

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SECRETARIA DE SALUD

**MORBI-MORTALIDAD MATERNO FETAL EN
EMBARAZO GEMELAR EN EL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
ORGANISMO CENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. HÉCTOR BARUCH ZÚNIGA RODRIGUEZ

TUTOR DE TESIS:
DR. FAUSTO CORONEL
JEFE DE INVESTIGACIÓN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERINATOLOGIA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



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.

SUBDIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



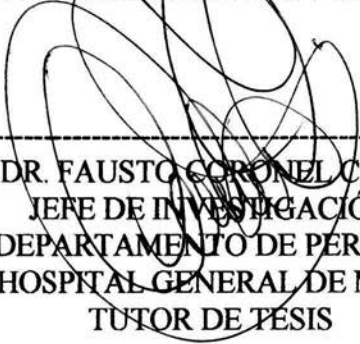
DR. GREGORIO MAGAÑA CONTRERAS
JEFE DE LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO DE
GINECOOBSTETRICIA
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.



DR. ALFONSO CONTRERAS PORRAS
JEFE DE ENSEÑANZA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. FAUSTO CORONEL CRUZ
JEFE DE INVESTIGACIÓN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE PERINATOLOGÍA
DE HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
TUTOR DE TESIS

INDICE:

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema y justificación.....	11
Hipótesis.....	11
Objetivo.....	12
Material y métodos.....	14
Resultados.....	16
Comentario.....	20
Conclusiones.....	23
Bibliografía.....	25

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por todo lo que nos concede.....

Doy gracias a mis padres y hermano, por que gracias a ellos soy lo que soy.....

Doy gracias al amor de mi vida por el apoyo, paciencia que me ha dado....

Doy gracias a mis maestros.....

Doy gracias a las pacientes del Hospital General de México....

ANTECEDENTES

EMBARAZO GEMELAR

El fenómeno de el embarazo gemelar ha fascinado a la humanidad a través de la historia; a largo de los siglos y en todas las culturas, los nacimientos múltiples han generado temor e interés. El interés para conocer acerca del embarazo gemelar; además de saber la historia, biología, es importante conocer los cambios en fisiología para poder llevar un adecuado control prenatal y prevenir las complicaciones obstétricas que pudieran presentarse, dando a la madre y a sus hijos una adecuada atención. El embarazo gemelar se presenta en un bajo porcentaje, correspondiendo a un número importante de muertes neonatales y perinatales.

La referencia de gemelos se remonta a la leyenda de Rómulo y Remo en la mitología Griega. En la edad media en Europa, el nacimiento de gemelos era representativo de infidelidad conyugal ya que dos bebés implicaban dos padres. Los registros de los cultos a los gemelos en África del siglo XVII ilustra la diversidad de las reacciones, ya que en ciertas áreas les rendían culto, mientras que en otras los aborrecían al punto de llegar al infanticidio. A la inversa en tribus indígenas americanos les atribuían poderes sobre naturales a los gemelos y creaban elaborados rituales entorno a ellos. Durante los últimos 100 años, estas costumbres y creencias diversas han cedido paso a una mejor comprensión biológica del embarazo gemelar y a la acumulación de datos científicos al respecto. El estudio de embarazo gemelar comenzó a finales del siglo XIX cuando Sir Francis Galton intentó analizar por primera vez la disyuntiva entre la naturaleza y la alimentación entre los gemelos, a partir de entonces se han generado un gran número de estudios acerca de el embarazo gemelar. (2)

Como definición el embarazo múltiple, es la gestación en la que existen dos ó más fetos. La costumbre ha establecido denominar embarazo gemelar cuando se trata de dos fetos, sin embargo por definición de el término gemelo se refiere a cada uno de los productos de una gestación múltiple independientemente de el número de estos. (3)

La frecuencia del embarazo gemelar es variable dependiendo la población estudiada, mas elevada en raza negra y menor en orientales. La frecuencia de embarazos múltiples en raza blanca puede llegar a ser de 20 por cada 1000 nacidos vivos. En China hay 3 gemelos por cada 1000 nacidos vivos, en Escocia 12.3 por cada 1000 nacidos vivos y en Nigeria 57,2 por cada 1000 nacidos vivos. Estas diferencias se encuentran en gemelo Dicigóticos (uno de cada tres embarazo gemelares) ya que los monocigóticos permanecen constantes de 3.5 por cada 1000 nacidos vivos. (1)

El embarazo gemelar monocigótico no se ve modificado por las características maternas, edad ó paridad. En cambio la frecuencia de embarazos Dicigóticos se ve modificado por la edad materna incrementándose de 3 en 1000 en mujeres menores de 20 años, a 14 en 1000 en mujeres con edad entre 35 y 40 años. También la frecuencia de embarazo gemelar dicigótico aumenta con a paridad sin importar la edad materna. (6)

Sin embargo en las últimas décadas esta incidencia se ve modificada por el uso de fármacos inductores de el ovulación y técnicas de reproducción asistida (4). En 1993 fue el primer año en la historia de los Estado Unidos en el que los nacimientos múltiples excedieron la cifra de 100,000, el estudio elaborado demostró que el aumento de los nacimientos múltiples se debía al uso de una terapéutica estimulante de la fertilidad por parte la las mujeres mayores, típicamente blancas con un nivel socioeconómico alto. (5)

CLASIFICACIÓN:

Embarazo Gemelar monocigótico; idénticos, uniovulares ó gemelos de un solo óvulo, del mismo sexo. Su genotipo es el resultado de una división precoz de un óvulo fecundado por un espermatozoide, en dos masas celulares que contienen la misma información genética. (1)

Embarazo gemelar Dicigótico: fraternos, biovulares, no idénticos ó gemelos de dos óvulos. Los cuales son el resultado de una fecundación de dos óvulos por diferentes espermatozoides, que da lugar a una dotación de genética materna y paterna diferente para cada niño. La placentación es más compleja en el embarazo monocigótico. El número de corion y amnios varía según el momento de la fecundación en que se produce la división del cigoto. La división del cigoto después de 72 hrs. de la fecundación se presenta en un 30% dando como resultado un embarazo gemelar bicoriónico-biamniótico. La división a los 4-8 días después de la fecundación se presenta en un 65% dando lugar a un embarazo gemelar monocoriónico biamniótico. La división de el cigoto después de 8-12 días después de la fecundación se presenta en un 5% dando como resultado un embarazo gemelar monocoriónico monoamniótico. Si la división se presenta después de los 13 días de la fecundación se obtendrá un embarazo gemelar con niños siameses. (1)

COMPLICACIONES:

La morbi-mortalidad aumenta 3 a 7 veces en las gestaciones múltiples. Las causas son la mayor incidencia de hipertensión durante el embarazo (14-20%) comparado con un 6-8% en las gestaciones únicas, la sepsis asociada a Ruptura Prematura de Membranas, es tres veces mas frecuente. La hemorragia post parto se presenta en un 20% de los embarazo gemelares. Otras complicaciones son el trabajo de parto pretérmino, la hipertensión arterial, y la muerte fetal. (1)

Los problemas que afectan el desarrollo fetal y neonatal, son el parto pretérmino y la ruptura prematura de membranas, el síndrome de transfusión feto-feto, la restricción en el crecimiento intrauterino, anomalías congénitas, problemas de cordón, malas presentaciones, entre otras . La morbilidad Perinatal de los gemelos está alrededor de un 14.2 %, 3 a 11 veces superior que en partos únicos, presentándose principalmente el problema neonatal (50%) más que fetal (28%) y de estos los segundos gemelos con una mortalidad de un 14% comparada con un 9% para el primer gemelo.(1)

Los gemelos monocoriónicos, monoamnióticos presentan peor pronóstico con una mortalidad hasta del 50%, los monocoriónicos biamnióticos del 26%. El mejor pronóstico es para los gemelos bicoriónicos biamnióticos con una mortalidad hasta del 9%, comparándola con los partos únicos de 3%, siendo las principales complicaciones el parto pretérmino ó ruptura prematura de membranas, el síndrome de transfusión de gemelo-gemelo, defectos congénitos, insuficiencia placentaria y parto traumático. La peor amenaza es el parto pretérmino en un 22-54%, la restricción en el crecimiento intrauterino 12-34 % . (1)

Los avances en la medicina materno fetal y en cuidados neonatales en las últimas décadas han disminuido la morbimortalidad en los embarazo gemelares. Desgranges et al reportó una mortalidad Perinatal de 95 por cada 1000 en 213 gemelos nacidos entre 1969 y 1973 comparado con 56 por cada 1000 en 221 gemelos nacidos entre 1974 y 1979 en el Hospital de Notre Dame en Montreal. Durante estos periodos no hubo una diferencia significativa en las muertes fetales (28 por cada 1000 vs 32 por cada 1000) pero la mortalidad neonatal disminuyó de 68 por cada 1000 a 24 por cada 1000. (6)

Con el uso rutinario de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal anteparto, Rattan notó una marcada reducción de la mortalidad fetal después de la semanas 32 de gestación; comparando 153 nacimientos de gemelos entre 1975 y 1979 (con una mortalidad de 23 por cada 1000) con 160 nacimientos de gemelos en 1980 y 1983 (con una mortalidad de 0 por cada 1000). (6)

COMPLICACIONES:

Hipertensión

Las pacientes con embarazo gemelar presentan una mayor frecuencia de hipertensión durante el embarazo. Un número importante se presenta sin proteinuria.

Anemia

Es una complicación frecuente del embarazo gemelar. Aparece en un 9.4%, comparada con un 4.1% en los embarazos únicos. Se produce como una consecuencia de la expansión del volumen intravascular. El elemento predominante es el aumento de volumen intravascular, produciendo una caída en el hematocrito y de los niveles de hemoglobina. (1)

Hemorragia postparto

Generalmente se deben a atonía uterina, esta es más frecuente cuando los embarazos gemelares se aproximan al término, cuando las fibras musculares se han distendido al máximo. (1)

Parto pretérmino

Sin duda una de las complicaciones más frecuentes en los embarazos gemelares es la amenaza de parto pretérmino; un estudio realizado en Estados Unidos de 1980 a 1994 mostró que en los embarazos únicos solo el 1.2 % nacieron antes de las semanas 32 en cambio los embarazos gemelares dobles 11 % y en los trillizos 31 %. Además los niños que nacían antes de la semana 35 de gestación el 3.1% grande embarazo únicos, 25% eran gemelos dobles, y 67% eran trillizos. (6)

El factor más importante con la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal es el bajo peso al nacer. Aproximadamente un 55% de los gemelos tenían un peso inferior a 2500grs. En la mayoría de los casos este es el resultado del parto pretérmino ó de la ruptura prematura de membranas. La razón para el parto pretérmino aun no está determinada algunos piensan que es por una sobre distensión uterina, otra hipótesis en que la causa sea la infección uterina. Parece ser que la sobres distensión uterina produce una apertura precoz del cervix y de la exposición de membranas a la flora bacteriana vaginal lo que provoca una amnionitis con las membranas intactas. (1)

Crecimiento discordante

Este problema afecta a una 15-30 % de los embarazos gemelares. Se clasifican en Grado I con una diferencia del 15-25%. Grado II con una diferencia mayor al 25%, Se han utilizado medidas ecografíllas para el diagnóstico, como medir el perímetro cefálico, tomando como referencia que sea mayor del 5% ó una diferencia en el diámetro biparietal de 6mm. Después se propuso utilizar la medición de l perímetro abdominal, haciendo el diagnóstico por diferencia de 20mm en el diámetro y últimamente se ha utilizado una diferencia de 15-20 % del peso fetal estimado. (1)

Las causas de crecimiento discordante son masas placentarias diferentes, presentándose con mayor frecuencia en gemelos bicoriónicos, síndromes genéticos y el síndrome de transfusión gemelo a gemelo. (1)

El crecimiento discordante debido a síndromes genéticos se producen tanto en gemelos monocoriónicos como dicoriónicos, pero es más frecuente en gemelos con placenta monocoriónica. Generalmente la discordancia en el crecimiento se detecta en las semanas 16-20. Los defectos de tubo neural, las anomalías cardíacas y los defectos cromosómicos son los problemas subyacentes más frecuentes. (1)

Síndrome de Transfusión de Gemelo a Gemelo

Es una complicación que afecta el 5-17% de los embarazos gemelares monocoriónicos. El problema se origina por la existencia de comunicaciones vasculares, produciendo un desequilibrio en la circulación, que provoca anemia en uno y policitemia en otro. Las anastomosis vasculares en las placentas monocoriónicas pueden ser de arteria a arteria y de vena a vena. Para que se tenga un síndrome de transfusión de Gemelo a Gemelo se requiere que la anastomosis sea de arteria a vena. (1)

Los criterios más utilizados para diagnosticar el síndrome de transfusión de gemelo a gemelo son una diferencia en el hematocrito y en el peso al nacer de más del 20%. El diagnóstico prenatal de transfusión de Gemelo a Gemelo es de presunción y se requiere que se cumplan las siguientes condiciones: Solo se observa una placenta por ecografía b) los gemelos son del mismo sexo 3) existe una membrana fina de separación entre los gemelos 4) hay una discordancia del 20% o mayor entre los gemelos en el peso fetal estimado 5) existe discrepancia significativa en el volumen de líquido amniótico que rodea cada gemelo 6) se aprecia hidropesía fetal en uno ó dos de los gemelos 7) los cordones umbilicales tienen diferente tamaño 8) la edad gestacional es menor de 28 semanas(1)

El gemelo clavado es un término que se utiliza para describir la imagen ecográfica de una forma extrema de síndrome de transfusión Gemelo a Gemelo. En estos casos el gemelo donante es mucho más pequeño, con menos líquido amniótico alrededor, parece estar clavado contra la pared del útero contrastando con un gran tamaño y con el saco con polihidramnios del gemelo receptor. La mortalidad del gemelo clavado es del 80%, reduciéndose considerablemente hasta un 30% tras el tratamiento con amniocentesis seriadas. (1)

Gemelos Monoamnióticos

Los embarazos de gemelos monoamnióticos son relativamente raros con una incidencia aproximada de uno por cada 12,500 nacimientos. Presentando una alta mortalidad Perinatal de aproximadamente el 50%, provocada principalmente por el cruzamiento de los cordones; La transfusión Gemelo a Gemelo, las anomalías congénitas y el parto pretérmino (1)

Muerte fetal de uno de los gemelos

La muerte de alguno de los gemelos se produce aproximadamente en el 3-4% de todos los embarazos gemelares, la mayoría de de las muertes se presentan en los monocoriónicos. El problema más importante es que la mortalidad y la morbilidad del gemelo sobreviviente se ve seriamente afectada hasta en un 48% y aproximadamente el 20% de estos presentan lesiones neurológicas. El efecto de la muerte en el gemelo sobreviviente se ve determinada por la edad gestacional a la que se produzca. Una muerte fetal a la semana 14 no produce ningún riesgo.

Después de la semana 14 las cosas cambian y las secuelas que presenta el gemelo sobreviviente son principalmente las lesiones neurológicas, que probablemente se deba a la transferencia de tromboplastina desde el niño muerto, que da lugar a oclusiones trombóticas arteriales. La oclusión de las arterias cerebrales media y anterior provoca encefalomalacia multiquística. Además que puede ocurrir necrosis cortical renal. La muerte de uno de los gemelos también puede tener efecto mórbido sobre la madre. El problema más serio es la coagulación Intravascular Diseminada. Esta puede producirse 3 ó más semanas de la muerte del feto. (1)

Anomalías Congénitas

Las malformaciones son más frecuentes en embarazos gemelares que en embarazos únicos se ha observado una incidencia de 10% para los gemelos frente a un 3% en embarazos únicos. Las más habituales son el labio paladar hendido, los defectos de sistema nervioso central y trastornos cardiacos. Las anomalías congénitas son más frecuentes en monocigóticos y en gemelos del mismo sexo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El Embarazo gemelar es un evento de alto riesgo obstétrico y Perinatal, debido a que es un reto para el gineco-obstetra llevarlo a término con una evolución satisfactoria, dado que se pueden presentar múltiples complicaciones materno-fetales. En el puerperio como Hemorragias postparto; así como repercusiones en los fetos como Crecimiento Discordante, Transfusión feto-feto, Muerte de un feto, etc. Por lo que el Gineco-obstetra debe estar capacitado para llevar a cabo un adecuado control prenatal, detectar y tratar de forma oportuna las complicaciones.

HIPÓTESIS

La mujer con embarazo gemelar tiene una mayor morbilidad materna y fetal que el embarazo con feto único.

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar la morbilidad de pacientes con embarazo gemelar del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital general de México, área de Perinatología, de enero del 2000 a Diciembre del 2003.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Determinar:

Edad en años de las pacientes

Gestaciones, partos, cesáreas y abortos

Incidencia de Enfermedad Hipertensiva Inducida por el embarazo

Amenaza de parto pretérmino

Diabetes Gestacional

Ruptura prematura de membranas

Edad gestacional a la que terminó el embarazo

Vía de interrupción de el embarazo

Complicaciones post parto

Determinar en los productos:

APGAR

Peso

Sexo

Presentación

Complicaciones

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, y descriptivo de los resultados perinatales en pacientes que acudieron a atención obstétrica al servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido de enero del 2000 a diciembre del 2003, con diagnóstico de Embarazo Gemelar, área de Perinatología.

Los criterios de Inclusión :

Pacientes con diagnóstico de embarazo gemelar.

Al menos dos consultas de control prenatal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, área de Perinatología.

Que la resolución del embarazo se hubiera realizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, área de Perinatología.

Los criterios de Exclusión:

Pacientes con embarazo de feto único.

Menos de dos consultas de control prenatal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, área de Perinatología.

Resolución del embarazo en otro Hospital.

Se revisaron 271 expedientes en total, de pacientes de el Servicio de Perinatología del Hospital General de México, las cuales llevaron control prenatal en esta unidad. El diagnóstico de Embarazo Gemelar fue realizado por clínica y por Ultrasonido Obstétrico.

Las variables analizadas se muestran en la tabla 1.

RESULTADOS

Se estudiaron 271 pacientes con Embarazo Gemelar, que acudieron al servicio de Perinatología, de el Hospital General de México de Enero del 2000 a Diciembre de 2003.

Las pacientes se encontraban en rangos de edad de 16 a 41 años, con un promedio de edad de 25 años. Teniendo una mayor frecuencia entre 21-25 años 95 pacientes (35.2%), 15-20 años 61 pacientes (22.5%), 26-30 años 57 pacientes (21%), 31-35 años 36 pacientes (13.2%) 36-40 años 20 pacientes (7.4%) más de 40 años 2 pacientes (0.7%).figura 1

La mayoría de las pacientes fueron secundigestas 100 pacientes (37%), 95 multigestas (35%) y 76 primigestas (28%). Figura 2

La edad promedio a la que se interrumpió en el embarazo fue a las 36.2 semanas. Encontrando 136 pacientes que se interrumpió el embarazo entre 37-40 semanas (50.3%) 116 pacientes entre 32-36 semanas (42.8%) 6 pacientes entre 20-24 semanas (2.2%) 5 pacientes entre 28-31 semanas (1.8%) 4 pacientes entre 25-18 semanas (1.5%) 4 pacientes de más 41 semanas(1.5%) Figura 3

De las pacientes estudiadas en 124 pacientes se interrumpió el embarazo antes de las semana 37. De estas 58 cursaron con Amenaza de parto pretérmino lo que representa un 21.4% de las pacientes .

Así como 25 pacientes cursaron con Ruptura prematura de membranas, lo que representa 9.2%. Solo una de las pacientes cursó con Diabetes gestacional. Tabla 2

De el total de las pacientes estudiadas 24% cursaron con Enfermedad Hipertensiva Asociada al Embarazo(64 pacientes); de las cuales 1 curso con Hipertensión Transitoria, 31 con Preeclampsia Leve, 27 con Preeclampsia Severa, 3 con Síndrome de HELLP, 2 con Eclampsia. La pacientes que cursaron con Preeclampsia severa, eclampsia y Síndrome de HELLP fueron tratada en la unidad de Terapia de Ginecología. Tabla 2

En las pacientes estudiadas 7 pacientes presentaron Hemorragia Uterina postparto (2.5%) de las cuales 5 fueron por Hipotonía Uterina, 2 por Atonia uterina. De estas pacientes a 2 se les realizó Histerectomía obstétrica por hemorragia que no revirtió a tratamiento.

El Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserterta se presentó en 4 pacientes. De estas pacientes a 2 se les realizó Histerectomía Obstétrica. Hubo otra paciente que se realizó Histerectomía por Hematoma disecante de ligamento ancho e Infundíbulo.

De las 271 pacientes estudiadas, 243 se resolvió el embarazo por operación cesárea(89.6%), y 28 por parto vaginal (10.4%). El 34.2% de las presentaciones fueron cefálico-cefálico (93 pacientes), el 28.3% fueron cefálico-pélvico (77 pacientes), el 12.8% fueron pélvico-cefálico (35 pacientes), el 13.3% fueron pélvico-pélvico (36 pacientes), el 6.4% fueron cefálico-transverso (17 pacientes), y el 5% fueron pélvico-transverso (13 pacientes). Figura 4

En lo referente al número de placentas y bolsas amnióticas se encontró que 168 pacientes fueron embarazos monocoriónicos-biamnióticos (61.9%), 94 pacientes bicoriónicos-biamnióticos (34.6%), 9 pacientes monocoriónicos-Monoamnióticos (3.5%).
Figura 5

No se registraron muertes maternas en el periodo estudiado.

El peso promedio de los productos fue de 2086grs para el gemelo 1 y 2055 grs para el gemelo 2, el 78.6% tuvo un peso menor a 2500grs. La diferencia de nacimiento entre un gemelo y otro fue de 2.2min.

El APGAR promedio de los gemelos fue de 8 y 9 , al minuto y a los 5 minutos respectivamente. Hubo 14 Óbitos en los G 1y 13 para el gemelo 2

De los gemelos I, 121 fueron masculinos y 150 femeninos, para los gemelos II, 145 fueron masculinos y 126 femeninos. Tabla 3
Dentro de las complicaciones de los productos se encontraron 8 pacientes con oligohidramnios severo sin ningún bolsillo medible por ultrasonido, 3 con Prueba estresante sugerente de compromiso en el bien estar fetal , 2 con sufrimiento fetal agudo, 1 con prolapso de cordón de gemelo 1.

Se encontraron 18 casos de Síndrome de Transfusión feto-feto (7%), 1 caso de feto Papiraceo .

COMENTARIO

Durante el periodo estudiado hubo un total de 31,286 nacimientos de los cuales 542 fueron embarazo gemelar, lo cual representa el 1.7 % de el total de los nacimientos. En otros estudios revisados se encontró que el embarazo gemelar representa el 1% de las gestaciones. (1,4,6)

Los factores que influyen en la frecuencia de gemelos dicigóticos, son la edad materna y la paridad, observando una mayor frecuencia entre los 21-25años con un 35.2% y en las secundigestas y multigestas, 37% y 35% respectivamente. Aunque algunos autores reportan que es más frecuente en edad materna avanzada (35-40 años)(1,5,6,10)

En la revisión realizada no se encontraron muertes maternas por embarazo gemelar, en este periodo se presentaron 26 muertes maternas por otras causas.

El embarazo gemelar presenta un aumento en la morbi-mortalidad materna y fetal , en esta revisión hemos encontrado una de las principales causas de morbilidad son la Amenaza de parto pretérmino dado que el 45% de las pacientes se resolvió el embarazo antes de la semana 37, y se encontró un

21.4% de la pacientes con Amenaza de parto pretérmino . Lo cual es similar a lo reportado en la literatura mundial, un 42% de embarazo pretérmino en embarazos gemelares. (1,3, 4, 5, 6)

La Enfermedad Hipertensiva asociada al embarazo se presentó en un 24% siendo en su mayoría Preeclampsia leve; lo cual es casi el doble a lo reportado aproximadamente 12.9%.

La hemorragia postparto , que se presentó en un bajo porcentaje pero dos pacientes se les realizó Histerectomía Obstétrica.

Existe una elevada incidencia en malas presentaciones en el momento del parto y lo reportado en nuestra revisión es similar a lo reportado en la literatura mundial, con una mayor frecuencia en presentación cefálico-cefálico (34.2%), se cefálico-pélvico (28.3%), pélvico-pélvico (13.3%), pélvico-cefálico (12.8%), cefálico transverso (6.4%), pélvico transverso (5%). (1,3,6)

El bajo peso al nacer es la principal causa de morbi-mortalidad en los productos, y el 78.6% de los productos tuvo peso menor a 2500grs, comparado con un 55.8 % en las revisiones realizadas.(1,2,6)

Dentro de las morbi-mortalidad, encontramos el crecimiento discordante de los gemelos el cual se presentó en el 20% de los casos estudiados. El síndrome de transfusión feto-feto se obtuvo en un 6.6%, comparado con 5-17% de lo reportado.

No se encontraron diferencias entre el sexo de los productos.

CONCLUSIONES

El embarazo gemelar aumenta la morbi-mortalidad materno fetal, por lo que el Gineco-obstetra, debe tener conocimiento de los cambios fisiológicos y de las complicaciones de el embarazo gemelar, para poder llevar acabo un adecuado control prenatal y prevención de las complicaciones.

Toda paciente con embarazo gemelar deberá de llevar un control prenatal estricto, con una vigilancia de síntomas y signos de Amenaza de parto pretérmino así como de Hipertensión Arterial, dado que son las principales complicaciones que observamos en el embarazo gemelar.

El estudio ultrasonográfico deberá realizarse antes de la semana 18, para poder realizar el diagnóstico oportuno de embarazo gemelar, y realizar control mensual ó bimensual, dependiendo de las condiciones poniendo énfasis en el crecimiento de los gemelos e identificar, crecimientos discordante ó síndrome de transfusión feto-feto. Además de identificar el número de

placentas y de bolsas dado que los embarazos monocoriónicos-Monoamnióticos presentan un aumento en la morbi-mortalidad.

Se deben realizar estudios básicos como biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, VDRL, cultivos vaginales, de orina y actualizarse de acuerdo a evolución. Vigilando principalmente cifras de hemoglobina, cuenta plaquetaria, proteínas en orina, bacteriuria e infecciones .

La Vigilancia con registro cardiotocográfico se deberá realizar a partir de la semana 28 en las pacientes de alto riesgo, o a partir de la semana 32, repitiendo la prueba dependiendo de las condiciones de la paciente hasta la resolución de el embarazo.

Se deben considerar los cambios fisiológicos que se presentan en el embarazo gemelar al momento de iniciar tratamientos, principalmente para la elección de maduradores pulmonares y útero-inhibidores.

La decisión y la vía de interrupción del embarazo dependerá de las condiciones maternas, fetales y obstétricas que se presenten.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Arias, F. GUIA PRACTICA PARA EL EMBARAZO Y PARTO DE ALTO RIESGO. Ed Mosby. 2ª Edición. España.1995. p.132
2. Ahued, R. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA APLICADAS. Ed. Manual Moderno.2ª Edición. México. 2003. p 353
3. Ahued, R. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. México.1998. P.59
4. Cabero, L. RIESGO ELEVADO OBSTETRICO. Ed Masson. España. 1996. p.249
5. Cunningham, F. WILLIAMS OBSTETRICIA.20a Edición. Ed. Panamericana. 2000. Argentina 803.
6. Gabbe, CL. OBSTETRICS NORMAL AND PROBLEM PREGNANCIES.4ª Edición. USA. Churchill and Livingstone; 2002.
7. Scott. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE DANFORTH. 6ª Edición. Ed. Mc Graw Hill. México. 1994. p.399
8. Adedayo, L. NEUROMORBIDITY IN PRETERM TWINS IN RELATION CHORIONICITY AND DISCORDANT BIRTH WEIGHT. Am J Obst and Gynecol Jan 2004;vol190,No1
9. Karen, L. CESAREAN DELIVERY FOR TWINS A SISTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. Am J Obst and Gynecol Jan 2003 Vol 188 No. 1
10. Caukwell, S. THE EFFECT OF MODE OF DELIVERY AND GESTACIONAL EDGE ON NEONATAL OUTCOME OF THE NON CEFALIC PRESENTING SECOND TWIN. Am J Obst and Gynecol. Nov 2002 Vol 187, No 5
11. Rebecca, S. SIZE DISCORDATN TWIN PAIRS HAVE HIGHER PERINATAL MORTALITY RATE THAN NONDISCORDANT PAIRS. Am J Obst and Gynecol Nov 2003 Vol 187, No. 5
12. Jennifer, G. DEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC FACTOR INFLUENCING PREGNANCY OUTCOME IN TWIN GESTATIONS. Am j Obst and Gynecol. May 2002, Vol 186 No. 5 910-2

13. Peraza M. OBITO DE UN GEMELO. Rev Cubana Obstet Ginecol. 26(2); 115-118
14. Robbin B. FIRST TRIMESTRER PREDICTION OF GROWTH DISCORDANCE IN TWIN GESTATIONS. Am J Obst and Gynecol. Sep 2003 Vol 189 No 3.
15. Anwar. PREGNANCY OUTCOME IN SPONTANEOUS TWINS VERSUS TWINS WHO WHERE CONCEIVED THROUGH INVITRO FERTILIZATION. Am J Obst and Gynecol. Aug 2003, Vol 189, No. 2
16. Joddi, S. UTILITY OF DOPPLER VELOCIMETRY IN PREDICTING OUTCOME IN TWIN REVERSED ARTERIAL PERFUSION SEQUENCE. Am J Obstet and Gynecol Jul 2001, Vol 185 No. 1 ;135-9
17. Asli, U. MONOAMNIOTIC-VERSUS DIAMNIOTIC MONOCHORIONIC TWIN PLACENTAS ANASTOMOSES AND TWIN-TWIN TRANSFUSION SYNDROME. Am J Obst and Gynecol Vol 189 No5.
18. Vayssiere, H. CERVICAL LENGTH AND FUNNELING AT 22 AND 27 WEEKS TO PREDICT SPONTANEOUS BIRTH BEFORE 32 WEEKS IN TWINS PREGNANCIES A FRENCH PROSPECTIVE MULTICENTER STUDY. Am J Obstet Gynecol Dec 2002 187(6):1596-604.
19. Maxwell RELATIONSHIP OF TWIN ZYGOCITY AND RISK FOR PREECLAMPSIA. Am J Obstet Gynecol Oct 2001 185 (4): 819-21
20. Deirdre. COHORT STUDY OF NEONATAL OUTCOME OF TWIN PREGNANCIES THAT WHERE TREATED WITH PROPHYLACTIC OR RESCUE ANTENATAL CORTICOSTEROIDS. Am J Obstet Gynecol, Aug 2002 187: 483-8.
21. Rogger. EFFECT OF CERCLAGE ON OBSTETRICAL OUTCOME IN TWIN GESTATION IN SHORTENED CERVICAL LENGTH. Am J Obstet Gynecol Abr 2002. 186:634-40
22. Rebecca, S PERINATAL MORTALITY AND NEONATAL MORBIDITY RATES AMONG TWIN PAIRS AT DIFFERENT GESTATIONAL AGES: OPTIMAL DELIVERY AT 37 TO 38 WEEKS GESTATION. Am J Obstet Gynecol Feb 2001, 184: 451-8.

23. Marsha, J. MULTIPLE GESTATIONS IN ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY. CAN THEY BE AVOIDED WITH BLASTOCYST TRANSFERS ? Am J Obstet Gynecol 2001;184:1471-7.)
24. Ashley. VAGINAL FETAL FIBRONECTIN AS A PREDICTOR OF SPONTANEOUS PRETERM DELIVERY AFTER MULTIFETAL PREGNANCY REDUCTION. Am J Obstet Gynecol Vol 190 ,No 1 January 2004.
25. Fergal, D. MONOCHORIONIC PREGNANCY—WHERE HAVE WE BEEN? WHERE ARE WE GOING? Am J Obstet Gynecol.Vol189;No5,November2003.
26. Patricia, A. ANTENATAL CORTICOSTEROID THERAPY: A META-ANALYSIS OF THE RANDOMIZED TRIALS, 1972 TO 1994. Am J ObstetGynecol Vol173;No1.July1995.
27. Kymberly. PREMATURITY IN MULTIPLE GESTATIONS: IDENTIFICATION OF PATIENTS WHO ARE AT LOW RISK. Am J Obstet Gynecol 2002;186:1137-41.
28. REPLY: EFFECTS OF ANTENATAL GLUCOCORTICIDS ON OUTCOMES OF VERY-LOW-BIRTH-WEIGHT MULTIFETAL GESTATIONS AmJObstetGynecolVol188;No4.April2003.
29. HUNG. INTRAPARTUM MANAGEMENT OF NONVERTEX SECOND-BORN TWINS: A CRITICAL ANALYSIS. Am J Obstet Gynecol 2001;185:1204-8.

TABLA 1
VARIABLES A ESTUDIAR.

INDEPENDIENTE:

1. Edad de paciente en años.

DEPENDIENTES:

1. Número de Gestaciones.
2. Semanas de gestación en que se interrumpe el embarazo.
3. Complicaciones maternas.
 - a) durante el embarazo
 - b) parto
 - c) puerperio inmediato
4. Tipo de presentaciones fetales
5. Complicaciones fetales.
6. Edad gestacional por Capurro.
7. Puntaje APGAR.
8. Peso al nacer de los productos
9. Sexo de los productos.
10. Vía de interrupción de el embarazo.

TABLA 2
COMPLICACIONES MATERNAS

COMPLICACIONES	Número de pacientes	Porcentaje %
Enfermedad Hipertensiva asociada al embarazo:	64	23.6
Hipertensión Transitoria	1	0.3
Preeclampsia leve	31	11.4
Preeclampsia Severa	27	9.9
Síndrome de HELLP	3	1.1
Eclampsia	2	0.7
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	58	21.4
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	25	9.2
HEMORRAGIA UTERINA POST PARTO	7	2.5
DPPNI	4	1.4

Se tomó como 100% el total de las pacientes estudiadas

TABLA 3
SEXO DE LOS PRODUCTOS

SEXO	GEMELO 1	GEMELO 2
MASCULINO	121	145
FEMENINO	150	126

ESTA TESIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA

figura 1. Edad de pacientes

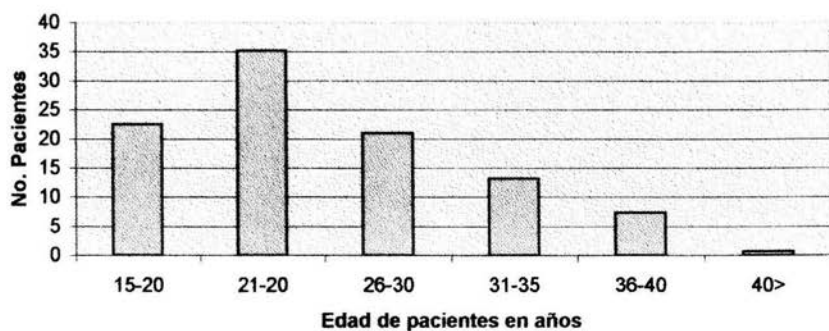


figura 2. No. Gestaciones en porcentaje



Figura 3. Semanas de gestación en que se interrumpe el embarazo

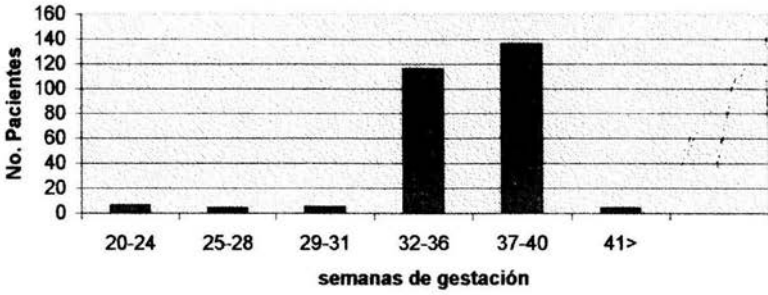


figura 4. Tipo de presentaciones en porcentaje

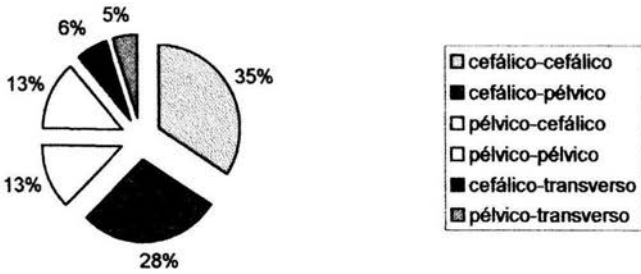


figura 5. Tipos de placentas y Bolsas en porcentaje

