

EMBARAZO GEMELAR

REVISIÓN DE UN AÑO 1982-1983.

HOSPITAL ESCUELA

*Dr. Gaspar Vallecillo H. **

*Dr. Jorge A. Fonseca ***

INTRODUCCIÓN.

El embarazo gemelar producto de la fertilización de dos óvulos separados o de uno solo, es relativamente frecuente en la especie humana. Su manejo ha sido controversial dadas las múltiples complicaciones que pueden sucederse durante la gestación y sobre todo en el transcurso del nacimiento.

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar la experiencia que se tiene en nuestro hospital, en cuanto a la conducta adoptada ante la presencia de una gestación doble.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se analizaron los expedientes de 85 pacientes con embarazo gemelar atendidas en el período del 1o. De agosto de 1982 al 31 de julio de 1983, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela de Tegucigalpa. Las gestaciones fueron siempre mayores de 20 semanas, y a cada paciente se le estudió edad materna, antecedentes obstétricos, edad gestacional al nacimiento, momento y método diagnóstico, patología materna, resolución del embarazo, variantes de la presentación y situación fetal al nacimiento, intervalo de nacimiento entre el 1o. y 2o. gemelo, antecedentes familiares de gemelos, calificación de Apgar de ambos productos, peso de los recién nacidos y mortalidad perinatal.

* Jefe del Servicio de Obstetricia. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas. Hospital Escuela.

** Ex-Residente.

RESULTADOS.

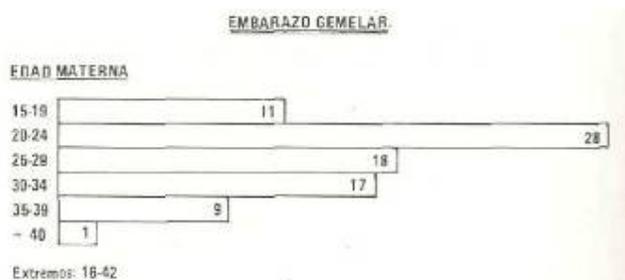
En el período de agosto 82 a julio de 1983 hubo un gran total de 14.006 nacimientos en el Hospital Escuela, de los cuales 85 fueron gemelares, dando una frecuencia de 0.60/0.

La mayoría de las mujeres tenían una edad comprendida entre los 20 y 24 años (28) siguiéndole en frecuencia 18 pacientes entre 25 y 29 años. Los extremos de edad fueron 16 y 42 años, con 11 y 1 casos respectivamente (Cuadro 1). Las primigestas ocuparon el 34.11o/o (29) de los casos, el resto de las pacientes (56) tuvieron de 1 a 9 partos previos (Cuadro 2).

En el 62.4o/o el nacimiento ocurrió entre la semana 37 y la 41, es decir a término, prematuros por edad gestacional significaron el 24.80/0 (Cuadro 3).

El momento del diagnóstico en su mayoría fue durante el parto, 47o/o (40), y en 29 casos (34o/o)

CUADRO 1



CUADRO 2.
EMBARAZO GEMELAR.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

PARTOS	ABORTOS	CESAREAS
1-3: 33	1: 13	1: 4
4-6: 18	2: 3	2: 1
7-9: 5	3: 1	3: 1
56	17	6

Primigestas: 29 (34.11o/o).

CUADRO 3.
EMBARAZO GEMELAR
EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO

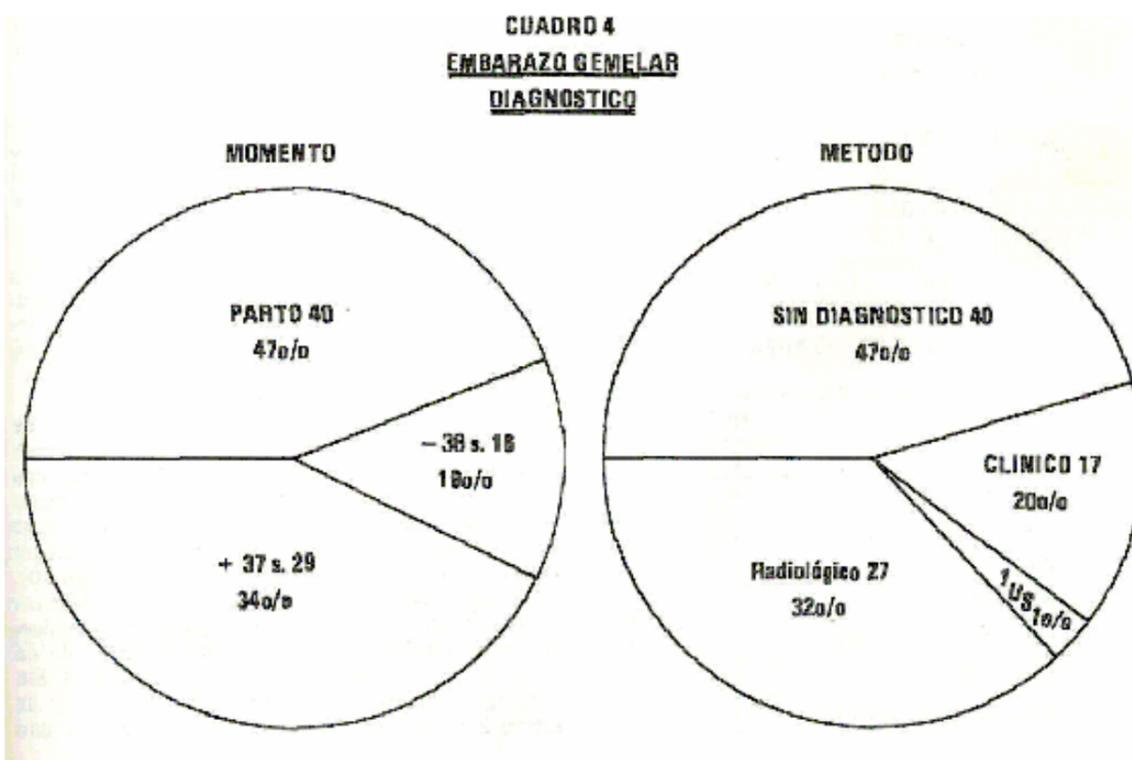
SEMANAS

	20 - 27	28 - 36	37 - 41	+ 42	IGNORADA
No.	5	21	53	4	2
o/o	5.8	24.8	62.4	4.7	2.3

0/0 (56) y por cesárea en 29 pacientes (34o/o). La indicación más frecuente de la cesárea lo constituyó el hecho de ser primigesta en 10 casos, la cesárea anterior fue en orden de frecuencia la segunda indicación de la intervención en 6 casos (Cuadro 6).

se hizo después de las 37 semanas, por lo tanto el método diagnóstico más utilizado fue el radiológico, 32o/o, ya que en el 47o/o de los casos la paciente no tuvo diagnóstico de embarazo gemelar, hasta el momento del parto (Cuadro 4). En 17 pacientes hubo patología coincidente con el embarazo, de ellas 8 fueron pre-eclámpticas leves, 9.4o/o, que fue la complicación más frecuente. (Cuadro 5).

La presentación y situación de los fetos al momento de su nacimiento fue variable, la más frecuente fue cefálico-cefálico en 29 casos (34o/o), y pélvico-cefálico en el 14o/o (12). El primer gemelo se presentó de cabeza en la inmensa mayoría (Cuadro 7).



CUADRO 5.
EMBARAZO GEMELAR.
PATOLOGÍA MATERNA

	No.	o/o
PRE-ECLAMPSIA LEVE	8	9.4
POLIHIDRAMNIOS	3	3.5
PRE-ECLAMPSIA SEVERA	2	2.3
ASMA BRONQUIAL	1	1.1
ANEMIA	1	1.1
INFECCION URINARIA	1	1.1
R.P.M.	1	1.1
	17	19.6

CUADRO 6.
EMBARAZO GEMELAR

RESOLUCION DEL EMBARAZO

	PARTO	CESAREA
No.	56	29
o/o	66	34

INDICACION DE LA CESAREA

PRIMIGESTA	10
CESAREA ANTERIOR	6
AMBOS PELVICOS	4
1ºPELVICO	2
D.P.P.N.	2
COLISION	2
SUFRIMIENTO FETAL	1
1ºTRANSVERSO	1
PROLAPSO DE CORDON	1

CUADRO 7
EMBARAZO GEMELAR.
PRESENTACIÓN FETAL

	No.	o/o
CEFALICO-CEFALICO	29	34
CEFALICO-PELVICO	29	34
PELVICO-CEFALICO	12	14
PELVICO-PELVICO	9	11
TRANSVERSO-CEFALICO	1	1.1
CEFALICO-TRANSVERSO	1	1.1
PELVICO-TRANSVERSO	1	1.1
TRANSVERSO-PELVICO	1	1.1
SE IGNORA	2	2.3
	85	100

El intervalo de nacimiento entre el 1o. y 2o. producto tuvo extremos de 1 a 50 minutos, en 11 y 1 casos respectivamente, siendo lo más frecuente mayor de 7 minutos en 27 casos.

En el 65o/o de los casos hubo antecedente de embarazo gemelar, 49o/o por rama materna y 1lo/o por la paterna, y en 4 casos (5o/o) existió el antecedente de gemelos en ambos progenitores (Cuadro 8).

Los recién nacidos obtuvieron buena calificación de Ppgar tanto al minuto como a los cinco minutos, siendo esta de 7 a 10 en 64 y 67 casos respectivamente para el primer gemelo, y de 51 y 66 casos para el segundo gemelo (Cuadro 9).

El peso de los productos en su mayoría fue de 2500 a 2999 gramos, en 26 casos para el primer recién nacido, y en 17 para el segundo. Prematuros por peso fueron en número de 25 para el primer gemelo y 34 para el segundo. Considerando la suma de casos desde los 1500 a 2499 gramos, se tiene un total de 59, que representa el 34.7o/o (Cuadro 10). La muerte del primer gemelo sucedió en 10 casos y del segundo en 11, en 8 murieron ambos productos, registrando 21 recién nacidos muertos de un total de 170, lo que representa el 12.35o/o. Sin embargo, solamente 5 fueron de término y de estos, 2 fueron con malformación congénita, uno

CUADRO 8
EMBARAZO GEMELAR.
INTERVALO DE NACIMIENTO
ENTRE 1o. y 2o. GEMELO

-1 minuto	11
1-2 minutos	12
3-4 minutos	7
5-6 minutos	12
+7 minutos	27
IGNORADO	16

MAXIMO: 50': 1

ANTECEDENTE FAMILIAR DE GEMELOS

	No.	o/o
MADRE	42	49
PADRE	9	11
MADRE Y PADRE	4	5
	55	65

CUADRO 9
EMBARAZO GEMELAR
CLASIFICACION DE APGAR

	APGAR	1'	5'
PRIMER GEMELO	0-3	16	14
	4-6	5	4
	7-10	64	67
SEGUNDO GEMELO	0-3	18	14
	4-6	16	5
	7-10	51	66

CUADRO 10
EMBARAZO GEMELAR.
PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

GRAMOS	1er. PRODUCTO	2o. PRODUCTO
- 499	3	2
500-999	4	3
1000-1499	8	11
1500-1999	6	14
2000-2499	19	20
2500-2999	26	17
3000-3499	13	15
+ 3500	3	
IGNORADO	3	3

a mayoría fueron inmaduros por peso y edad gestacional menor de 28 semanas, 10 productos que hacen un 47.6o/o. Los productos prematuros (28-34 semanas) que murieron fueron 6 con pesos inferiores a 1500 gramos, 3 fueron por Síndrome de Distraes Respiratorio (SDR), dos prematuz (820-920 grs) y uno por cardiopatía. Tomando los prematuros y los de término las muertes fueron en total de 11, de 170 productos de 85 embarazos gemelares. Si el total de muertes fue de 21, significó el 52.4o/o, y el 6.5o/o de 170 productos. (Cuadro 11).

DISCUSIÓN.

En nuestro medio hospitalario el embarazo gemelar tuvo una frecuencia de 0.60/0 igual a la informada por Largman para Japón, y menor que la de Estados Unidos de Norteamérica, que oscila entre 1.08o/o y 1.36o/o(1).

La edad gestacional al finalizar el embarazo fue mayor en el período de término 62.4o/o, entre las 37 y 41 semanas, muy parecida a las cifras de otros autores, aún cuando incluyen embarazos de 38 a 42 semanas, 70.8o/o(2), 69.9o/o(3) y 52.5o/o(4).

El diagnóstico se hizo en el momento del parto en el 47o/o de todos los casos, una explicación a este alto porcentaje, es el bajo número de pacientes que asisten al control prenatal, independientemente del tipo de gestación. Chávez Azuela y col. de México informan que en 20 de 59 pacientes se hizo el diagnóstico de gemelar en el momento del parto, lo que significa 33.89o/o(5). Radiológicamente se diagnosticaron 27 casos (32o/o) y por clínica el 20o/o (17 casos), a diferencia del mismo

CUADRO 11
EMBARAZO GEMELAR

MORTALIDAD PERIHATAL

SEMANAS AMENORREA	TIPO DE NACIMIENTO	GEMELO		PESO EN GRAMOS		PROBABLE CAUSA DE LA MUERTE
		1o	2o			
21	PARTO	1	2	400	450	INMADUREZ
25	PARTO	1	2	700	480	INMADUREZ
26	PARTO	1	2	600	700	INMADUREZ
27	PARTO	1	2	400	700	POLIDRAMNIOS. MALFORMACION'
27	PARTO	1	2	450	800	PROLAPSO DE CORDON
32*	PARTO	1	2	820	920	PREMATUREZ
32	CESAREA	1	2	1420	1400	SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO (SDR)
33	PARTO		22		1220	SDR
34	PARTO		2		?	CARDIOPATIA
37	CESAREA	1	2	2000		OBITO. CIRCULAR CORDON
38	PARTO	1		820		OBITO. MALFORMADO
40*	CESAREA		2		1700	MALFORMACION
41	CESAREA	1	2	?	?	D.P.P.N.

PRIMIGESTA

autor que tiene porcentaje de 44o/o y 15.25o/o respectivamente(5). En otros estudios se informa que hasta un 29o/o de todos los gemelos son diagnosticados hasta en el segundo período del parto (6).

La pre-eclampsia fue la patología más frecuente que acompañó el embarazo gemelar en nuestra serie, 10 en total, 8 leves y 2 severas, 11.7o/o, igual conclusión tiene Hellman (3), y Chávez Azuela(5). El hidramnios es superior al 5o/o en los embarazos gemelares según Potter y Fuller (3), para nosotros fue la complicación que siguió en frecuencia a la pre- eclampsia, 3 casos (3.5o/o), del total de 17 casos con complicaciones de 85 pacientes con embarazo gemelar, lo que corresponde a un 19.6o/o. La mayoría de los embarazos se interrumpieron por parto, 660/0, y la cesárea ocupó el 34o/o restante, a diferencia de otros autores en cuyas series la cesárea ocupó el primer lugar(5). Creemos que la cesárea tiene sus indicaciones precisas y que no debe liberalizarse su uso, por el hecho de estar frente a un embarazo gemelar, Koivisto aconseja su uso cuando hay indicación verdadera(7). Si se pretende mejorar la mortalidad perinatal habrá que

tomar en cuenta muchos factores que aumentan su frecuencia, y no solo la vía de nacimiento. En nuestro estudio de los 8 casos mayores de 30 semanas que fallecieron o que nacieron muertos, 4 se resolvieron por cesárea y de los 8 productos obtenidos, 6 fallecieron, 2 por SDR, 1 con malformación congénita, 1 óbito y 2 en un embarazo de 42 semanas y DPPN. En los restantes 4 casos se permitió el parto y se tuvieron 5 productos muertos, 2 por prematuridad (820-920 gramos), 1 con SRD, 1 por cardiopatía y 1 óbito. Por lo tanto en este grupo la cesárea no significó una mejoría de la mortalidad. Las indicaciones para la interrupción del embarazo por vía abdominal fueron de orden obstétrico.

Comparando la presentación fetal, la más frecuente fue la cefálica-cefálica con un 34o/o, y con igual porcentaje resultó la cefálica-pélvica (29 casos). Otros autores dan cifras de 47o/o y 30o/o respectivamente), y de 42.3o/o y 16.9o/o para las mismas presentaciones (5).

El intervalo de nacimiento entre ambos productos fue en su mayoría superior a 7 minutos (27 casos),

pero antes de ese tiempo nacieron 84 productos (42 casos). Es discutible que a mayor intervalo se tengan mayores complicaciones, ya que la presentación, situación y condición fetal por edad gestacional intervendrán favorable o desfavorablemente en el estado de salud del recién nacido. Se ha considerado que los mejores resultados se obtienen cuando el intervalo es de 5 a 15 minutos, entre el primero y segundo gemelo (3) (8).

Como dato curioso 55 pacientes tenían antecedentes familiares de gemelos, de estos, 42 fue por parte materna como era de esperarse, y en 4 casos ambos cónyuges tenían este antecedente.

La calificación de Apgar fue de 7 a 10 en la gran mayoría de los casos tanto para el primero como para el segundo gemelo, al minuto y a los cinco minutos de vida. Este resultado es satisfactorio si se tiene en cuenta que el 62.4o/o de las pacientes tenían gestaciones comprendidas entre las 37 y 41 semanas, igualmente hay que considerar que nosotros incluimos embarazos desde las 20 semanas, lo que lógicamente aumenta los inmaduros y prematuros con calificaciones de Apgar inferiores de 7. A menor peso de los recién nacidos mayor mortalidad (5). Este resultado se puede asociar a los pesos de los productos al nacer, que en nuestra serie fueron 152 mayores de 1000 gramos, y de estos 74 tuvieron pesos superiores a los 2500 gramos, distribuidos en 42 para el primer gemelo y 32 para el segundo. Hubo un leve incremento en el peso del primer producto en el total de la serie. Es prudente significar que la mortalidad perinatal es alta antes de las 30 semanas (9,10), pero también es significativa en productos menores de 36 semanas y con pesos inferiores a los **2100** gramos(11).

La mortalidad perinatal está resumida en el Cuadro 11, donde se concluye que de 170 productos de 85 embarazos gemelares, murieron 21 recién nacidos, lo que representa el 12.35o/o, sin embargo se hace la salvedad, que de estos solo 5 fueron de término, y si se toman solo los productos a partir de las 28 semanas se tiene un total de 11 lo que representa una mortalidad corregida de 6.5o/o de 170, lo que está descrito en el cuadro comparativo con otros autores (5).

La Mortalidad Perinatal (MP), que es el resultado de la suma del Número de Fetos Muertos mayores de 1000 gramos más los Recién Nacidos mayores de 1000 gramos hasta los 7 días de vida, entre el

Total de nacidos vivos o muertos mayores de 1000 gramos, por 1000, da como resultado que la MP es de 50 x 1000. La Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz es de 46 x 1000, y la Tasa de Mortalidad Fetal Tardía es de 6 por 1000 nacidos muertos superiores a 1000 gramos. Estas cifras se obtienen de acuerdo a las fórmulas ecuacionales aceptadas por la FIGO en octubre de 1977(12).

RESUMEN

1. Se estudiaron 85 pacientes con embarazo gemelar superior a las 20 semanas, en el período comprendido de agosto de 1982 a julio de 1983, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela de Tegucigalpa.
2. El 62.4o/o de los nacimientos ocurrió entre la semana 37 y la 41, e! 24.8o/o fueron prematuros por edad gestacional.
3. El diagnóstico más utilizado fue el radiológico con un 32o/o. El momento del diagnóstico en su mayoría fue durante el parto, 47o/o, y solo en 29 casos (34o/o) se hizo después de las 37 semanas.
4. La morbi-mortalidad se ve incrementada por la prematuridad. La mortalidad perinatal tomando en cuenta productos mayores de 28 semanas fue de 6.5o/o.
5. El diagnóstico oportuno de embarazo gemelar es importante para reducir la influencia de la prematuridad en los índices de mortalidad.
6. La resolución del embarazo gemelar fue en su mayoría por parto (66o/o), y la cesárea se practicó en el 34o/o. Este último procedimiento debe practicarse únicamente por indicación obstétrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Largnan, J.: Embriología Médica. México D.F. Nueva Editorial Interamericana, 1976.
2. Rommey, S. L.: Gynecology and Obstetrics. The health care of women. New York. Me Graw-Hill. 1981.
3. Hellman, L. y Pritchard, J.: Obstetricia de Willians. Barcelona. Salvat Editores, 1978.
4. Iffy, L.; Lavenher, M.A.; Jakobovitz, A; Kaminetzky, H. A.: The rate of early intrauterine growth in twin gestation. Am. J. Obstet. Gynecol. 146(8): 970-972. Agosto 1983.
5. Chávez Azuela, J.; Gasque, L.F. y Vélez, M.I.: Consideraciones sobre el embarazo gemelar. Ginec. Obstet. México. 47:282,1980.
6. Jarvis, G.L.: Diagnosis of Múltiple pregnaney. British Medical Journal. 2 (6190). 1979.
7. Koivisto, M.; Jouppila, A.; Moilanen, I. e Ylikorkala, O.: Twin pregnancy. Neonatal morbidity and mortality. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 44: 21, 1975.
8. Delivery of second twin (Letter). Obstet. Gynecol. 59(5). 1982.
9. Chervenak, F.A.; Johnson, R.E.; Berkowitz, R.L.; Grannum, P. y Hobbins, J. C.: Is routine cesarean section necessary for vértex-breech and vertex-transverse twin gestation?. AM. J. Obstet. Gynecol. 148(1):1-5. 1984.
10. Hawrylyshyn, P.A.; Barkin, M. y Bernstein, A.: Twin pregnancies. A continuing perinatal challenge. Obstet. Gynecol. 59(4).1982.
11. Medearis, A.L.; Joñas, H.S.; Stockbauer, J.W. y Domke, H.R.: Perinatal deths in twins pregnancies. Am. J. Obstet. Gynecol. 134(4). 1979.
12. W.H.O.: Recommended definition terminology and format for statistical teables related for the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by F.I.G.O. as amended October 14,1976. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 56: 247.1977.