

**TEMA 26**

**EMBARAZO Y PARTO MÚLTIPLE**

Revisoras

Beatriz Magro del Pozo

Teresa Aguilera Gómez

Nomenclatura para las etiquetas de las oposiciones de los Servicios Sanitarios

- **AVS:** Agencia Valenciana de salud
  - **Ayto-MADRID:** Ayuntamiento de Madrid
  - **CEX:** Convocatoria Extraordinaria
  - **CP:** Caso práctico
  - **DF:** Defensa
  - **DSP:** Diplomado de Salud Pública
  - **EIR:** Enfermera Interna Residente
  - **EP:** Especialidad de Pediatría
  - **ET:** Enfermería del Trabajo
  - **EXCEP:** Vía Excepcional Especialidad de Pediatría
  - **FS:** Fisioterapia
  - **Ib-Salut:** Servicio de Salud de las Islas Baleares
  - **INGESA:** Servicio de Salud de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla – Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
  - **JCCM:** Junta de Comunidades de Castilla La Mancha
  - **MT:** Matronas
  - **PI:** Promoción Interna
  - **R:** Pregunta de reserva  
  - **SACYL:** Servicio de Salud de Castilla y León
  - **SALUD:** Servicio Aragonés de Salud
  - **SAS:** Servicio Andaluz de Salud
  - **SCANS:** Servicio Canario de Salud
  - **SCANTS:** Servicio Cántabro de Salud
  - **SCS:** Servicio Catalán de Salud
  - **SERGAS:** Servicio Gallego de Salud
  - **SERMAS:** Servicio Madrileño de Salud
  - **SES:** Servicio Extremeño de Salud
  - **SESCAM:** Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
  - **SESPA:** Servicio de Salud del Principado de Asturias
  - **SM:** Salud Mental
  - **SMS:** Servicio Murciano de Salud
  - **SNS-OSA:** Servicio Navarro de Salud-Osakidetza
  - **SRS:** Servicio Riojano de Salud
  - **SUP:** Supuesto Práctico
  - **SVS-OSAK:** Osakidetza-Servicio Vasco de Salud
  - **UG:** Urgencias

*MANUAL DIDÁCTICO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA (MATRONA).*

## *Contenidos y desarrollos*

FUDEN © 2021

Calle Veneras, 9. 5<sup>a</sup> planta – 28013 Madrid

Saint-Vincent,  
www.fidens.es

Coordinación editorial: Alberto Maganto García, Gema del Pliego Pilo, María Paz Alarcón Diana.

Autores y revisores: Aroa Cortínez López, Beatriz Magro del Pozo, Beatriz Sanz Escrivano, Carmen María Rodríguez del Olmo, Elena Cristina Vázquez Feito, Gema del Pliego Pilo, Irene Beato Martínez, María Paz Alarcón Diana, Teresa Aguilera Gómez, Teresa Jiménez Valmorisco.

Colaboradores: Alaitz Garitaonandia Monteagudo, Alejandro García Díaz, Alicia Neira Sánchez, Amaya de la Carrera Ilarduya, Ana Belén Leal Leal, Ana Brun Valverde, Ana I. Bejarano Vicario, Ana Isabel Navas Corral, Antonio Quintero López, Aroa Vaello Robledo, Begoña Arruti Sevilla, Carmen Mejías Paneque, Carolina López Lapeyrière, Cecilia Ontiveros Martín, Cristina Collado Hernández, Cristina Muriel Miguel, Cristina Ramírez Gavilán, Dolores Marín Morales, Elisa Corrales Civantos, Encarnación Luna Avilés, Esther Díaz Jiménez, Eugenia de la Torre Escribano, Francisco Javier Riesco González, Ignacio Seijas Sánchez, Irene Juárez Pérez, José Carlos López García, José Luis Álvarez Gómez, Juana Macías Seda, Laura África Villaseñor Roa, Laura Cuendes Romero, Leonor Ramírez Gavilán, María Antonia Ortiz Hidalgo, María Auxiliadora González Martínez, María Concepción Real Hernández, María Inmaculada Ruiz Torras, María Isabel Martín Medina, María José Fernández Cruz, María Luisa Pontes Romero, María Mercedes Martín Funes, María Fernández Alcalde, María Gálvez González, María José Ramón del Carmen, María Lourdes Denche Parra, María Núñez Vivas, Mercedes Redondo Escudero, Nieves Rojo Cabrera, Paloma Martínez Serrano, Patricia Pérez de la Hija, Paula Soto Macía, Pilar Toledano González, Raquel Ambrojo Sánchez, Rita Salvador López, Susana Gil Núñez, Susana Marcos Jurado, Susana Toro Molina, Verónica Camacho Vicente, Vicente Velázquez Vázquez, Yolanda Gonzalo Casquete.

Edición Digital: Mayo 2022

ISBN: 978-84-18671-65-4

Depósito Legal: M-15168-2022

Todos los derechos reservados. Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro sin el permiso previo de los titulares del Copyright. Las fotografías han sido cedidas por los autores y se prohíbe la reproducción total o parcial de las mismas.

# Índice

## Tema 26

### Embarazo y parto múltiple

<b>1. Introducción .....</b>	<b>5</b>
1.1. Conceptos generales .....	5
1.2. Epidemiología .....	5
1.3. Clasificación.....	6
<b>2. Periodo pre-embionario .....</b>	<b>6</b>
2.1. Monocigóticos.....	6
2.2. Policigóticos .....	9
<b>3. Diagnóstico .....</b>	<b>10</b>
3.1. De gemelaridad.....	10
3.1.1. Diagnóstico clínico o de sospecha .....	10
3.1.2. Diagnóstico de certeza.....	10
3.2. De cigosidad.....	10
3.3. Diagnóstico por imagen ecográfica.....	10
<b>4. Complicaciones en el embarazo múltiple.....</b>	<b>12</b>
4.1. Complicaciones Maternas .....	12
4.2. Complicaciones Fetales .....	14
4.3. Complicaciones Obstétricas .....	17
<b>5. Control obstétrico.....</b>	<b>17</b>
<b>6. Parto múltiple .....</b>	<b>19</b>
<b>7. Postparto .....</b>	<b>23</b>
<b>8. Aspectos legales en la gestación múltiple.....</b>	<b>23</b>
<b>9. Bibliografía.....</b>	<b>24</b>



# 1. Introducción

## 1.1. Conceptos generales

Se considera embarazo múltiple a aquel que alberga dos o más fetos en la cavidad uterina simultáneamente. Puede ser gemelar, triple, cuádruple o de mayor orden.

La gestación múltiple representa una pequeña parte del total de gestaciones, pero acumula una importante proporción de complicaciones perinatales graves y del consumo de recursos sanitarios.

En la actualidad ya no se debería hablar simplemente de gestación gemelar, sino que también es preciso determinar la corionicidad. La gestación gemelar monocorial y bicorial son situaciones completamente diferentes que comparten algunos riesgos maternos y obstétricos, pero el tipo y la gravedad de la patología fetal asociada es marcadamente independiente.

## 1.2. Epidemiología

La incidencia de la gestación múltiple espontánea es aproximadamente del 1%.

Según la **ley biológica de Hellin**, la frecuencia de aparición de embarazos múltiples espontáneos disminuye según aumenta el número de fetos, en el orden de la potencia de 1/85 ( $n-1$ ), donde la potencia “ $n$ ” es la cantidad de embriones en la gestación. Según esta ley la frecuencia de gemelos sería 1/85, la de trillizos sería 1/7200, la de cuatrillizos 1/600 000 y la de quintillizos 1/52 000 000 (Dorland's Medical Dictionary for Healthcare Consumers. Hellin's law, 1895).

Más tarde estas frecuencias se adaptan a las características geográficas y raciales de cada

zona (Zaleny). En España el cociente se modifica de 1/85 a 1/111.

Estas reglas clásicas a día de hoy no son de gran relevancia clínica, ya que actualmente la incidencia de embarazo múltiple ha aumentado en parte debido al avance de las técnicas de reproducción asistida. Las cifras de la incidencia real oscilan levemente dependiendo la fuente. En España probablemente supera el 2% de las gestaciones en casi todas las comunidades (González Merlo 2018), por otro lado, la SEGO estima que “la prevalencia en las últimas décadas ha aumentado a un 3-4%, debido al incremento de la edad materna por el retraso electivo en la maternidad y a las técnicas de reproducción asistida” (GPC sobre embarazo gemelar bico-rial, 2014).

TABLA 1

p84  
SES 2019

Factores epidemiológicos favorecedores de gestaciones gemelares

• Técnicas de reproducción asistida (TRA)
• Edad materna avanzada (hasta los 35-39 años)
• Herencia: el riesgo se multiplica por 3 en caso de GM por línea materna
• Multigestas: incidencia a partir de la 4 <sup>a</sup> gestación
• Embarazo gemelar previo
• Raza negra
• Talla y peso materno: la talla y peso altos están relacionados con un mayor número de gestaciones gemelares
• Otros

p62  
SACYL 2008

Fuente: Elaboración propia.

## 1.3. Clasificación

La clasificación del embarazo gemelar se puede realizar atendiendo a su cigosidad y a su corionicidad.

Cigosidad: depende de si la gestación gemelar procede de uno o dos ovocitos (ver Figura 1).

Monocigóticos (monoovulares, univitelinos o gemelos verdaderos): son aquellos que proceden de un

p29  
SVS-OSAK  
2012

único espermatozoide y un único ovocito que después se divide. Representa 1/3 de las gestaciones gemelares espontáneas.

Dicigóticos: fecundación de dos ovocitos distintos por dos espermatozoides distintos, biconiales por definición. Representa 2/3 de las gestaciones gemelares espontáneas.

p76  
SES 2019

Corionicidad: depende del número de placas. La corionicidad está muy relacionada con el resultado perinatal.

## 2. Periodo pre-embionario

Como ya hemos visto, se pueden diferenciar dos grandes bloques de embarazos gemelares en función del nº de óvulos fecundados o cigosidad.

### 2.1. Monocigóticos

Se producen merced al fenómeno conocido como **poliembriónia**: el producto de la fecundación de un ovocito y un espermatozoide, el cigoto, se fragmenta en su desa-

p45 SNS-OSA 2015  
p60 SES 2008  
p29 SVS-OSAK 2012

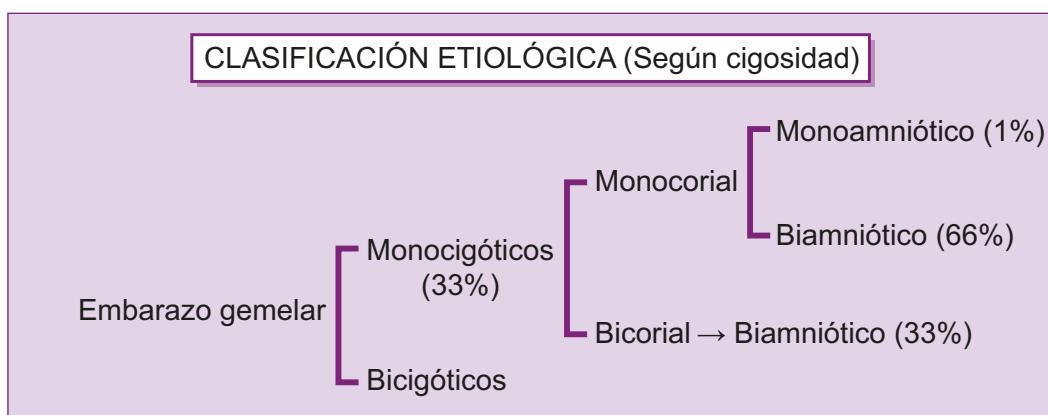
rrollo dando lugar a gemelos con idéntico material genético. Según el momento en que se produzca esta fragmentación los tipos de embarazos monoovulares serán diferentes:

• Si se fragmenta en fase de **MÓRULA** (antes de las 72 horas post-fecundación) cada blastómera es pluripotencial y produce gemelos con placas y bolsas amnióticas independientes: gemelos **biconiales-biamnióticos**. Suponen el 33%.

p27  
SACYL 2019

FIGURA 1

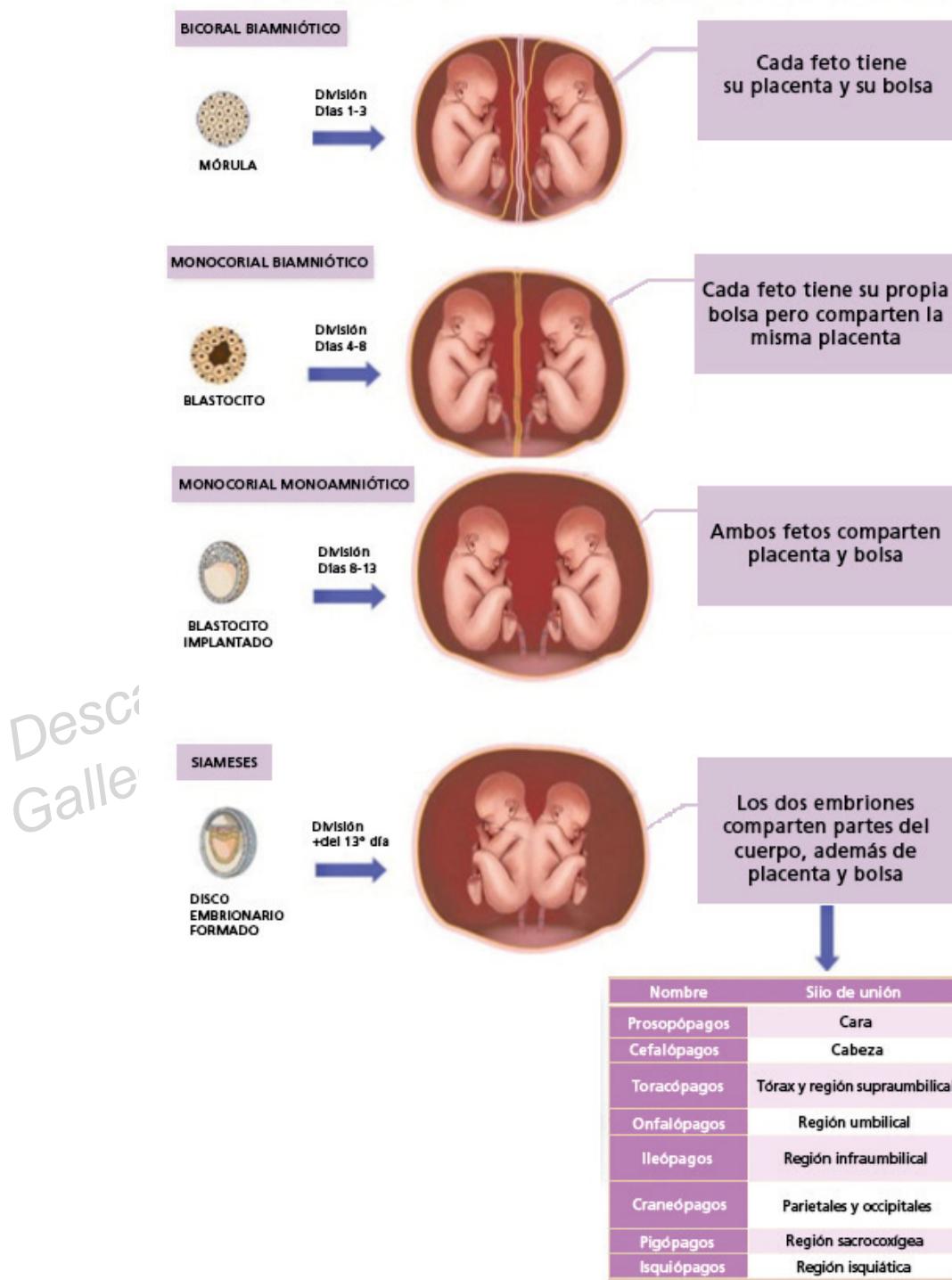
Cigosidad



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 2

Momento división gestación gemelar monocigótica



Fuente: Adaptado de <https://es.slideshare.net/aninsin/embarazos-mltiples>

- Si se fragmenta en fase de **BLÁSTULA** (entre el 4º y 8º día) los gemelos compartirán la placenta, pero se desarrollarán en sacos amnióticos separados: **monocoriales-biamnióticos**. Suponen el 66%.

p35 SESPA 2019  
p93 Ib-Salut 2019

- Si la fragmentación se produce en la fase de **GÁSTRULA** (entre el 9º y el 13º dia, una vez se ha consolidado el amnios) los gemelos comparten placenta y saco amniótico: **monocorial-monoamniótico**. Apenas son el 1%.

En caso de gestaciones monocoriales la posibilidad de pérdida gestacional antes de las 24 semanas es 5 veces mayor, y la morbitmortalidad perinatal global 2-3 veces superior que en las gestaciones biconariales.

- Y si la fragmentación se produce más allá del decimotercer día da lugar a los gemelos fusionados también llamados **siameses** (0,06%). Deben su nombre a los hermanos Chang y Eng nacidos en Siam en 1811 y conocidos como los "Siamese Twins". Del total de los siameses, el 75% son del género femenino. Su incidencia varía entre 1:50.000 y 1:200.000. Muchos nacen muertos, presentan un alto porcentaje de malformaciones asociadas y su supervivencia depende del grado de unión (oscilando entre un 5-25%).

Según Potter los siameses se pueden clasificar como:

a) **Simétricos**, que en función de la parte unida se denominan:

- Toracópagos, xifópagos o esternópagos (unidos por el tórax anterior). Son el 75% y habitualmente tienen órganos separados excepto el hígado.
- Pigópagos (unidos por el pubis, tórax posterior y sacro). Suponen el 18-19%. Conexión por la espalda, usualmente por la pelvis, con sacro y cóccix comunes,

y los tubos digestivos que acaban en un ano y recto común. Con frecuencia existen malformaciones genitourinarias.

- Isquiópagos (6 %). Conexión a nivel de la pelvis inferior, cuerpos fusionados en la región pélvica hasta el ombligo. Por encima los cuerpos están separados y son normales.
- Craneópagos (1-2%). Por lo general se hallan unidos por la parte media de la cabeza; casi siempre los cerebros están separados o sólo ligeramente fusionados.
- Onfalópagos: unidos por el ombligo.
- Raquípagos: unidos por la espalda por encima del sacro.

- b) **Asimétricos**: un gemelo es más pequeño y depende del otro. Uno puede ser normal o casi normal y el otro incompleto, más pequeño, cuyo desarrollo es totalmente dependiente del otro feto.

Por último señalar que también puede existir un tipo de siameses, donde hay una parte del cuerpo que está compartida entre ellos. Dentro de este tipo destacan:

- Sincéfalos: una sola cabeza y dos cuerpos.
- Dicéfalos: dos cabezas un solo cuerpo.
- Diprósopos: una cabeza y un cuerpo con duplicación de la cara.

Cuanto más elementos comparten los gemelos siameses peor es el pronóstico del embarazo. El parto de los fetos potencialmente viables es siempre por cesárea. No obstante, la mortalidad fetal es alta. Los siameses pueden separarse únicamente si no comparten estructuras vitales que comprometen la supervivencia de cualquiera de los dos fetos.

Se desconoce cuáles son los factores responsables del momento de la división del cigoto.

La **poliembriónia** no presenta diferencias raciales, ni de edad, etc. Sólo parece existir cierta potencialización hereditaria por línea paterna. Se ha tratado de explicar etiológicamente a partir de:

- a) Implantación ovular retardada (Newmann). Una hipoxia, alcalinidad del pH o déficit nutritivo decidual favorecerían el fenómeno.
- b) Déficit de progesterona (Hamlett) que conduciría a una implantación retardada.

## 2.2. Policigóticos

Se produce por el fenómeno de la **poliovulación**, la ovulación de varios ovocitos de forma relativamente simultánea que son fecundados por distintos espermatozoides. Los gemelos son diferentes genéticamente (se parecen como dos hermanos cualesquiera) y pueden ser del mismo o de diferente sexo. Por tanto estos gemelos siempre van a ser **bicoriales-biamnióticos**. Esta poliovulación puede ser:

- **Multifolicular:** de varios folículos, que a su vez pueden provenir de
  - Monoovárica: un solo ovario.
  - Biovárica: un óvulo de cada ovario.
- **Monofolicular:**
  - Folículo con más de un ovocito.
  - Un ovocito con dos núcleos.
  - Fecundación del corpúsculo polar.
  - Fecundación por espermatozoide de dos cabezas.

Por lo general los espermatozoides suelen provenir del mismo coito y los ovocitos del mismo ciclo, pero en ocasiones el coito fecundante es distinto para cada ovocito. Se

habla de **superimpregnación** que a su vez puede ser:

- **Superfecundación:** dos espermatozoides de coitos diferentes fecundan dos óvulos procedentes del mismo ciclo separados de un corto periodo de tiempo, 2-7 días.
- **Superfetación:** dos espermatozoides de coitos diferentes fecundan dos óvulos de distinto ciclo, normalmente un intervalo de tiempo mayor que un ciclo ovulatorio medio entre las fertilizaciones (no demostrado en la especie humana). La mujer se queda embarazada estando ya embarazada y los fetos tendrían edades gestacionales diferentes.

El fenómeno de poliovulación se encuentra influenciado por una serie de factores epidemiológicos (ver Tabla 1):

- 1) La herencia: especialmente importante por línea materna. El 17% de los gemelos tendrán gemelos.
- 2) La raza:
  - Negra: 1,3%. Más alta.
  - Blanca: 1,07%. Media.
  - Orientales: 0,7%. Baja.
- 3) Variaciones geográficas: la máxima frecuencia la presentan en Nigeria con un 4,5% y la mínima en Hiroshima Nagasaki.
- 4) Edad: a mayor edad mayor es la estimulación ovárica y mayor la frecuencia de embarazos gemelares.
- 5) Paridad: la frecuencia es mayor en multíparas (52-82%). Además las mujeres con embarazo gemelar tienen de 3 a 5 veces más de probabilidad de tener de nuevo un embarazo gemelar.
- 6) Clima: existe más frecuencia en regiones más frías.
- 7) Inductores de la ovulación y técnicas de reproducción asistida.



- 8) Otros factores: pacientes con malformaciones uterinas, con mayor talla y peso maternos, y en los grupos sanguíneos B y 0.

Por último resaltar una situación especial: "feto en feto"(tipo de gemelo parásito). Se define como una masa fetiforme totalmente encerrada dentro del cuerpo del autósito o hermano desarrollado.

## 3. Diagnóstico

### 3.1. De gemelaridad

#### 3.1.1. Diagnóstico clínico o de sospecha

- **Anamnesis** valorando antecedentes familiares y epidemiológicos. Síntomas neurovegetativos intensos y duraderos.
- **Exploración física:** altura del fondo uterino mayor de lo normal para edad gestacional (>5 cm de lo normal), perímetro abdominal mayor a la edad gestacional y palpación de más partes fetales por las maniobras de Leopold.
- Presencia de **toxemias de aparición precoz**: antes de la semana 20.
- **Analítica:** aumento de valores de β-HCG, α-FP,...

#### 3.1.2. Diagnóstico de certeza

- La **auscultación** de dos focos de frecuencia cardiaca fetal (FCF) con diferencia de al menos 10 latidos por minuto entre ellos.
- En el **RCTG** (registro cardiotocográfico) la existencia de dos ECG distintos.
- Por **ecografía**, que es el método idóneo por su inocuidad y precocidad.
- La **radiografía** si no se dispone de ecógrafo a partir del 6º mes.

Confirmado el embarazo múltiple se procederá a determinar:

- El número de fetos.
- Amnionicidad.
- Corionicidad.
- Datación de la gestación.

#### 3.2. De cigosidad

El diagnóstico de cigosidad determina el riesgo de enfermedades genéticas, mientras que la corionicidad determina el riesgo de complicaciones gestacionales. Es especialmente importante su diagnóstico lo más precozmente ya que las complicaciones potenciales de las gestaciones gemelares aumentan especialmente en el caso de las monocoriales.

#### 3.3. Diagnóstico por imagen ecográfica

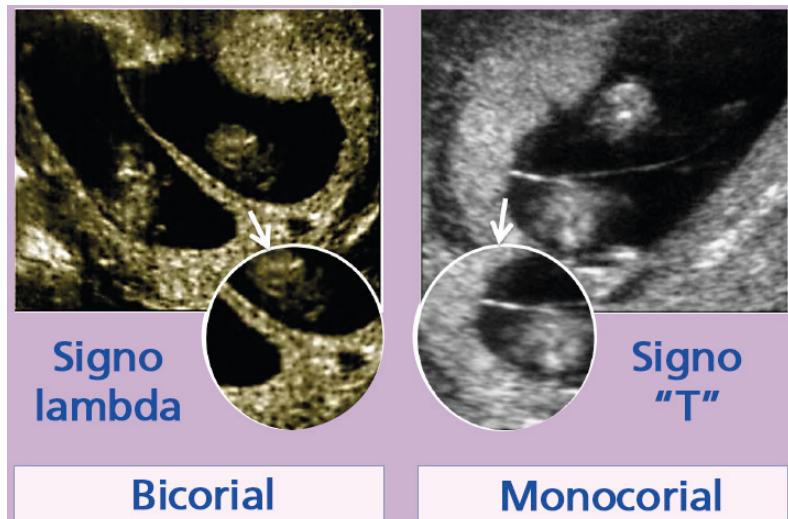
Antes de las 8-10 semanas la membrana interfetal puede no ser visible imposibilitando el diagnóstico de amnionicidad hasta después de las 10 semanas.

Visualización Ecográfica < 11 semanas en:

- **Gestación biconal biamniótica.** Dos sacos gestacionales, cada uno con un embrión y una vesícula vitelina en su interior.
- **Gestación monocorial.** Un saco gestacional con dos embriones en su interior.

FIGURA 3

Signo lambda o en pico y signo en T



Fuente: Adaptado de GPC Diagnóstico y manejo del embarazo múltiple.  
Instituto mexicano del seguro social.

La gestación monocorial a su vez puede ser:

- **Monocorial biamniótica.** Un único saco gestacional con dos cavidades amnióticas, cada una con su embrión, y un espacio extracelómico único con dos vesículas vitelinas.
- **Gestación monocorial monoamniótica.** Un único saco gestacional que contiene una única cavidad amniótica y dos embriones en su interior, y un espacio extracelómico con una única vesícula vitelina.

De la semana 11 a las semanas 14-15, los dos sacos ya contactan de forma evidente y la membrana interfetal se adelgaza de manera progresiva, el diagnóstico se establece por la forma que muestra la unión de la membrana interfetal con la pared uterina (figura 3):

- **Signo de lambda o "V" invertida** (twin peak sign): propia de las gestaciones biconariales, aunque no sea un signo excluyente. Se observa una zona gruesa con abundante tejido coriónico que separa ambos sacos.
- **Signo de T:** visualizado por la ausencia de corion,

p64 SCANTS 2019  
p78 SESPA 2019

la inserción de la membrana interfetal forma una "T" invertida en un ángulo de 90°. Característica de las gestaciones monocoriales-biamnióticas.

Más allá de la semana 15-16, el diagnóstico ecográfico pierde eficacia y es difícil determinar la corionidad correctamente. Aunque el diagnóstico es incierto se puede basar en:

- **Sexo fetal:** Gemelos de distinto sexo son indicativos de gestación biconcial biamniótica, pero el sexo de los embriones puede coincidir.
- **Localización placentaria:** La observación de placetas claramente separadas es un signo de gestación biconcial, aunque a partir de estas semanas de gestación biconcial pueden presentar placetas fusionadas.
- **Número de membranas interfetales:** la presencia de cuatro membranas corresponde a una gestación biconcial-biamniótica, sin embargo los monocoriales sólo tienen dos membranas. Se constataría una vez se produzca el alumbramiento tras el parto.

Otros hallazgos como el análisis del grupo sanguíneo, antígenos u otras diferencias somáticas pueden también ayudar a determinar

la cigosidad tras el parto, aunque son de carácter más impreciso.

## 4. Complicaciones en el embarazo múltiple

### 4.1. Complicaciones Maternas

Muchas de las complicaciones maternas asociadas al embarazo múltiple vienen derivadas de las adaptaciones que el organismo materno tiene que realizar para hacer frente a la demanda de este tipo de gestaciones. Los cambios que tienen lugar en el organismo materno durante la gestación múltiple son los mismos que en la gestación de feto único, pero más acentuados debido, en primer lugar, a la mayor producción hormonal (progesterona, estriol, HCG y lactógeno placentario) como consecuencia de un mayor volumen placentario y, en segundo lugar, a una unidad fetoplacentaria más voluminosa.

Estas complicaciones implican una mayor tasa de hospitalización/medicalización, durante la gestación y al término de la misma, aunque en su mayoría son de poca gravedad y controlables con relativa facilidad.

A continuación se explicarán las adaptaciones llevadas a cabo por la madre y las principales complicaciones derivadas de la misma.

#### 1) Adaptación gastrointestinal

- Retardo en el vaciamiento gástrico y de la vesícula biliar, que provocan un mayor número de cálculos biliares y sensación de plenitud gástrica continua.
- Relajación en el tono y disminución de la motilidad intestinal (estreñimiento).
- Agravamiento del reflujo esofágico aumentando episodios de pirosis (debido a una mayor presencia de progestágenos que afectan a la relajación del cardias).

#### Complicaciones

- **Gestosis e hiperemesis gravídica:** las náuseas y vómitos son más precoces y severos por ↑ de HCG.
- **Colestasis intrahepática:** de tres a cuatro veces más frecuente que en embarazos únicos.
- **Hígado graso agudo del embarazo.** Especialmente en el tercer trimestre.

#### 2) Adaptación cardiovascular

- Aumento del volumen plasmático.
- Aumento del gasto cardíaco.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Aumento del volumen sistólico.
- Aumento de la distensibilidad venosa.

#### Complicaciones

- **Estados hipertensivos del embarazo (EHE):** triplican su incidencia en este tipo de gestaciones y suponen la causa de mayor morbilidad perinatal.
- **Preeclampsia:** es de tres a cinco veces más frecuente que en los embarazos únicos. Tiende a aparecer de manera temprana y suele seguir un curso fulminante. En el caso de las gestaciones de orden superior a dos fetos el riesgo es todavía mayor. Se debe tener en cuenta una serie de factores de riesgo como son la nuliparidad, la edad materna inferior a 25 años o superior

a 35 años, la diabetes mellitus o gestacional, o el control inadecuado del embarazo que aumentan el riesgo de preeclampsia.

- **Síndrome edematoso:** es hasta un 20% más frecuente que en las gestaciones únicas. Dentro del mismo hay que prestar especial atención al mayor riesgo de edema pulmonar debido a un incremento del gasto cardíaco y del volumen plasmático.
- **Síndrome de compresión aorto-cava** con hipotensión supina: más frecuente y precoz que en el embarazo único.
- **Síndrome varicoso en vulva,plexo hemorroidal y miembros inferiores.** Debi-do a un aumento considerable del tamaño del útero y la dificultad de retorno de la circulación venosa del mismo.

**Son medidas preventivas aconsejables:** evitar permanecer de pie mucho tiempo o cruzar las piernas, cambiar de postura y descansar con frecuencia. Dormir con las piernas ligeramente elevadas (por encima del corazón) y utilizar medias anti-varices para embarazadas por encima de la rodilla. Realizar ejercicios para beneficiar la circulación de las piernas, procurar no subir demasiado de peso en el embarazo y realizar masajes circulatorios en las piernas.

### 3) Adaptación metabólica

- Mayor aumento de peso.
- Aumento del agua corporal (por el aumento del volumen plasmático y la retención hídrica).
- Aumento de los requerimientos de hierro y ácido fólico.

### Complicaciones

- **Aumento del riesgo de diabetes gestacional:** hay que tener en cuenta una serie de factores de riesgo como son la edad materna mayor de 35 años, la multiparidad,

un familiar consanguíneo diabético, la macrosomía fetal y la obesidad materna.

- **Dolor de espalda, dificultad de movimiento** y aumento del riesgo de caídas.

### 4) Adaptación respiratoria

- Aumento del consumo de oxígeno.
- Durante el embarazo múltiple, el útero en expansión eleva más el diafragma en relación con lo que pasa en un embarazo único, lo que ocasiona un mayor grado de dificultad respiratoria, sobre todo a partir del tercer trimestre. Estos cambios son proporcionales al número de fetos.

### 5) Adaptación renal

- Aumento del flujo plasmático renal.
- Aumento de la filtración glomerular.
- Aumento de la excreción de aminoácidos.
- Aumento de la reabsorción de sodio.
- El hidrouréter y la hidronefrosis son más comunes que en el embarazo simple. No obstante, estas modificaciones no suponen un aumento del riesgo de infección de las vías urinarias.

### Complicaciones

- **Polaquiuria** y, en ocasiones, **uropatía obstructiva**, por efecto del aumento del volumen uterino.

### 6) Adaptación del útero

- Útero no gestante peso 70 g. Útero con embarazo único pesa 1.000-1100 g con un volumen de 5.000 cc.
- Los cambios que se observan en el útero durante el embarazo constituyen la característica de adaptación más notable de

cualquier órgano o sistema, debido a la capacidad de esta víscera para conservar sus funciones hasta el término. Este crecimiento se debe a la hiperplasia e hipertrofia de las células miometriales, producto de la estimulación hormonal. El volumen uterino total en un embarazo gemelar puede alcanzar los 10.000 ml, con un peso que puede superar los 8.000 g (Redford, 1982).

Para terminar se deben también tener en cuenta los **problemas psíquicos**: a los problemas de las gestaciones únicas, se puede añadir el burn-out como entidad frecuente en las gestaciones gemelares. Esta se puede definir como el estado máximo de cansancio emocional donde la madre se siente sobreexpuesta por la situación. Las mujeres que están altamente motivadas para ser buenas madres son las que tienen más riesgo de llegar a hipersaturarse.

## Complicaciones

- Las principales complicaciones que se derivan del crecimiento uterino son aquellas que comprometen la función diafragmática/ ventilación, la aparición de varices vulvares por dificultad del retorno venoso, polaquiuria y aumento de las infecciones del tracto urinario.

### 7) Adaptación hematológica

- Algunos estudios han demostrado una mayor frecuencia de megaloblastos (un 29,6% para los gemelos y un 13% para el feto único). Esto ha sugerido que los cambios megaloblásticos pueden ser inducidos por las hormonas y no diagnósticos de una deficiencia de hierro o folatos. El recuento de leucocitos suele aumentar a valores que pueden oscilar entre 14.000 y 16.000/ml y, en ocasiones, excede los 25.000/ml (Taylor et al, 1981).
- Aumento del fibrinógeno y de otros factores de coagulación.

## Complicaciones

- Anemia:** tiene una incidencia del 40% en la gestación gemelar. También disminuyen las reservas de ácido fólico.
- Aumento del riesgo de accidente tromboembólico.**

## 4.2. Complicaciones fetales

p83  
SNS-OSA  
2018

Las complicaciones fetales en las gestaciones múltiples son las mismas que podrían aparecer en la gestación única a excepción de la gestación prolongada y la macrosomía fetal.

p28  
SACYL  
2019

Como hemos comentado en el punto 3 el diagnóstico de la cigosidad (directamente relacionada con el riesgo de enfermedades genéticas) y la corionicidad (vital para conocer las posibles complicaciones en este tipo de gestaciones) determinarán el pronóstico y el control de la gestación. Entre las complicaciones fetales destacan:

- Embarazo heterotópico:** se produce cuando la implantación de uno o más óvulos fecundados se produce en diferentes sitios, generalmente uno de ellos fuera de la cavidad uterina. Es muy poco frecuente, aunque su incidencia se ha incrementado debido a las TRA.
- Muerte de uno de los fetos:** dependiendo del momento de la gestación en la que se produzca implica unas complicaciones u otras.
- Primer trimestre:** entre un 40%-50% de los embarazos gemelares diagnosticados antes de la semana 8 terminan siendo gestaciones únicas. A menudo puede visualizarse saco

gestacional sin embrión, o un embrión sin latido que se absorberá a lo largo de la gestación (*gemelo evanescente*). También puede quedar como una masa comprimida y adherida a la gestación que sigue evolucionando (*phoetus compresus*).

- **Segundo/tercer trimestre:** si uno de los gemelos muere en este periodo implica un aumento de la morbilidad para el gemelo superviviente (exitus, secuelas neurológicas graves, parto pretérmino, RCIU, etc). El gemelo fallecido puede quedar apergaminado y unido a la gestación que evoluciona normalmente (feto papiráceo, alrededor de la semana 20). Si la muerte es posterior a las 20 semanas la frecuencia oscila del 2 al 7%.

Entre las complicaciones maternas se incrementa el riesgo de coagulación intravascular diseminada, pero su incidencia es tan baja que no es indicativo de interrupción de la gestación.

- **Síndrome de Transfusión Feto-Fetal (STFF):** es propio de los embarazos monocoriónicos y se da en el 5-15% de éstos durante el tercer trimestre generalmente y con una mortalidad entre el 70-100%, aunque ocasionalmente se ha visto también en las gestaciones dicoriónicas. El diagnóstico es ecográfico, se basan en la presencia de una secuencia polihidramnios u oligohidramnios, vejigas discordantes y monocorionicidad.

En la placenta monocorial cada feto dispone de un lecho vascular propio, pero existe una zona llamada “ecuador vascular” en la que se establecen conexiones vasculares o *anastomosis interfetales*. Pueden ser de dos tipos:

- Directas vaso con vaso o superficiales: son las arterio-arteria o veno-venosas. En éstas el flujo es bidireccional y puede ser preferente hacia un lado u otro en función de la presión arterial de los fetos.

- Conexiones arterio-venosas: son cotiledones compartidos, perfundidos por la arteria de un feto y drenados por una vena del otro. En éstas el flujo es unidireccional.

Cuando esta combinación de anastomosis se desequilibra produce una alteración hemodinámica que lleva a que uno de los fetos se comporte como “donante” y el otro como un “receptor”.

- » El *feto receptor* presenta un estado de hipervolemia con poliuria, vejiga distendida y polihidramnios, que puede desembocar en un cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva.
- » El *feto donante* se encuentra en una situación hemodinámica de hipovolemia con oligoanuria, vejiga reducible o no visible, oligoamnios y retraso del crecimiento.

Debido a su baja frecuencia, la experiencia en estos casos es limitada, por lo que no resulta fácil valorar la eficacia de las opciones terapéuticas. Clásicamente las opciones terapéuticas han incluido el amniodrenaje y la septostomía, en la actualidad la fotocoagulación de las anastomosis vasculares mediante láser se considera la técnica de elección, con una supervivencia de al menos uno de los fetos del 75-85% y en algunas circunstancias puede estar indicada la oclusión del cordón umbilical. El riesgo de muerte fetal es dos veces mayor en los embarazos gemelares monocoriónicos que en los dicoriónicos.

El feto superviviente tiene un mayor riesgo de muerte perinatal y de problemas neurológicos como microcefalia, hidro-anencefalia y/o encefalomalacia multiquística. El feto receptor, merced a recibir sangre extra de su hermano, puede llegar a prescindir de su corazón y desaparecer éste a modo de malformación (*phoetus acardius*) e incluso dándose a veces malformaciones más intensas y complejas (*acardius amorphus*).

- **Quimerismo sanguíneo:** la mezcla de sangres fetales en fases de histocompatibi-

lidad, en gestaciones bicigóticas, puede hacer que de adultos posean dos poblaciones antigénicas diferenciadas en su misma sangre.

- **Malformaciones fetales:** su índice es mayor que en gestaciones únicas, sobre todo en los monocigóticos. Las más frecuentes son anomalías cromosómicas. Las cardiotipias aparecen con mayor incidencia en embarazos monocoriales y aún más si existe STFF.

Entre las estructurales destacan las del SNC (defectos del tubo neural e hidrocefalia) y las digestivas. En el embarazo múltiple también son más frecuentes las anomalías congénitas por deformación debido al déficit de espacio intrauterino y la consiguiente restricción de movimientos, representan hasta un 6% de las malformaciones; que incluyen: defectos posicionales de los pies (equino-varo), luxación de cadera, asimetría facial o tortícolis, y que por lo general afectan a un solo feto. En las gestaciones biconiales el riesgo de anomalía estructural es similar al de las gestaciones únicas. Otras anomalías estructurales específicas de la gestación monocorial son la secuencia TRAP (Twin Reverse Arterial Perfusion o secuencia de perfusión arterial reversa) y siameses.

- **Prematuridad:** la duración del embarazo se acorta a medida que aumenta el número de fetos. En los gemelares el 33% de los partos se producen antes de la semana 36 y el 75% antes de la 38. Existen de cinco a seis veces más prematuros que en relación a los embarazos únicos. Es la complicación más frecuente e importante por su repercusión en la morbi-mortalidad neonatal. Una de las causas es la sobredistensión uterina que se ve favorecida por el mayor volumen fetoplacentario, que aumenta la presión intraamniótica y la distensión uterina, dando lugar, por una parte, a contracciones uterinas y, por otra, a un aumento del riesgo de RPM.

Así pues, podemos considerar por término medio la duración de la gestación en semanas:

- Feto único: 39-40.
- Gemelos: 35-37.
- Trillizos: 33.
- Cuatrillizos: 29.

La reducción embrionaria es una opción a tener en cuenta en los embarazos de alto orden por parte de la gestante y de su pareja tras ser éstos correctamente informados.

El número de embriones generalmente es reducido a dos. Existe un 4-5% de abortos ligados a la realización de esta técnica. Una de las principales ventajas que se obtiene es la conciente a la prematuridad, además se ha demostrado una disminución de la incidencia de los estados hipertensivos.

Como actuaciones a llevar a cabo en caso de APP (Amenaza de Parto Prematuro) se recomienda: el reposo en decúbito lateral, uso del atosiban como tocolítico, corticoides para la maduración pulmonar fetal, sulfato de magnesio para la neuroprotección. No se aconseja el uso de betamiméticos en las gestaciones múltiples.

En la mayoría de los casos hay un acortamiento cervical progresivo. El control de la longitud cervical por ecografía ha demostrado una capacidad notable de detección de casos de riesgo elevado de parto prematuro. El cerclaje sistemático no ha demostrado ser eficaz, excepto en casos de riesgo por incompetencia cervical manifiesta o cirugía previa sobre el cérvix. No existe evidencia de que el reposo hospitalario, el cerclaje o la administración de progesteronona disminuya el riesgo de prematuridad en la gestación gemelar.

- **Bajo peso al nacer:** si bien el crecimiento es similar a una gestación única hasta la semana 30 de gestación, es entonces cuando se hace evidente una diferencia en el incremento ponderal de hasta 600 g en comparación con una gestación de un solo feto.

- **Crecimiento intrauterino restringido:** el CIR es una complicación muy frecuente y junto con el parto prematuro, es la causa más importante de la alta morbimortalidad del embarazo gemelar. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el STFF. La causa es una insuficiencia placentaria que parece parcialmente compensada por una maduración fetal más precoz. A mayor número de fetos, menor peso de los mismos al nacimiento.

El manejo de estas gestaciones dependerá de la etiología, la gravedad y edad gestacional en el momento del diagnóstico. Se debe tener en cuenta:

- En las gestaciones gemelares biconiales, en una parte importante de casos se trata de fetos pequeños para la edad gestacional, sin evidencia de insuficiencia placentaria y raramente existen casos de retraso grave.
- La gestación monocorial tiene mayor riesgo de presentar CIR y siempre debe descartarse un STFF.
- Un tipo particular de CIR es la presencia de CIR en sólo un feto, producida por un reparo asimétrico de la placenta, que condiciona una insuficiencia placentaria en un feto. El diagnóstico se suele establecer por un crecimiento inferior al percentil 10 en un feto. Suele asociarse a discordancia interfetal de peso mayor del 20-25%.

Se considera que existe discordancia entre los tamaños fetales ante hallazgos ecográficos como:

- Diámetro biparietal: diferencia  $\geq 5$  mm.
- Circunferencia cefálica: diferencia  $\geq 15\%$ .
- Circunferencia abdominal: diferencia  $\geq 20$  mm.
- Peso fetal estimado: diferencia  $\geq 15\%$ .
- Doppler umbilical: diferencia  $\geq 15\%$ .

### 4.3. Complicaciones Obstétricas

Entre las complicaciones obstétricas del embarazo múltiple se encuentran:

- Mayor índice de abortos.
- Polihidramnios. Es más frecuente en las gestaciones monocoriales. Puede favorecer la RPM que, junto con la malposición fetal, hace que el riesgo de prolapse del cordón sea mayor.
- Inserción velamentosa del cordón y vasa previa.
- Placenta previa.
- DPPNI.
- Presentaciones anómalas: son más frecuentes debido, por una parte, a que los gemelos se impiden mutuamente adoptar una presentación cefálica y, por otra, a la existencia de polihidramnios. Pueden también producirse entrelazamiento de cordones (mono-mono).

## 5. Control obstétrico

Dentro de los pilares básicos de un adecuado control gestacional se encuentra el diagnóstico precoz tanto de la gestación múltiple como de la cigosidad y la detección precoz de las complicaciones.

- El **control prenatal** difiere entre hospitales; no existen pautas universales, aunque se tiende a aumentar las visitas. Una frecuencia media sería: cada 3-4 semanas hasta la semana 26, posteriormente cada

2-3 semanas hasta la 32 y semanal desde las 32-34 semanas.

• **Aspectos nutricionales**

- Se recomienda un aumento ponderal materno total de aproximadamente 16-20,5 kg ,aunque dependerá del IMC previo materno
  - ✓ Con un peso normal (IMC 18,5-24,9): entre 16,8 y 24,5 kg.
  - ✓ Con sobrepeso (IMC 25-29,9): entre 14,1 y 22,7 kg.
  - ✓ Con obesidad (IMC  $\geq$  30) entre 11 y 19,1 kg.
- Aporte de 300 kcal/día extra sobre los requerimientos normales.
- La dieta debe ser variada y equilibrada

• **Aspectos nutricionales**

- Hierro: 60 mg/día
- Ácido fólico: 1.000 mcg/día (1 mg) durante toda la gestación.
- Calcio: Sólo se supplementará a las gestantes con un consumo de calcio deficitario (< 600 mg o 2 raciones/día). Si es necesario suplementar se administrará 1 gr/día (1000 mg).



• **Reposo relativo** desde el 5º mes. Evitar bipedestación de más de tres horas, cargar pesos de más de 10 kg, trabajo con máquinas industriales o cadenas de montaje, escasa o nula actividad física, guardias y el estrés ambiental.

• **Ecografías**, las normales en el I trimestre y en el II trimestre, y para el resto depende de los protocolos de cada centro y de la corionicidad:

- En las gestaciones biconiales está más o menos establecido en todos los sitios adelantar la ecografía del III tri-

mestre a la semana 28-30 y realizar otra de crecimiento a las 35-36 semanas (González Merlo 2018).

Según la GPC SEGO 2015 sobre embarazo biconial, en la gestación biconial biamniótica se realizarán los siguientes controles ecográficos:

**11-13+6 semanas:**

- ✓ Diagnóstico de corionicidad
- ✓ Datación de la gestación (LCN mayor) o Cribado ecográfico primer trimestre: riesgos independientes

**16 semanas:**

- ✓ Estudio biométrico
- ✓ Ecografía morfológica precoz

**Ecografía morfológica 20-22 semanas y LC:**

- ✓ Riesgo de defecto estructural similar a las gestaciones únicas

**Control del crecimiento:**

- ✓ 24, 28, 32-34 y 36-38 semanas
- ✓ Doppler a partir de las 28 semanas
- ✓ LC por ECO TV 24-28-32 y 34 semanas

- En las gestaciones monotoriales el control se realizará seriado cada 2-3 semanas. Para diagnosticar precozmente RCIU o TFF (aunque son complicaciones que pueden surgir en gestaciones aparentemente sanas) existen signos predictivos. Para la TFF, son dos los signos más relevantes:

- 1) La existencia de translucencia nucal positiva en la ecografía de las 10-14 semanas.
- 2) La existencia de discordancia precoz en la cantidad de líquido amniótico en cada saco, que se traduce en la presencia del signo definido como **folding** o “plegamiento” de la membrana interfetal.

- **Control cervical** clínico y ecográfico desde antes de la 30 semana. La longitud cervical experimenta un descenso muy marcado respecto a las gestaciones únicas sobre todo a partir de las 24 semanas.
- Para el **control de bienestar fetal** disponemos al igual que la gestación única del test basal, del índice del líquido amniótico, del perfil biofísico y del estudio doppler.
- En cuanto al **diagnóstico prenatal** y mientras no se tengan curvas específicas para las gestaciones múltiples, la eficacia del screening bioquímico es menor que en los embarazos únicos. En gestaciones de tres o más fetos el cribado bioquímico

no es aplicable. La translucencia nucal durante el primer trimestre puede ser un buen método ya que se estudia cada feto por separado. Este dato unido al screening puede detectar el 80% de los síndromes de Down, con un 5% de falsos positivos. La amniocentesis se realizaría en cada saco amniótico.

Para la prevención del parto pretérmino no se ha demostrado la utilidad de la hospitalización con reposo, ni del tratamiento con tocolíticos, ni del cerclaje cervical, ni del pesario. Únicamente se tomarán medidas de prevención de parto prétermino en pacientes con alto riesgo.

## 6. Parto múltiple

Las decisiones obstétricas dependerán del número de fetos, de las presentaciones fetales, de la edad gestacional, de la estimación del peso de cada feto, de la capacitación del profesional en la atención al parto y de los medios del centro hospitalario.

La fase latente del trabajo de parto es más larga y la fase activa más breve que en el embarazo simple, por tanto la duración total del trabajo de parto es similar (Bender, 1952; Garrett and Phil, 1960). Entre los factores que podrían ocasionar una prolongación de la fase activa se encuentran: la distensión excesiva del útero, las presentaciones anómalas, la prematuridad y el uso de anestésicos. Es importante resaltar que la sobredistensión uterina aumenta el riesgo de rotura uterina, desprendimiento pretérmino de placenta, placenta previa y hemorragia postparto, por lo que en caso de usar oxitócicos, se debe vigilar cuidadosamente el goteo para evitar estas complicaciones (Mac Lennan, 1989; Karegard and Gennser, 1986).

Son necesarias una serie de **recomendaciones**:

- a) Personal médico y matronas que atiendan el parto bien entrenados.
- b) Mantener una vía endovenosa periférica para administrar líquido con rapidez en caso de hemorragias.
- c) Tener los hemoderivados necesarios en caso de requerir una transfusión sanguínea.
- d) Cuando se diagnostica trabajo de parto pretérmino se administrará antibiótico profiláctico para prevenir la infección neonatal por estreptococo del grupo B.
- e) Se debe tener un ecógrafo para determinar la posición del segundo feto después del parto del primero.
- f) Presencia de un anestesista.
- g) Presencia de neonatólogo entrenado en atención de embarazo gemelar y RN pequeños.
- h) Monitorización continua de cada feto.

No es contraindicación la inducción de un gemelar si el primer feto está en cefálica y tiene un test de Bishop

favorable. Puede utilizarse prostaglandinas, oxitocina o sonda de Foley (son las mismas contraindicaciones que con un embarazo único). Aunque existe un mayor riesgo de hipерestimulación uterina y de rotura uterina.

Se debe realizar diagnóstico de la estática fetal al inicio del parto mediante ecografía.

Se han realizado varios estudios acerca de la conveniencia o no de programar el parto de gemelos a una determinada edad gestacional (generalmente a las 37-38 semanas), pero la conclusión en todos ellos es que no se ha demostrado su eficacia. Lo recomendable es en caso de biconiales entre la 37-39 sg; monotorial-biamniótico 36-38 sg y monocoriales-monoamniáticos 32-33 sg, pero siempre individualizando el caso. La realización de una cesárea electiva en todos los embarazos gemelares no ha demostrado su eficacia en la

disminución de la morbi-mortalidad perinatal.

La analgesia epidural facilita la dilatación.

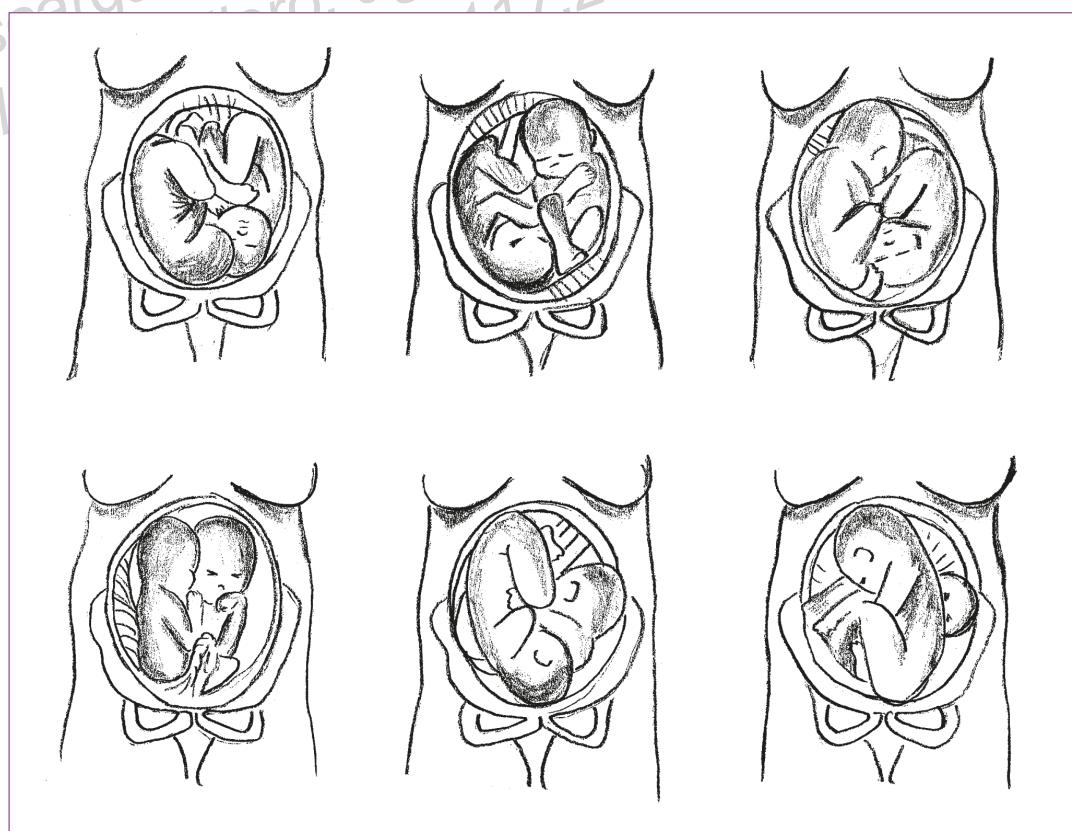
En función de las presentaciones fetales la **vía del parto** (ver Figura 4) puede ser:

p75 SERMAS 2014  
p72 SVS-OSAK 2016

- La presentación cefálica-cefálica es la más frecuente (45% del total de gestaciones gemelares): la vía del parto, de no existir contraindicación, es la vía vaginal. El intervalo de tiempo entre el parto del primer gemelar y el segundo es variable, y mientras la monitorización del segundo gemelar sea normal es posible que éste exceda de los 30 minutos, que tradicionalmente se describían como lapso de tiempo máximo aceptado.

p63 SCANTS 2019  
p59 Ib-Salut 2019

FIGURA 4  
Presentaciones de gemelares



Fuente: Elaboración propia.

- En la variedad primero en cefálica/ segundo no cefálica: el tipo de parto dependerá del peso fetal estimado y las semanas de gestación.

 p32  
SMS 2019

- Peso fetal estimado inferior a 1.500 gr o menos de 32 semanas: cesárea electiva.
- Peso fetal estimado superior a 1.500 gr o más de 32 semanas: vía vaginal. Para el parto del segundo gemelo, puede realizarse una versión externa o interna.
- En los casos en que el primer **gemelar está en una presentación no vértece** la vía del parto se resolverá por cesárea.
- **Expulsivo del parto gemelar**

Se realiza en paritorio con ecógrafo y quirófano preparado por si se precisara, o se realiza el parto en el mismo quirófano:

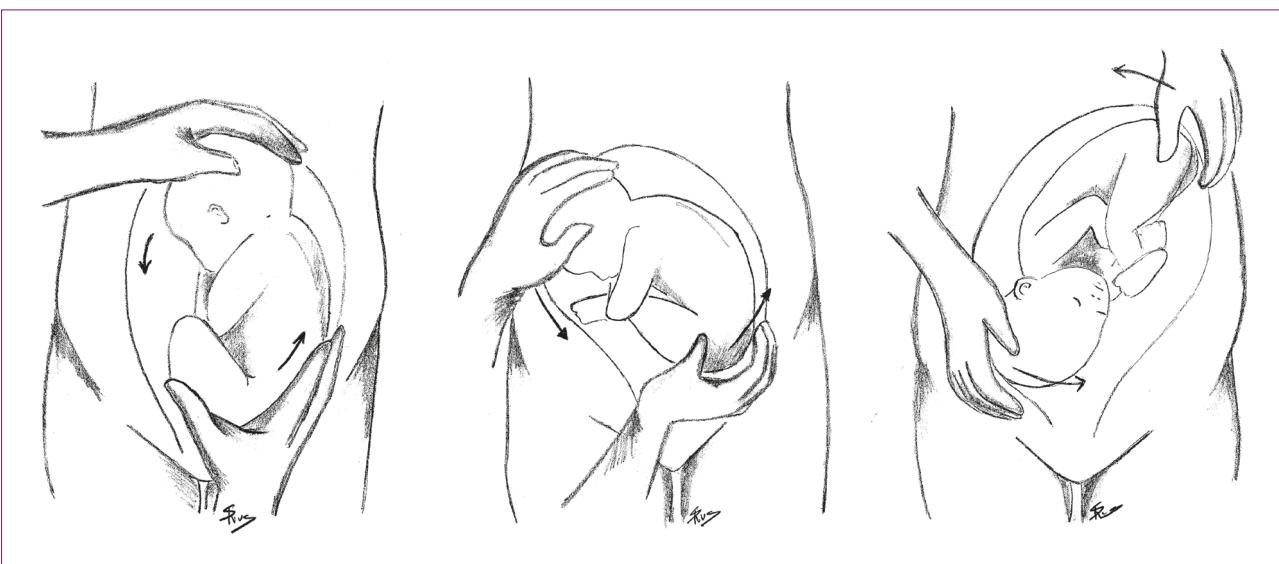
- Tras nacer el primer gemelo y pinzar el cordón umbilical, se comprueba con el ecógrafo la estética fetal del segundo gemelo manteniendo la bolsa íntegra.

- Si la situación del segundo gemelo es transversa u oblicua, aprovechando el periodo hipocontráctil y bajo control ecográfico, se realiza una versión externa (ver Figura 5) a cefálica o podálica; o bien, una versión interna (ver Figura 6) y gran extracción (dependerá de la experiencia del obstetra la elección de una u otra técnica).
- Administrar oxitocina si se objetiva hipodinamia.
- Amniorrexis controlada de la segunda bolsa cuando presentación del segundo feto se encuentre en primer plano.
- Registro cardiotocográfico durante el expulsivo del segundo gemelo.
- Bien por indicación del obstetra responsable del parto, si fracasan las maniobras o existen signos de pérdida del bienestar fetal, se realizará una cesárea del segundo gemelo.
- El tiempo recomendado entre el nacimiento del primero y el segundo gemelo debe ser <30 minutos.

 p37  
SVS-OSAK  
2016

**FIGURA 5**

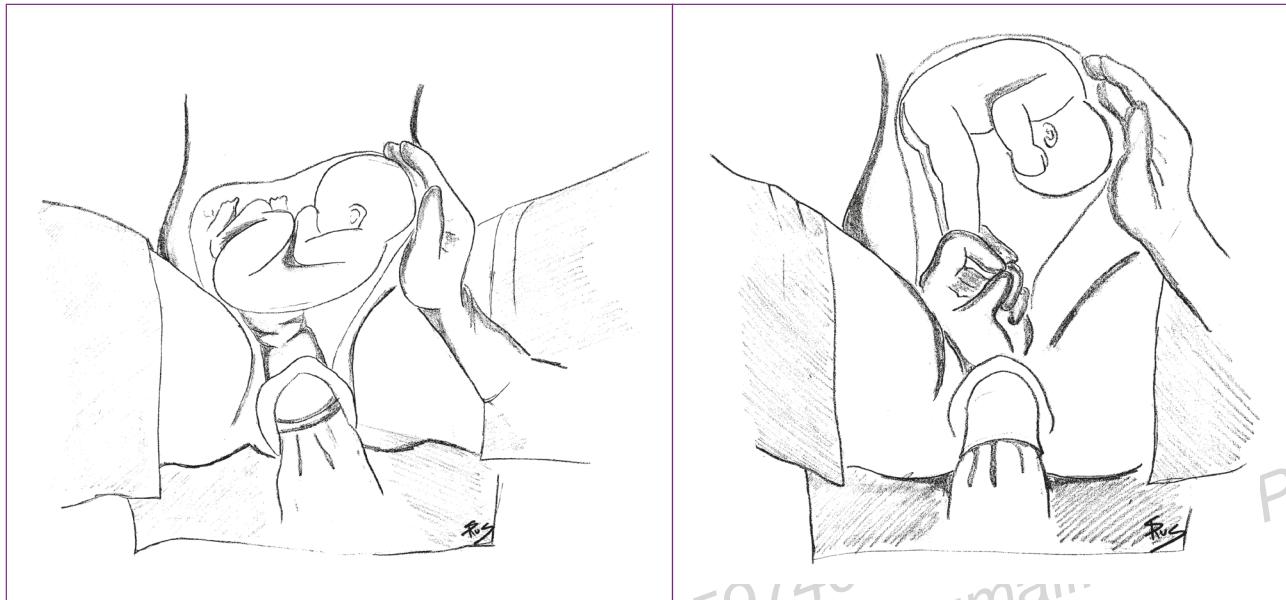
Versión externa



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 6

Versión interna



Fuente: Elaboración propia.

### Complicaciones intraparto mecánicas

- Es importante informar a la paciente candidata a parto vaginal que la posibilidad de acabar en una cesárea aumenta un 40% respecto a las gestaciones únicas. Además, el riesgo de cesárea del segundo gemelo es del 5-10% independientemente de su estática fetal (SEGO 2015).
- Colisión en el estrecho superior: consiste en la entrada simultánea de ambos polos de presentación fetal en el estrecho superior, de tal forma que ninguno de los dos se puede encajar, haciendo el parto vaginal imposible. Generalmente ocurre en fetos pequeños y pelvis amplia y está indicada una evaluación imagenológica, con el fin de precisar cuál feto está menos descendido y luego, mediante un tacto vaginal, empujar ese feto para permitir que el otro se encaje. Si esta maniobra fracasa, se debe practicar cesárea.
- Enganche en el estrecho superior: ocurre más frecuentemente

p84  
SNS-OSA  
2018

p68  
SACYL 2010

mente cuando el primer feto está en presentación podálica y el segundo en cefálica, de tal forma que al ocurrir la expulsión del primero hasta la cintura escapular la cabeza se engancha con la del segundo feto a nivel del estrecho superior. Ante esta complicación se deben practicar maniobras por vía vaginal y abdominal, con el fin de tratar de desenganchar las cabezas. Si esta maniobra fracasa está indicada la cesárea.

### Indicaciones absolutas de cesárea

- Primer gemelar en presentación no-vértice.
- Gemelos monoamnióticos, por riesgo de entrecruzamiento de los cordones umbilicales y las posibles complicaciones que esto puede conllevar.
- Siameses.
- Gestación con tres o más fetos.
- En caso de cesárea corporal anterior y/o patología materna, fetal o placentaria que contraindique el parto vía vaginal.
- PFE >30 % del segundo gemelo.

p49  
SACYL 2016

## 7. Postparto

Se debe prestar especial atención, para evitar o tratar precozmente la patología aumentada, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- **Involución uterina**

Debido al mayor volumen del útero en las gestaciones gemelares y de las actuaciones obstétricas, aumenta el riesgo de hemorragias postparto por atonía uterina, por desgarros del cuello, vagina o periné,... por lo que se debe vigilar esta circunstancia y tener sangre cruzada por si es necesario su uso.

p72  
SVS-OSAK  
2016

Se recomienda realizar:

- Alumbramiento dirigido del segundo gemelo (10 UI de oxitocina IV o metilergometrina 1 amp IM).
- Perfusion de 500 cc SF + 10 UI oxitocina.

- **Apoyo psicológico**

Este tipo de partos supone un impacto psicológico materno importante que puede aumentar el riesgo de cuadros depresivos puerperales. Es obligado, por tanto, un adecuado apoyo psicológico y social que ayude a la madre a evitar dichos problemas.

- **Complicaciones del neonato**

La mortalidad perinatal es de tres a cinco veces más frecuente en los embarazos múltiples en relación con los únicos. Durante el postparto inmediato son frecuentes las complicaciones que conlleva para el recién nacido, tales como la membrana hialina, depresión neonatal, los problemas neurológicos, metabólicos e infecciosos, y el traumatismo obstétrico.

- **Otras complicaciones**

Enfermedad tromboembólica, endometritis puerperal, preeclampsia.

## 8. Aspectos legales en la gestación múltiple

El Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, *de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación* ha creado una nueva prestación denominada

**Prestación por nacimiento y cuidado de menor** que sustituye y engloba las prestaciones de maternidad y paternidad.

Para los trabajadores a los que se aplica el Estatuto de los Trabajadores, la prestación por nacimiento y cuidado de menor en caso de parto tendrá una

p74  
SVS-OSAK  
2012

duración de 16 semanas para cada progenitor, de las cuales son obligatorias las 6 semanas inmediatamente posteriores al parto, que deben disfrutarse de manera ininterrumpida y a jornada completa.

En el caso de que la gestación, adopción o acogimiento sean múltiples el permiso se ampliará 1 semana para cada progenitor por cada hijo/a, a partir del segundo.

p94  
SVS-OSAK  
2009

Esta nueva prestación entró en vigor el 1 de abril de 2019 para los nacimientos, adopcio-

nes, guardas con fines de adopción y acogimientos. No obstante su aplicación ha sido paulatina.

El permiso por lactancia materna se amplía proporcionalmente al número de hijos tras el parto (con dos hijos será el doble, con tres el triple...).

## 9. Bibliografía

- CABERO ROURA, L. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, 2013. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Ginecología de la Reproducción*. 2<sup>a</sup> ed. Madrid: Panamericana. ISBN 978-84-9835-716-5.
- CUNNINGHAM, F. Gary et al., 2011. *Williams Obstetricia*. 23<sup>a</sup> ed. México: MC Graw Hill. ISBN: 978-607-15-0463-0.
- GABBE, Steven et al., 2019. *Obstetricia, embarazos normales y de riesgo*. 7<sup>º</sup> ed. Barcelona: Elsevier España. ISBN: 9788491134459.
- GONZÁLEZ MERLO, J, GONZÁLEZ BOSQUET, J, GONZÁLEZ BOSQUET, E, 2014. *Ginecología*. 9<sup>a</sup> Edición. Barcelona: Elsevier España. ISBN: 978-84-458-2403-0.
- REAL DECRETO-LEY 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. BOE-A-2019-3244 [Consulta: junio de 2020]. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2019/03/01/6/con>
- SADLER, T.W., 2016. *Langman. Embriología médica*. 13<sup>º</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN: 9781451191646.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, 2015. *Protocolo Embarazo gemelar biconal*. Madrid: SEGO [Consulta: junio de 2020]. Disponible en: <http://www.sego.es>