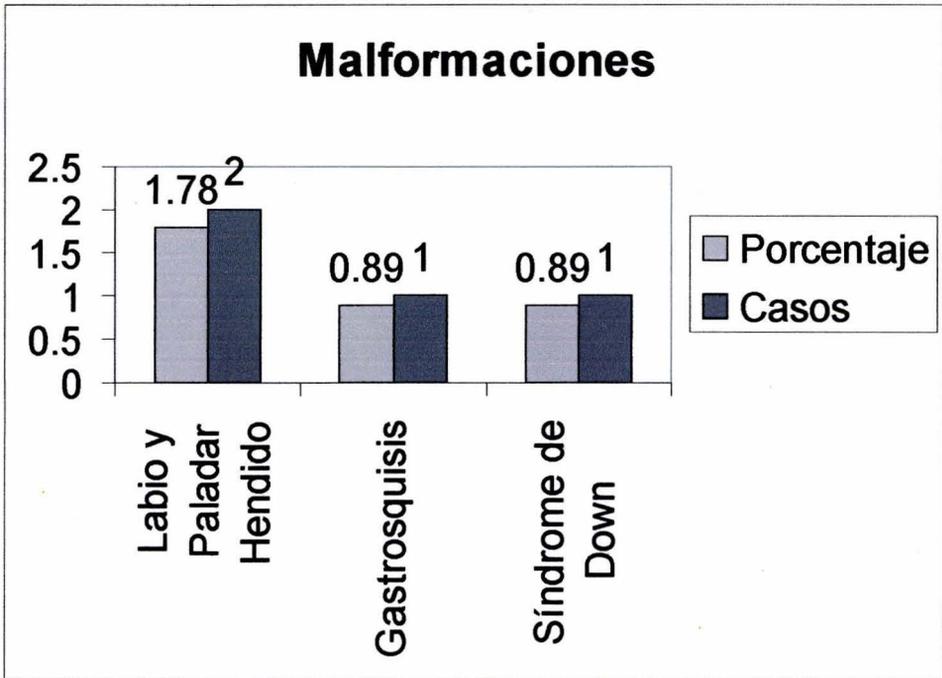
GRAFICA 3
TIPOS DE SEXO



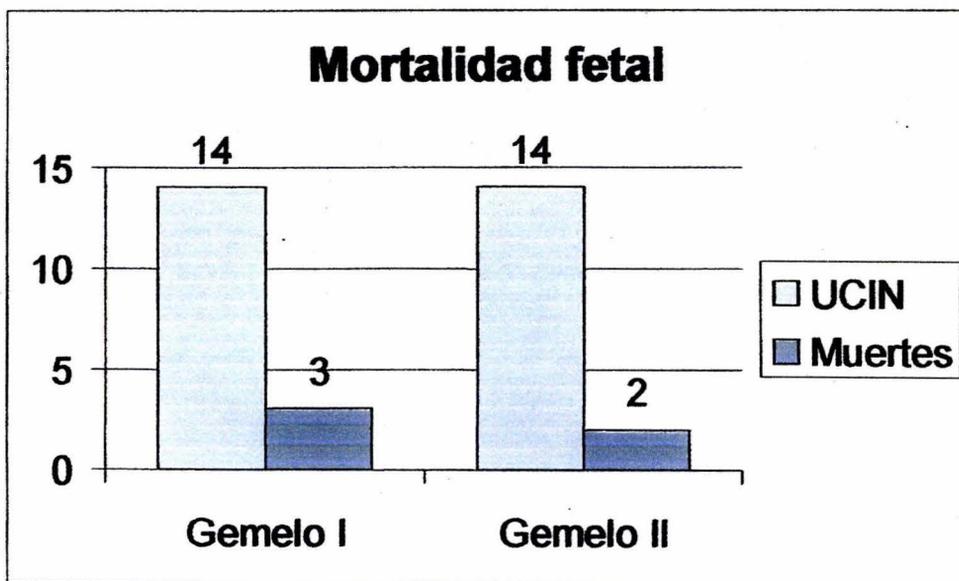
GRAFICA 4



GRAFICA 5



GRAFICA 6



CONCLUSIONES:

1. La incidencia de embarazo gemelar en el Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del Centro Medico Nacional "La Raza" Del IMSS. Es de una tasa de 56 por 1000 nacimientos.
2. El embarazo gemelar se considera de alto riesgo ya que este tipo de gestación se complica principalmente con amenaza de parto pretermino así como ruptura de membranas por lo cual el control prenatal es muy importante para prevenir factores desencadenantes de estas complicaciones.
3. Se obtuvieron un 25% de productos que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales por prematurez y asfixia en sus diferentes grados lo que se traduce en costo beneficio
4. No existe diferencia significativa de la morbilidad y mortalidad entre ambos gemelos.
5. La edad gestacional mas frecuente de interrupción del embarazo gemelar fue a las 35 semanas tal y como se reporta en la literatura.
6. Se observo que la principal causa de morbilidad en pacientes con embarazo gemelar puede ser previsible a través de un control prenatal adecuado.

BIBLIOGRAFIA:

1. Tur, Rosa. Prevention of high order multiple pregnancy. *Human Reproduction*. 17 (5): 1411-1412, May 2002.
2. Hunter Alson. Soothill, Peter. Iatrogenic multiple pregnancy: Clinical implications. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 94 (10): 546, October 2001.
3. Schnorr, Jonh A. M.D...Doviak, Mike J. Ph.D.Mausher, Suheil J.M.D. Impact of crypreservation program on the multiple pregnancy rate associated with assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility*. 75(1): 147-151, January 2001.
4. Hartley, Rebecca S. Emanuel, Irvin. Perinatal mortality and neonatal morbidity rates among twin pairs at different gestational ages: Optimal delivery timing at 37 to 38 weeks' gestation. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. 184 (3) 451-458 February 2001.
5. Katharine D, Wenstrom, MD, Stanley A. Gall MD. Incidencia, Morbilidad y Mortalidad y Diagnostico de los Embarazos gemelares. *Clínicas de Perinatología* 1988; 1; 1-12.
6. Wadi A. Bardawil MD, Ramakrishna L. reddy MD. Consideraciones placentarias en embarazo múltiple, *Clínicas de perinatología* 1998; 1; 13-40.
7. Oshu -- Jaczewska R. Lempart O. Ochabska Z. Prognosis for the newborn from multiple pregnancy. *Act Gen Med Gem*. 1979; 22; 10-16.
8. Pritchard, McDonald, Gant. *Williams Obstetricia*. 20a Edición Español editorial Salvat 1998.
9. Valenzuela, H. Rogelio, Luengas Bartels J. *Manual de Pediatría*. 11ª Edición. Español. Interamericana. MacGraw-Hill. 1993.