

## Guías de abordaje y seguimiento

# Embarazo Gemelar

Coordinación científica y Salud Pública SURA / Febrero 11 de 2021

Los conceptos y recomendaciones establecidas en estas guías de abordaje pretenden orientar la gestión y el manejo de las pacientes gestantes y algunas de sus co-morbilidades y complicaciones, sin embargo, toda paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden sugerir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

### IMPORTANCIA DEL TEMA

La ocurrencia de embarazos gemelares y múltiples han aumentado considerablemente, pasando de 1 en 100, a 1 en 60 a 70 nacimientos. La razón principal es debido al aumento de técnicas de reproducción asistida, aunque también, en menor proporción, a la postergación de embarazos a edades maternas más avanzadas.

**El embarazo gemelar o múltiple, cursa con el riesgo más alto de casi todas las complicaciones maternas y fetales potenciales del embarazo.**

Las complicaciones fetales más frecuentes son las asociadas al parto prematuro, muerte fetal y restricción de crecimiento fetal, Complicaciones específicas asociadas a la corionicidad como el síndrome de transfusión feto fetal (STFF), la perfusión arterial reversa y el síndrome de anemia policitemia (TAPS); y relacionadas con la amnionidad, la muerte fetal asociada al entrecruzamiento de cordón en los embarazos monoamnióticos.

### FACTORES DE RIESGO

Los factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo múltiple son:

- Predisposición o antecedentes familiares de embarazos múltiples
- Mujeres mayores o con edad avanzada
- Terapias de reproducción asistida y medicamentos inductores de la ovulación
- Sobrepeso-obesidad materna

### COMPLICACIONES

- **Parto prematuro:** La presencia de antecedentes de parto prematuro y un cérvix menor a 25 mm entre las 20–24 semanas son los mejores predictores de parto prematuro en gestaciones múltiples. En caso de requerir uteroinhibición se prefiere el uso de calcio antagonistas e Indometacina y evitar los betamiméticos ya que las gestantes con embarazos múltiples tienen mayor riesgo de edema pulmonar.
- **THAE:** Hasta ahora el método más efectivo para la detección de trastornos hipertensivos asociados al embarazo múltiple, es la toma adecuada de presión arterial en cada control prenatal.
- **Síndrome de Transfusión Feto-Fetal:** Debe hacerse seguimiento ecográfico estricto (ver más adelante). El reconocimiento temprano de las complicaciones propias de la gestación monocorial favorecen la intervención oportuna, disminuyendo la morbilidad y mortalidad fetal asociada.
- **RCIU selectivo:** Se diagnostica cuando uno de los gemelos se encuentra creciendo bajo el percentil 10 para la edad gestacional.
- **Síndrome de Anemia policitemia (TAPS):** Es un grado menor de transfusión feto fetal que aparece en el tercer trimestre y que se caracteriza por anemia en el feto donante y policitemia en el receptor.
- **Muerte fetal en el embarazo gemelar:** La muerte fetal en gemelares se presenta con mayor frecuencia que en los embarazos únicos.

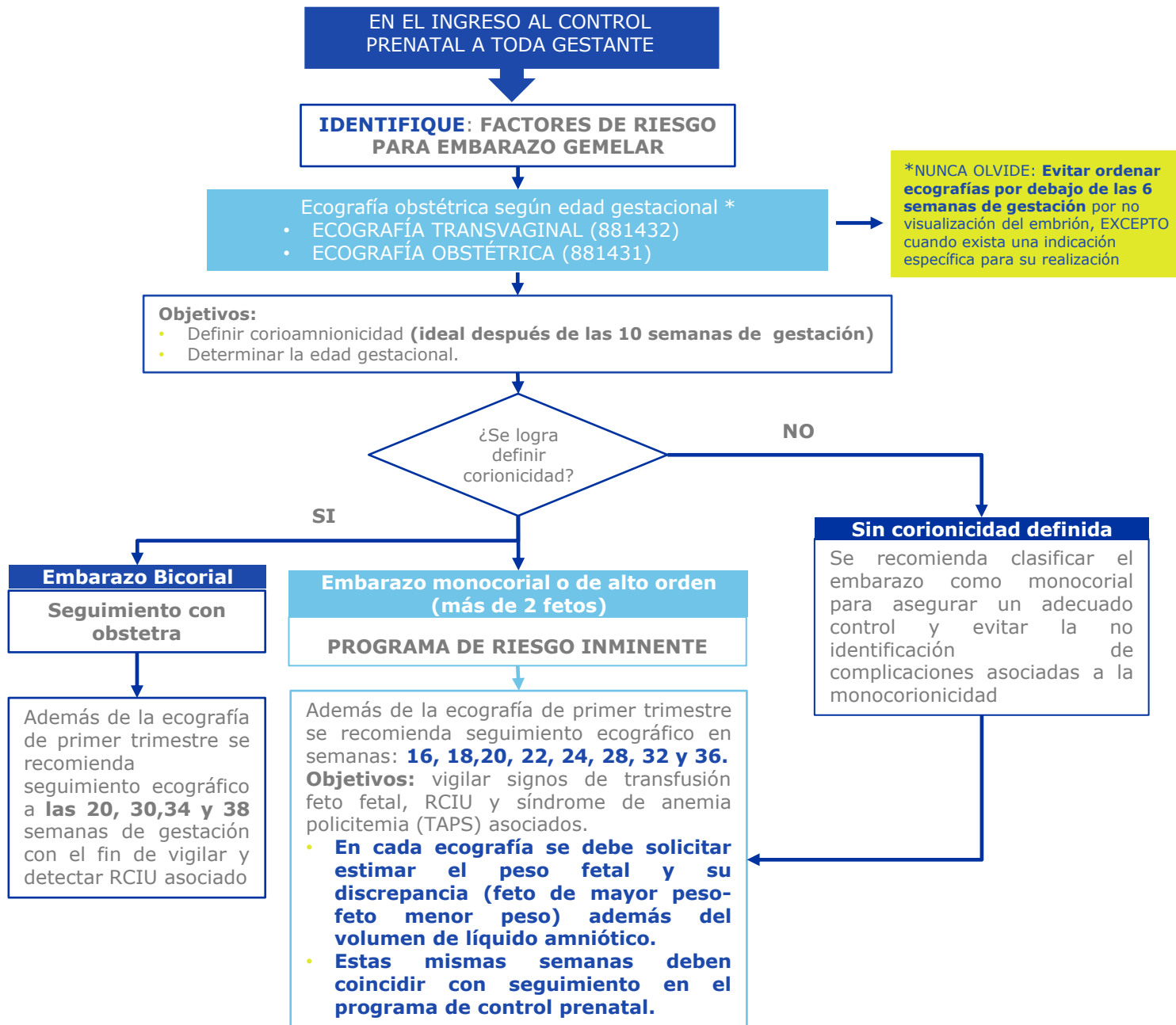
### TIPOS DE EMBARAZOS GEMELARES

- **Bicigotos:** corresponden al 70-75% de todos los embarazos gemelares. Se producen por la fecundación de dos o más óvulos a la vez. Todos son bicoriales-biamnióticos.
- **Monocigotos:** corresponden al 25-30% de todos los embarazos gemelares. Se producen por la fecundación de un solo ovulo.

El riesgo asociado al embarazo gemelar depende de su corionicidad y no de su cigocidad. La corionicidad de los embarazos monocoriales depende del momento en que se divide el huevo:

- Si la división ocurre hasta el día 3 post concepción, el embarazo es bicorial y biamniótico (20-25%).
- Si ocurre entre el día 3 y 9 el embarazo es monocorial y biamniótico (70-75%).
- Entre el día 9 y 13 será monocorial y monoamniótico (1-2%).
- Luego del día 13 el embarazo es monocorial, monoamniótico y con fusión de los fetos o siameses (<1%).

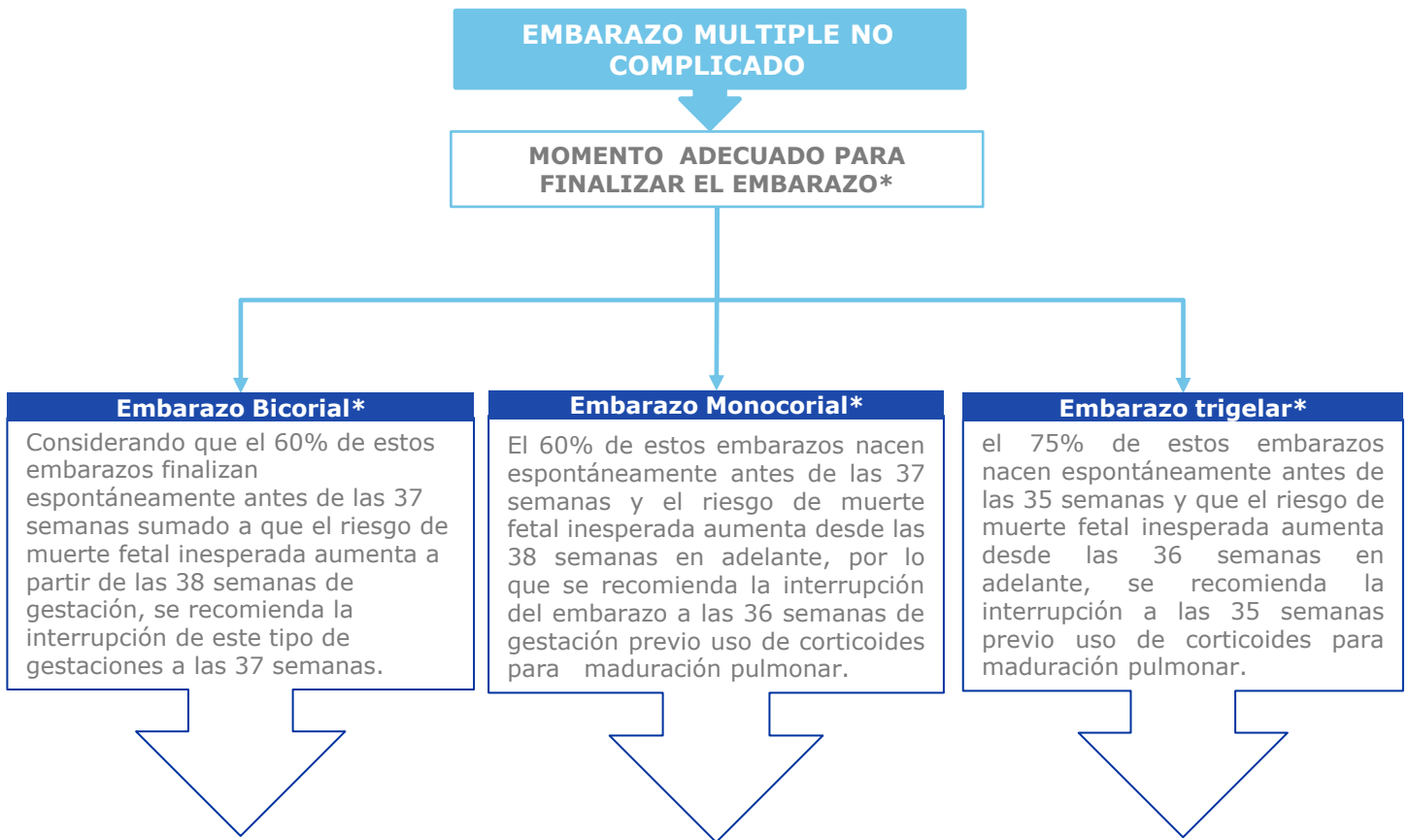
# Enfoque de riesgo en control prenatal



## OTRAS RECOMENDACIONES GENERALES PARA TODAS LAS GESTACIONES MÚLTIPLES

- Seguimiento **trimestral** con los **exámenes definidos para el control prenatal** e iniciar los **multivitamínicos**
- Inicio de **aspirina 100 mg/día** para la prevención de la preeclampsia iniciando desde las 12-16 sem hasta finalizar el embarazo, especialmente en gestantes con factores de riesgo como : primigestantes, edad materna mayor de 40 años, período intergenésico mayor a 10 años, historia familiar de preeclampsia o IMC sobre 35 Kg/m2.
- Aplicar los criterios de incremento de peso sugeridos para el embarazo único ya que el requerimiento calórico sólo se incrementa en 300 cal/día en la segunda mitad de la gestación en embarazos múltiples. En general se podría recomendar una **ganancia de 11.3 kg a 24.5 kg** en embarazos múltiples
- **Ecografía de detalle anatómico: entre las 20 y las 22 semanas** de gestación en todos los embarazos gemelares. Si la gestante es obesa, se recomienda realizar hacia la semana 24 para facilitar visualización del feto.
- **No** se recomienda la realización de **cervicometría ni de Doppler de arterias uterinas** para la pesquisa de parto prematuro y preeclampsia en gestaciones múltiples.
- **No** está indicado el **cerclaje profiláctico excepto** en gestantes con embarazo múltiple que cursen con **cérvix corto**.
- **No** está indicada la **progesterona profiláctica**, excepto en pacientes con antecedente de parto pretérmino previo.
- La decisión de **restringir o no la actividad física** va a depender del estado clínico de la paciente y de otros factores de riesgo asociados y no de la condición de embarazo gemelar exclusivamente.

# Enfoque de riesgo en control prenatal



**\* Aunque en la presente guía se hacen recomendaciones generales relacionadas con semanas de gestación para terminación del embarazo múltiple, la decisión final se debe individualizar por parte del equipo tratante, según condiciones del binomio, patologías asociadas y evolución del embarazo**

## Referencias

1. Stephen C, Frank C, Deborah Le, MD, Lynn et al. Twin pregnancy: Prenatal issues. UpTo Date. last updated: Sep 24, 2019. <https://www.uptodate.com/contents/twin-pregnancy-prenatal-issues>
2. Gustavo Rencoret P. Embarazo gemelar. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 25 (6): 964-971.
3. Cunningham F, Williams J. Williams obstetricia. Embarazo Múltiple. 25th ed. Cap. 45. McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2018.