

GUIAS PARA LA ATENCION DEL EMBARAZO DOBLE

Dr. Juan van der Velde*

Dr. Ricardo Illia**

Dr. Alberto Caputo***

* Médico Obstetra, Servicio de Urgencia.

** Jefe de Unidad.

*** Jefe de División.

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, División Obstetricia.

Introducción

Si bien los embarazos gemelares son relativamente infrecuentes, ellos sufren una elevada proporción de resultados adversos. Los riesgos relativos de prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, muerte fetal, malformaciones, son elevados comparados con los embarazos simples. Dada la relativa facilidad actual para el diagnóstico temprano del embarazo gemelar, se hace necesario desarrollar políticas de intervención precoz para posponer el parto prematuro y tratar las complicaciones.

Definición

Se denomina embarazo doble a la presencia simultánea de dos fetos en la cavidad uterina.

Incidencia

Su frecuencia en la raza blanca es de aproximadamente 1 en 90 embarazos; en la raza negra de 1 en 80, y es de 1 en 155 en las mujeres orientales. En la Maternidad Sardá en el año 1993 se produjeron 112 nacimientos dobles, lo que representó el 1.8% del total de los nacimientos.

Etiología y antecedentes maternos

Los embarazos dobles pueden ser bicigóticos o monocigóticos (de acuerdo al número de óvulos fecundados) y éstos pueden diferir en amnionicidad o corialidad, dependiendo del momento en que se produzca la división del óvulo fecundado (ver Tabla 1).

Tabla 1: Etiología y antecedentes maternos

	Bicigóticos	Monocigóticos
Etiología	fecundación de 2 óvulos independientes	división de 1 óvulo fertilizado al inicio de la gestación
Anexos	biocorial-biamniótico	< 72 hs.: biamniótico-bicorial 4-8 días: biamniótico-monocorial 8-13 días: monoamniótico-monocorial > 13 días: defectos de separación
Antecedentes familiares	Sí	No
Multiparidad	Sí	No
Edad materna	Sí	No
Induc. ovulación	Sí	No

Diagnóstico

Se sospechará clínicamente ante la presencia de los siguientes signos:

- 1) altura uterina mayor que la correspondiente a la amenorrea (percentilo mayor de 90).
- 2) palpación de más partes fetales (más de un polo fetal de igual nombre).
- 3) auscultación de señales cardíacas fetales distintas (intentar maniobra de balanceo cardíaco).

Ante esta sospecha se confirmará el embarazo doble procediendo a la realización del estudio ecográfico que permitirá obtener los siguientes datos:

- a) Diagnóstico de certeza de embarazo múltiple.
- b) Evaluar corialidad (mono o bicorial).
- c) Determinación, si es posible del sexo de los fetos (de importancia para la patología esperable en los gemelos monocigóticos: muerte perinatal, anastomosis vasculares, retardo de crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, accidentes del cordón).

Control prenatal

Hecho el diagnóstico, se aumentará la frecuencia de los controles prenatales, realizándose en forma quincenal hasta las 28 semanas y luego semanal hasta el parto. El objetivo será detectar y tratar precozmente las siguientes complicaciones:

- a. Parto pretérmino
- b. Hipertensión transitoria del embarazo
- c. Diabetes gestacional
- d. Anemia
- e. Retardo de crecimiento intrauterino
- f. Sufrimiento fetal crónico
- g. Malformaciones fetales

a. Parto pretérmino:

Estadísticamente, el 20 a 25% de los embarazos gemelares no llegan a término (el 20% tiene el parto antes de las 35 semanas) llegando a ser el 10% de todos los prematuros.

Ante la presencia de Amenaza de Parto Prematuro (1 contracción cada 10 minutos, de 20 segundos de duración palpatoria que se reiteran durante el lapso de 60 minutos con borramiento del cuello uterino del 50% o menor y una dilatación igual o

menor de 3 cm entre las semanas 20 y 37,6 de gestación) se procederá a la internación de la paciente para uteroinhibición terapéutica endovenosa y luego oral. La indicación de maduración pulmonar con corticoides dependerá de cada caso en particular.

b. Hipertensión transitoria del embarazo:

Ocurre con mayor frecuencia (3 a 5 veces) que en embarazos simples, además de ser de ocurrencia más temprana.

Se investigarán:

1) *Factores de riesgo:* Nuliparidad, edad materna menor o igual a 25 años o mayor o igual a 35 años, diabetes mellitus o gestacional, control prenatal inadecuado; y

2) *Indicadores precoces:* aumento de peso mayor de 500 g/semana, aumento del hematocrito (hemocentración), edema, cifras tensionales anormales, concepto de respuesta hipertensiva (aumento de 20 mmHg en la tensión arterial diastólica sobre los valores previos a las 20 semanas), respuesta al reposo, y Tensión Arterial Media (T.A.M.) menor de 90 mmHg.

T.A.M. = Tensión Arterial Sistólica + 2 x Tensión Arterial Diastólica / 3.

c. Diabetes gestacional:

Al igual que con la hipertensión se extremarán las medidas para su detección temprana teniéndose en cuenta factores de riesgo y pruebas diagnósticas de laboratorio:

1) *Factores de riesgo:* edad materna mayor o igual a 35 años, multiparidad, familiar consanguíneo diabético, macrosomía previa, obesidad materna (peso mayor o igual a 80 kg), feto muerto anterior, malformación previa.

2) *Laboratorio:* la detección de 2 glucemias en ayunas > 110 sugiere diabetes previa. Si tiene factores de riesgo con glucemia normales se procederá a realizar perfiles glucémicos.

d. Anemia:

Se realizará control estricto del estado hematológico, efectuando hematocritos periódicos. En caso de detectarse alteración (hematocrito < 30% y hemoglobina < 10. 5mg) se procederá a su estudio y tratamiento. En general se tratan de anemias que se corrigen con hierro y ácido fólico.

e. Retardo de crecimiento intrauterino:

Su frecuencia llega al 9% de los embarazos dobles (ver seguimiento ecográfico).

f y g. Sufrimiento fetal crónico - Malformaciones fetales:

Se realizará control de vitalidad a través de:

1) *Monitoreo fetal anteparto:* se hará semanalmente a partir de las 34 semanas de gestación y cada 72 horas a partir de las 36 semanas.

2) *Seguimiento ecográfico:* se realizará en forma reiterada para evaluar crecimiento fetal, solicitando al ecografista informe en cada caso biométrica fetal, volumen de líquido amniótico, localización y características placentarias, sexo fetal y eventual presencia de malformaciones fetales.

En caso de detectarse discordancia en el crecimiento entre los gemelos estimado por:

- diferencia diámetro biparietal (DBP) > 5mm
- diferencia en la circunferencia cefálica > 5%
- diferencia circunferencia abdominal > 20%
- diferencia peso estimado > 20%

o por sospechase feto transfundido-transfusor se incrementarán los controles de vitalidad (monitoreo fetal cada 72 horas a partir de las 32 semanas, ecografía cada 10 días).

Internación

Se indicará a las 36 semanas de gestación o de acuerdo a las complicaciones que hubieran aparecido.

Según datos provenientes de diversas publicaciones, se considera como edad gestacional óptima para el nacimiento entre las 36 y las 39 semanas dado que luego de esta edad gestacional parecería afectarse la función placentaria.

De haberse detectado retardo de crecimiento intrauterino o feto transfundido-transfusor con fetos viables se evaluará la terminación electiva del embarazo; con fetos no viables continuarán los estudios de vitalidad, laboratorio, hasta mayor edad gestacional. En caso de haber un feto muerto, el tratamiento puede ser expectante hasta alcanzar mayor edad gestacional, dado que morbilidad materna por coagulación intravascular diseminada es rara y usualmente no ocurre hasta las 5 ó más semanas de la muerte fetal. Los parámetros de coagulación materna se estudiarán semanalmente.

Si se presenta un Polihidramnios agudo o Síndrome de Stuck Twin se procederá a la extracción lenta de líquido amniótico por amniocentesis y a extremar los recaudos en el seguimiento de la vitalidad.

Vía de parto

De acuerdo a paridad, edad gestacional y situación fetal (ver *Tabla 2*).

El antecedente de una cesárea no es contraindicación absoluta de parto vaginal.

Luego del alumbramiento se hará prevención de la atonía postparto y se examinará exhaustivamente la placenta para confirmar corialidad. Se solicitará el estudio anatomopatológico de placenta y anexos.

Puerperio

Previo al egreso hospitalario de la paciente, se solicitará hemograma de control y además se instaurará un régimen hiperproteico y vitamino-terapia.

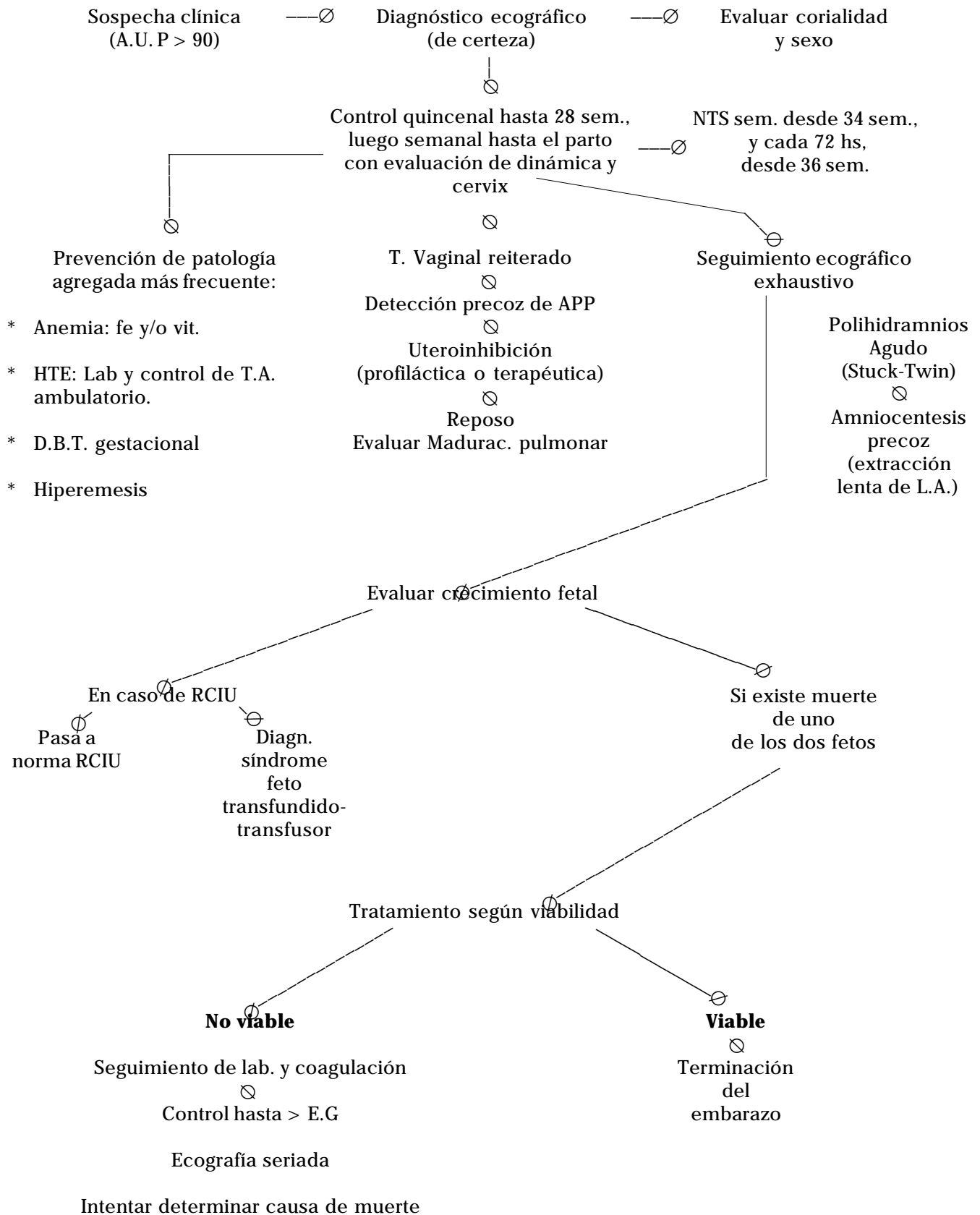
Tabla 2: *Vía de parto.*

<i>1^{er.} feto</i>	Cefálica	Pelviana*	Transversa
<i>2^{do.} feto</i>			
Cefálica	Parto	Cesárea	Cesárea
Pelviana	Parto**	Parto	Cesárea
Transversa	Parto Versión Int.**	Parto**	Cesárea

* En nulíparas, cesárea.

** En general distintos autores mencionan un mayor riesgo de complicaciones en recién nacidos si se realizan maniobras en el parto de 2^{do.} gemelar en caso de tener éste un peso estimado menor a 1.500 gramos, por lo que podría sugerirse una operación cesárea.

Figura 1: Embarazo doble: Guía para la atención.



Bibliografía

1. Adam C. et al. Twin Delivery: Influence of the presentation and method of delivery of the second twin. Am Journal Obstet Gynecol 1991; 165: 1: 25.
2. Allen SR et al. Ultrasonographic diagnosis of congenital anomalies in twins. Am J Obstet Gynecol.1991; 165: 1056.
3. Benirschke K. The placenta in twin gestation. Clin Obstet Gynecol 1990; 33: 18.
4. Callen PW. Ecografía en obstetricia y ginecología. 2ª edición. Ed Médica Panamericana. 1993. Buenos Aires.
5. Hollenbach KA et al. Epidemiology and diagnosis of twin gestation. Clin Obstet Gynecol 1990; 33: 3.
6. Illia R et al. Muerte fetal anteparto en el embarazo doble. Rev de la SOGBA. 1990; 69: 64.
7. Luke B et al. The ideal twin pregnancy: Patterns of weight gain, discordancy and length of gestation. Am J Obstet Gynecol 1993; 169: 588.
8. Newman RB et al. Quantification of cervical change; relationship to preterm delivery in the multifetal gestation. Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 264.
9. Power WF et al. The risk confronting twins: a national perspective. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 456.

*A MEDIDA QUE SE VALORIZA EL MUNDO DE LAS COSAS
SE DESVALORIZA, EN RAZÓN DIRECTA,
EL MUNDO DE LOS HOMBRES.*

*CARLOS MARX,
ESCRITOS ECONÓMICOS VARIOS.*