

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



“Complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar. Hospital La Caleta Chimbote 2013-2017”

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORA

Castro Camero, Nicol Alexandra

ASESORA

Dra. Mazur De Baca, Olga

Chimbote - Perú

2018

Palabras Claves: Embarazo gemelar. Complicaciones maternas

Keywords: Twin pregnancy. Maternal complications

Línea de investigación:

Área: Ciencias Médicas de Salud

Subárea: Ciencias de la Salud

Disciplina: Ciencias sociobiométricas

**“Complicaciones maternas más frecuentes en embarazo
gemelar. Hospital La Caleta Chimbote 2013-2017”**

Resumen

La presente investigación tuvo como propósito determinar las complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar. Hospital La Caleta-Chimbote. 2013-2017, es una investigación básica, descriptiva y retrospectiva, la población estuvo constituida por un total de 103 historias clínicas de mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia, con embarazo gemelar. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: un 33% de gestantes con embarazo gemelar se encuentran en el grupo etario de 21-26 años. En cuanto al grado de instrucción, un 61.2 % tienen secundaria, el estado civil predominante es de conviviente (72.8%), de ocupación amas de casa (88.2%). Más de las tres cuartas partes de las gestantes con embarazo gemelar profesan la religión católica. En relación a las características obstétricas un 28.2% tuvieron antecedentes familiares de embarazo gemelar, un 29.1% fueron multíparas, respecto a los controles prenatales un 46.6% de las gestantes tuvieron de cuatro a seis controles. En cuanto a la frecuencia de complicaciones maternas en las gestantes con embarazo gemelar, un 54.4% presentaron anemia leve, amenaza de parto pretérmino (41.7%), seguido de los estados hipertensivos (35.9%), correspondiendo el mínimo porcentaje a la hiperémesis gravídica y edema por retención hídrica (1,9%) respectivamente. En cuanto a la edad gestacional al momento del ingreso por complicación al área de gineco-obstetricia un 44.7% de las gestantes se encontraban entre las 33 y 36 semanas y solo un 36.9% terminaron en parto pretérmino. Cabe destacar que un 9.7% ingresaron entre 25 y 32 semanas mientras que un mayor porcentaje (47.6%) terminaron en parto a término. En cuanto a la vía del parto un 87.4% de las gestantes con embarazo gemelar fueron intervenidas quirúrgicamente (cesárea), por otro lado, un 12.6% terminaron en parto eutócico debido a que presentaron ruptura prematura de membranas con gemelares con un peso promedio y algunas gestantes con dilatación completa. La presentación que más predominó fue la cefálica en un 54.4% y un 45.6% de los gemelares en presentación podálica. Otras patologías fueron encontradas como la preeclampsia en 10 pacientes y atonía uterina en 5 pacientes.

Abstract

The purpose of the present investigation was to determine the most frequent maternal complications in twin pregnancy. Hospital La Caleta-Chimbote. 2013-2017, is a basic, descriptive and retrospective investigation, the population was constituted by a total of 103 clinical histories of women attended in the Gynecology-Obstetrics Service, with twin pregnancy. The results obtained were the following: 33% of pregnant women with twin pregnancy are in the age group of 21-26 years. Regarding the level of education, 61.2% have secondary education, the predominant civil status is cohabiting (72.8%), of housewives occupation (88.2%). More than three-quarters of pregnant women with twin pregnancies profess the Catholic religion. In relation to obstetric characteristics, 28.2% had a family history of twin pregnancy, 29.1% were multiparous, compared to prenatal controls, 46.6% of pregnant women had four to six controls. Regarding the frequency of maternal complications in pregnant women with twin pregnancy, 54.4% had mild anemia, threatened preterm delivery (41.7%), followed by hypertensive states (35.9%), the minimum percentage corresponding to hyperemesis gravidarum and edema due to water retention (1.9%) respectively. Regarding the gestational age at the time of admission due to complications in the obstetrics-gynecology area, 44.7% of the pregnant women were between 33 and 36 weeks of gestation and only 36.9% ended up in preterm delivery. It should be noted that 9.7% entered between 25 and 32 weeks while a higher percentage (47.6%) ended in term labor. Regarding the delivery route, 87.4% of pregnant women with twin pregnancies underwent surgery (cesarean), on the other hand, 12.6% ended in eutocic delivery due to premature rupture of membranes with twins with an average weight and some Pregnant women with full dilation. The presentation that most prevailed was the cephalic one in 54.4% and 45.6% of the twins in breech presentation. Other pathologies were found as preeclampsia in 10 patients and uterine atony in 5 patients.

ÍNDICE

Palabras Claves	i
Título de la Investigación.....	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes y fundamentación científica:	1
II. Justificación:	13
III. El Problema:	14
Definición de Variables:	15
Hipótesis	15
Objetivos:	15 IV.
Metodología del trabajo	15
V. Resultados:.....	17
Tabla 1.	17
Tabla 2.	18
Tabla 3.	19
Tabla 4.	20
Tabla 5.	21
VI. Análisis y Discusión	22
VII. Conclusiones	24
VIII.Recomendaciones	25 IX.
Referencia Bibliográfica	26
X. Anexos	30

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes y fundamentación científica:

Molina et al (2015) realizaron un trabajo de investigación en el país de Chile en el que incluyeron 438 gestantes (429 gestaciones dobles y 9 triples), la prevalencia de los embarazos gemelares en el Hospital de San José fue 1,5% y en la Clínica Orquídeas de 1,7%. La edad materna promedio fue de 28 años; 319 pacientes eran multíparas (72,8%), 119 primíparas (27,1%), una gestante tenía antecedente de embarazo gemelar (0,1%). Los antecedentes médicos predominantes fueron las patologías endocrinológicas que se presentaron en 49 pacientes (11,1%) siendo la más frecuente el hipotiroidismo; 18 pacientes eran fumadoras (4,1%). Las patologías maternas presentadas durante el embarazo fueron enfermedad hipertensiva en 104 pacientes (23,8%), de las cuales 67 (25,3%) correspondían a preeclampsia severa, 21 (4,8%) a hipertensión gestacional, 7 (1,6%) a hipertensión crónica, 7 (1,6%) a preeclampsia no severa, 2 (0,5%) a hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada. Se presentó síndrome hellp en 17 casos (3,9%). Diabetes pre-gestacional en 3 casos (0,7%), y diabetes gestacional en 20 casos (4,6%). Los autores reportaron infección en 42 casos (9,6%), siendo más frecuente la corioamnionitis en 11 casos (2,5%), seguida por infección de vías urinarias en 8 casos (1,9%). Las patologías fetales encontradas fueron síndrome de transfusión feto-fetal en 22 casos (5,0%) restricción selectiva del crecimiento intrauterino en 58 gestaciones (13,2%). Hubo muerte intrauterina de un feto en 16 embarazos (3,6%) y muerte de ambos fetos en 17 casos (3,8%), con promedio de edad gestacional de 25 semanas.

En relación a la temática Chamorro et al (2016) realizaron en Paraguay un trabajo de investigación, donde fueron incluidos 407 recién nacidos,

producto de 202 pacientes con embarazo múltiple natural, de las cuales 199 fueron embarazos dobles, 3 triples; la edad de la madre fue de 26 años, un 59,7% (120) gestantes eran convivientes. El 63,9% (128) tenían un control prenatal insuficiente. El 53% (106) presentó ITU mientras que el 18% (36) presentó HTA asociada al embarazo. El 81,5% (164) de los partos fue por cesárea. El 46,4% (187) fueron sanos mientras que el 28,7% (116) presentó membrana hialina. El 49,3% (201) nació entre 31 y 36 semanas, y un 11,5% (47) menor a 30 semanas. El 55,2% (225) fueron del sexo femenino, la mediana de los pesos fue de 2250 gr y el 98,7% (402) no presentó malformaciones y el 18% (73) asociado a Sospecha de Sepsis. La Mortalidad neonatal fue 14,2% (58).

En Ecuador se hizo un estudio donde revisaron las historias clínicas de embarazo gemelar y de los neonatos (Ruiz et al, 2016). Se encontró una prevalencia de embarazo gemelar en un 0.62 %, se estudiaron 50 niños, la fertilización natural ocurre en 23 pacientes (92 %) edad media de la madre fue de 29 años (7.16%), multíparas: 19 pacientes (76 %). La complicación materna más frecuente: Preeclampsia en 4 pacientes (16 %). El parto culminó en cesárea electiva en 22 pacientes (88%). Los gemelos bicoriales fueron 13 (52 %), según edad gestacional por Capurro se identificó prematuros en 46 niños (92 %). Las complicaciones más frecuentes en los neonatos son alteraciones respiratorias (23.3%), prematuridad (25.5 %), retardo en el crecimiento intrauterino (15 %) cardíacas (3.3 %), metabólicas (12.2 %) y fallecimiento 1.11 %.

Orue et al (2017) realizaron en Nicaragua un trabajo de investigación donde reportaron una población constituido por 255 pacientes ingresadas en el periodo de estudio, con diagnóstico de embarazo gemelar. En la investigación se encontró que la mayor incidencia de embarazo gemelar se presentó en edades de 20 a 24 años que tenían antecedentes de 3 a 4 embarazos previos, un 43% de las pacientes habían alcanzado nivel académico de secundaria; la complicación materna más frecuente encontrada es el Síndrome Hipertensivo Gestacional alcanzando hasta un 25%, seguido de la Hipertensión Arterial Crónica con un 21%, el embarazo bicorial biamniótico es el de mayor

incidencia; también se evidenció que el diagnóstico del embarazo gemelar se está haciendo entre las 22 a 28 semanas de gestación y el mayor número de nacimientos entre 28 y 34 semanas, la complicación fetal más frecuente fue la restricción selectiva del crecimiento con 9%, seguido de la transfusión fetofetal con un 7%. El Apgar al minuto de vida en el 76% de los recién nacidos fue mayor de 7 puntos y el peso al nacimiento de mayor incidencia fue de 2000 a 2,500 gr, la sobrevivencia de los recién nacidos fue del 80%.

En Ecuador Barros et al (2016), estudiaron a 71 gestantes con embarazos múltiples, con un total de 143 recién nacidos. Las características maternas fueron pacientes con media de edad de 27 años, multíparas un 63,4%, se realizó cesárea en el 77,5%, la complicación materna predominante fue la amenaza de parto prematuro (45,1%). Los recién nacidos presentaron como principales complicaciones bajo peso al nacer con un peso promedio de 2205 y prematuridad con una edad gestacional media de 33 y 35 semanas, predominó la presentación cefálica 40,8% y 46 ingresaron a neonatología, más del 80 presentaron puntajes 7-10 en la escala de APGAR. Los autores mencionan que en los embarazos gemelares se observó mayores porcentajes de asfixia severa y de pesos menores de 1500 gramos en el segundo gemelo.

Sánchez (2015) realizó en Cusco un trabajo de investigación, donde encontró que la mayoría de gestantes estudiadas con embarazo gemelar están comprendidas entre 19 a 35 años de edad en un 65.4%. Existe antecedente de infertilidad en un 11.5%. La mayoría de embarazos múltiples en el estudio concluyen entre la semana 33-36 semanas. En la terminación de la gestación la que más prevaleció fue la cesárea y el sexo en pareja que predominó fue femenino-femenino, el bajo peso al nacer se observa en ambos gemelos, en cuanto a la puntuación de APGAR se observó que tanto en el primer gemelo y en el segundo gemelo nacieron en condiciones óptimas con puntaje que oscila entre 8 al minuto y 9 a los cinco minutos mostrando una adecuada recuperación. El mecanismo de alumbramiento de mayor incidencia fue la extracción manual de placenta debido a la mayor incidencia de cesáreas programadas y el tipo de

placentación más frecuente fue monocorial-biamniótica. Las complicaciones más frecuentes fueron, la anemia, ITU y la preeclampsia.

En Lima se realizó un estudio donde se revisaron las historias clínicas de las pacientes cuyo parto gemelar ocurrió en el Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” (Bedoya, 2015). El autor reporta que la edad media de la madre fue 33 años y un 42.6% tenía más de 35 años; el 80% fueron multíparas; el 65.8% terminaron en parto pretérmino y el 42.1% fueron monocoriales, se identificó por lo menos un gemelar con bajo peso al nacer en un 63.7%; se realizaron cesáreas en un 74.7%; los óbitos fetales alcanzaron un 3.4%; se identificó asociación significativa entre los embarazos monocoriales y la prematuridad y el bajo peso al nacer.

Respecto a la incidencia del embarazo gemelar es difícil establecer un número exacto, debido, a que se produce el aborto de uno de los embriones y el embarazo continúa como único. En Asia la incidencia de este tipo de gestación es de 6 por 1000 nacimientos, mientras que en Nigeria es de 40 por 1000 nacimientos. La gestación bicorial es más frecuente que la monocorial, 69 y 31% respectivamente, en ausencia de técnicas de reproducción. Mencionan que el embarazo gemelar monocorial tiene una incidencia de 3-4 por 1000 nacimientos, similar en todos los países y en todas las edades. Por el contrario, la gestación gemelar bicorial está influenciada por factores genéticos, maternos y ambientales (Oliva et al, 2009).

Se dan 2 tipos de embarazo gemelar según su genotipo: Dicigóticos y Monocigóticos.

El embarazo gemelar dicigótico se produce por la ovulación y fertilización de dos ovocitos, que siempre resulta en una placentación bicorial, generalmente con dos placentas separadas y dos amnios. Por el contrario, los gemelos monocigóticos se producen por la ovulación y fertilización de un solo ovocito, con la posterior división del cigoto. En este caso, la placentación puede ser bicorial o monocorial, compartir la bolsa amniótica (monoamnióticos) o incluso algunos órganos (Oliva et al, 2009).

Dicigóticos: Resultan de la expulsión simultánea de dos ovocitos y de la fecundación por dos espermatozoides diferentes. Ambos cigotos tienen constitución genética totalmente distinta, se implantan en forma individual en el útero y cada uno de ellos desarrolla su placenta, su amnios y su saco coriónico. Sin embargo, a veces las dos placentas están tan próximas que llegan a fusionarse, y lo mismo ocurre con las paredes de los sacos coriónicos que se encuentran en franca aposición (Sadler, 2005).

Monocigóticos: Ellos surgen a partir de la separación del cigoto en diferentes etapas del desarrollo. Se desarrolla a partir de un solo ovulo fecundando, se considera que la separación más incipiente ocurre en el periodo bicelular, en cuyo caso se desarrollan dos cigotos por separado. Ambos blastocitos se implantan independientemente y cada embrión posee placenta y saco coriónico propios (Sadler, 2005).

Existe una clasificación de los embarazos gemelares según su corionicidad

- 1.- Bicorial Biamniótico, el embarazo posee 2 membranas coriónicas 2 placentas, y 2 amnios, el riesgo de transfusión gemelar está ausente.
- 2.- Monocorial Biamniótico, la división embrionaria ocurre entre el 2° y 6° día, existe una placenta y dos cavidades amnióticas es posible que se presente síndrome de transfusión gemelar.
- 3.- Monocorial Monoamniótico, la división se da entre el 7° y 13° día en este caso existe una placenta, una sola cavidad amniótica, además del síndrome de transfusión gemelar se incrementa el riesgo de atricciones del cordón e incremento de polihidramnios (Barros et al, 2016).

El momento ideal para evaluar la corionicidad de un embarazo gemelar es entre las 11 y 14 semanas de gestación lo cual existe una clara evidencia de que el diagnóstico de embarazo gemelar mejora con el uso rutinario de la ultrasonografía estimándose en el primer o segundo trimestre esto determinará la corionicidad en el 100% y el seguimiento de la gestación (Valenzuela et al, 2009).

Si no es posible definir la corionicidad, se recomienda clasificar el embarazo como monocorial para asegurar un adecuado control y evitar complicaciones asociadas a la monocorionicidad. Se recomienda describir la posición de los fetos como arriba-abajo y derecha-izquierda y definir a los gemelos como feto uno y feto dos para no confundirlos en ecografías sucesivas (Vallejo et al, 2012).

La determinación de la cigosidad es mediante la división tardía de las células embrionarias tempranas, como la división del disco embrionario durante la segunda semana, da lugar a la aparición de gemelos monocigóticos que se mantienen en un único saco amniótico y en un único saco coriónico. La placenta de los gemelos mono-coriónicos y mono-amnióticos se asocia a una tasa de mortalidad fetal que se aproxima al 50%. Estos gemelos monocigóticos no suelen nacer con vida debido a que los cordones umbilicales están a menudo tan enredados que se interrumpe la circulación de la sangre a través de sus vasos y esto da lugar al fallecimiento de uno o ambos fetos. La ecografía desempeña una función importante en el diagnóstico y el tratamiento de los embarazos gemelares. Es necesaria la evaluación ecográfica para identificar los diferentes problemas que pueden complicar la gemelaridad monocigótica, como, por ejemplo, RCIU, la dificultad fetal y el parto prematuro (Moore et al, 2008)

El embarazo gemelar está asociado a un mayor riesgo de complicaciones tanto para la integridad de la madre y el recién nacido. El riesgo de pre-eclampsia es casi 3 veces mayor en mujeres con embarazos gemelares y hasta nueve veces en embarazo de trillizos. Las mujeres con embarazo gemelar tienen casi seis veces más probabilidades de ser hospitalizadas por complicaciones, incluyendo: parto pretérmino, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, pielonefritis y hemorragia posparto. El riesgo de parto pretérmino también es considerablemente mayor; se presenta en el 50% de los embarazos gemelares, y hasta el 10% de los nacimientos de gemelos suceden antes de las 32 semanas (Secretaría de Salud, 2013).

Los embarazos múltiples tienen una mayor tasa de mortalidad perinatal, los gemelos tienen mayor riesgo de asfixia neonatal por el mayor índice de prematuridad, presentaciones anormales, RCIU, traumatismo obstétrico, asfixia al nacer y partos quirúrgicos. La incidencia de membrana hialina es importante, así como la parálisis cerebral y las convulsiones aparecen con más frecuencia en embarazo gemelar (González et al, 2006).

En el período neonatal hay riesgos derivados de las complicaciones como bajo peso al nacer, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones congénitas y manejo de las complicaciones propias de gemelos mono-coriónicos (Hasbún, 2006).

En el embarazo gemelar las complicaciones maternas son significativamente más frecuentes que en embarazos únicos. Se agrupan en gastrointestinales como hiperémesis gravídica, hígado graso agudo, colestasis, por manejo médico (reposo u hospitalización prolongados, trombosis venosa, tocólisis, procedimientos terapéuticos quirúrgicos invasivos como amniocentesis, cerclaje, fetoscopia, coagulación láser, septostomía amniótica) en cardiopulmonares (edema agudo de pulmón, pre-eclampsia, por tocólisis) en obstétricas como cesárea, infección puerperal, prematuridad, desprendimiento de la placenta y hemorragias; también están las psicológicas por depresión post-parto (Hasbún, 2006).

El embarazo gemelar conlleva muchas complicaciones bien conocidas, como mayor morbilidad-incluido el riesgo de sufrir amenaza de parto pretérmino, hipertensión, polihidramnios, hemorragia post parto, muerte materna, así también como un aumento en la tasa de cesárea. Hay mayor riesgo de diabetes gestacional y de placenta de inserción baja (Campos et al, 2011).

Por lo tanto, encontramos principales complicaciones como hiperémesis gravídica, edema por retención hídrica, edema agudo de pulmón, polihidramnios, anemia, ruptura prematura de membranas, estados

hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, infección del tracto urinario, presencia de hemorragia post parto.

Vargas et al, (2011) define hiperémesis gravídica como la presencia de más de tres vómitos por día iniciados entre 4°-8° semanas y continuando hasta las 14° y 16° semanas de gestación. El Centro de Clasificación Estadística de Enfermedades relacionadas a problemas de salud, la define como la persistencia de excesivos vómitos iniciados antes de la semana 23 de gestación. Algunos factores predisponentes para la hiperémesis gravídica es la diabetes gestacional, antecedente de gestación múltiple, cesárea previa, concepción por técnicas de reproducción asistida, embarazo molar, trastorno depresivo, trastorno hipertiroides.

La anemia es uno de los problemas de salud más severos a nivel nacional, durante la gestación los efectos se relacionan con el retardo de crecimiento intrauterino, el riesgo de prematuridad, y la poca oxigenación de los órganos vitales del feto, y por consiguiente el retardo también de la maduración de los mismos. Estos efectos también aumentan el riesgo de mortalidad de la madre en el caso de presentar hemorragias post parto, causa principal de mortalidad materna del país. Los efectos en el niño resultan trascendentales, considerando que la gestación es una de las etapas más importantes en el desarrollo de las capacidades intelectuales y emocionales son determinantes (MINSA, 2016).

Se considera que la anemia es más común en los embarazos gemelares, así como las pérdidas hemáticas probables en la operación cesárea y post parto. Se recomienda realizar análisis de hematología durante la evaluación prenatal, especialmente a partir de las semanas 20 a 24 e identificar a las mujeres que necesitan suplementos con hierro y ácido fólico. (Guía de Práctica Clínica ,2013)

Las mujeres con embarazo gemelar presentan con mayor frecuencia sintomatología de náuseas y vómitos que afecta el 75 y 80% de las gestantes. El espectro más grave de esta situación clínica conocido como hiperémesis

gravídica, son los vómitos persistentes en ausencia de otras patologías que los expliquen con pérdida ponderal importante, superior al 5% del peso inicial (Palacio ,2014).

La ruptura prematura de membranas en el embarazo gemelar es más frecuente y condiciona el riesgo de prolapso de cordón, principalmente si el primer feto esta podálico. La intervención con tocolíticos y antibióticos con o sin cerclaje después del nacimiento del primer feto es una opción razonable. El tratamiento depende de la madurez pulmonar fetal, la edad gestacional, el número de fetos y la presencia de complicaciones maternas y/o fetales. La prolongación del embarazo puede ser beneficiosa para los fetos gemelares (García et al, 2010).

La amenaza de parto pretérmino es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. (F.A.S.G.O ,2014).

Las infecciones del tracto urinario son más frecuentes en embarazos gemelares, comprenden bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis. Los cambios fisiológicos propios del embarazo predisponen a infecciones del tracto urinario alto. Debido a complicaciones importantes como parto pretérmino y shock, la búsqueda de ITU durante el embarazo es recomendada mundialmente. (Solano et al ,2010).

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (F.A.S.G.O, 2017) define a la Hipertensión Arterial (HTA) como una PA $\geq 140/90$ mmHg, en al menos 2 tomas en el mismo brazo, con un intervalo de 15 minutos entre ambas. La presión arterial diastólica > 90 mmHg se asocia a un aumento de la morbilidad perinatal siendo un mejor predictor de resultados adversos durante el embarazo que el aumento de la presión arterial sistólica. La HTA grave se define como una PAS ≥ 160 mmHg y/o una PAD ≥ 110 mmHg. La hipertensión arterial severa sistólica se considera proteinuria positiva

valores ≥ 300 mg en 24 horas o tira reactiva \geq de 2 cruces. Para el diagnóstico de preeclampsia debe valorarse la proteinuria en todos los embarazos con Falla Renal y/o HTA, siendo preferible medir la proteinuria en 24 horas.

Una de las teorías de los trastornos hipertensivos del embarazo es la liberación de factores antiangiogénicos o pro inflamatorios como la tirosina quinasa una puede ser la causante, estos factores se encuentran aumentados en embarazos múltiples por la mayor cantidad de masa placentaria, esto a su vez ocasionaría una disfunción endotelial que llevaría al aumento de la presión arterial y la aparición de los trastornos hipertensivos que se mencionan a continuación. Importante mencionar que en el embarazo múltiple la hipertensión puede presentarse antes de las 20 semanas de gestación.

Hipertensión gestacional: Hace referencia a una presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg, registrada por primera vez después de la mitad de la gestación y sin proteinuria. Estas pacientes desarrollan en su mayoría después preeclampsia.

Preeclampsia: Se define como un síndrome específico del embarazo con compromiso multiorgánico, en el que la proteinuria es un criterio diagnóstico importante. La proteinuria se define como la proteína en orina de 24 h mayor de 300 mg, o un índice urinario de proteína/creatinina ≥ 0.3 , o una concentración ≥ 30 mg/dl de proteína en muestras aleatorias de orina. Las alteraciones en la función renal, hepática y hematológica en ausencia de proteinuria pueden establecer el diagnóstico de preeclampsia siempre que exista hipertensión

Eclampsia: Entidad caracterizada por la presentación de convulsiones no atribuibles a otra etiología en una mujer con preeclampsia, las mismas que pueden aparecer antes, durante o después del trabajo de parto. Las crisis convulsivas se caracterizan por ser generalizadas. (Barros et al ,2016).

El líquido amniótico tiene varias funciones durante el embarazo, permite que el feto degluta, lo cual es indispensable para el desarrollo del tubo digestivo, y hace posible la respiración fetal, esencial para el desarrollo

pulmonar. El líquido amniótico previene la compresión del cordón umbilical y protege al feto contra traumatismos. Tiene incluso propiedades bacteriostáticas. El volumen del líquido amniótico aumenta desde cerca de los 30 ml a las 10 semanas hasta 200 ml hacia las 16 semanas y alcanza 800 ml a mitad del tercer trimestre cerca del 98% de este líquido es agua. Un feto de término contiene aproximadamente 2 800 ml de agua y la placenta 400 ml más, por lo que al término el útero contiene casi 4 L de agua. Al término de la gestación, la producción de orina fetal puede ser mayor de 1 L al día, por lo que el volumen completo de líquido amniótico se recircula todos los días (Williams, 2015).

Polihidramnios es el acumulo patológico de líquido amniótico secundario a un aumento de producción, más de 2 a 3 litros de LA o con estudio ecográfico de índice de líquido amniótico para gestación única por encima de 24 cm. Si el acumulo de LA es mayor de 32 o más se considera polihidramnios severo para embarazo gemelar esto depende de la producción por el aparato urinario fetal (26.3 ml/hora al final de la gestación). En su etiología se menciona diabetes materna, isoinmunización RH, ingestión de litio, toxoplasmosis, citomegalovirus. Resonancia magnética para confirmar con mayor exactitud malformaciones o tumores fetales (MINSAs, 2014).

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Se subdivide en extremadamente prematuros <28 semanas, muy prematuros 28-31 semana y moderadamente prematuros 32-36 semanas. Entre estos moderadamente prematuros, se ha clasificado a un subgrupo denominado, “prematuros tardíos” (34-36 semanas). El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalonalgas (OMS,2012).

La gestación en embarazos únicos tiene una duración promedio de 40 semanas (280 días) desde el primer día del último período menstrual hasta la fecha estimada de parto, el período de 3 semanas antes hasta 2 semanas después de la fecha estimada de entrega se considera término el cual hay una

clasificación de término temprano (37 semanas hasta 38 6/7 semanas de gestación), completa término (39 semanas a través de 40 6/7 semanas de gestación), término tardío (41 semanas hasta 41 6/7 semanas de gestación), y posttérmino entre las 42 semanas de gestación y más (A.C.O.G, 2013) .

La hemorragia post parto se define como la pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal o mayor de 1000 cc después de una cesárea, También se define como pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal, sangrado postparto con cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria). Se clasifica en hemorragia postparto Primaria o Precoz, es la pérdida sanguínea dentro de las 24 horas del parto y hemorragia postparto secundaria o tardía, pérdida sanguínea después de las 24 horas, hasta la culminación del puerperio (MINSA ,2014).

La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea (Asturizaga et al, 2014).

En embarazos gemelares sin complicaciones, la finalización electiva a las 37 semanas, se asocia con una reducción en el riesgo de resultados perinatales adversos para los neonatos. En el embarazo gemelar monocorial sin complicaciones, el parto electivo a las 36 semanas no parece estar asociado con un mayor riesgo de resultados adversos graves y la continuación del embarazo más allá de las 38 semanas aumenta el riesgo de muerte fetal. La continuación de la gestación triple sin complicaciones más allá de las 36 semanas aumenta el riesgo de muerte fetal. Ofrecer parto electivo a las gestaciones múltiples sin complicaciones, en gemelares monocoriales a partir de las 36 semanas, después de haber recibido un ciclo de cortico-esteroides prenatal y en gemelares bicoriales a partir de las 37 semanas. La vía de finalización del embarazo gemelar sin complicaciones de acuerdo a la presentación de ambos fetos (Secretaría de Salud, 2013)

II. Justificación:

En el embarazo gemelar la mortalidad materno perinatal es más frecuente que en embarazos únicos, permite realizar una aproximación a la imperiosa necesidad de iniciar un proceso de mejoramiento de atención en salud materno-fetal y de difusión de evidencia de investigaciones de alta calidad como planteamiento central de la estrategia de diagnóstico crítico y posterior manejo de las complicaciones en el embarazo gemelar (Vallejo et al,2012).

Como estudiante de la carrera Profesional de Obstetricia es fundamental velar por el bienestar materno- fetal, por ello el aporte científico que se espera de este tema de investigación es conocer las características y complicaciones en este tipo de embarazo, de esa forma ofrecer tratamiento óptimo basado en la mejor evidencia científica y planear una vigilancia individualizada , seguimiento ecográfico y el aumento de madres gestantes que acudan al control prenatal para detectar a tiempo futuras complicaciones .

Así mismo el beneficio social de la presente investigación radica en la posibilidad de reducir el riesgo de complicación en el embarazo gemelar, tras el nacimiento, la alta prevalencia de parto pre- término asociada con el embarazo gemelar implica ofrecer atención adecuada por el personal de obstetricia en unidades destinadas a llevar a cabo cuidados intensivos y garantizar la calidad de vida al binomio materno-fetal (Romero et al ,2015).

III. El Problema:

El embarazo gemelar está asociado a un mayor riesgo de complicaciones para la integridad de la madre y el recién nacido. Las mujeres con este tipo de embarazos tienen más probabilidades de ser hospitalizadas por complicaciones, incluyendo: hiperémesis gravídica, amenaza de parto

pretérmino, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, infección urinaria, estados hipertensivos y hemorragia posparto. Todas ellas aumentan la morbilidad materno-perinatal. (Rencoret, 2014).

Vallejo et al (2012) menciona que existe complicaciones asociadas con el embarazo gemelar, tales como : pretérminos, ruptura prematura de membranas , restricción de crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, problemas de entrecruzamiento del cordón, distocias de presentación y síndrome de transfusión feto-fetal, las cuales representa un factor de riesgo agregado a este diagnóstico, ya que por las características específicas de la población podrían comprometer no sólo el estado de bienestar fetal sino materno. El origen de este problema resulta controversial desde el punto de vista en el que se podría definir que éstos son riesgos prevenibles y/o de manejo médico y quirúrgico. El autor señala, que el conocimiento de esta temática inherentes al riesgo obstétrico del embarazo gemelar y factores sociodemográficos asociados, podrían permitir dirigir acciones protocolizadas específicas con la finalidad de reducir la cifra de morbi-mortalidad perinatal asociada al embarazo gemelar.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente expuestas, se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar. Hospital La Caleta–Chimbote. 2013-2017?

Definición de Variables:

Complicaciones maternas en embarazo gemelar

Son estados concomitantes con la condición materna, gestación y/o el parto, considerado como una entidad con alto riesgo para la salud materno-perinatal. (Delgado, 2013).

Hipótesis

Las complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar son la hipertensión y la hemorragia.

Objetivos:

Objetivo general: Determinar las complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar. Hospital la Caleta. Chimbote. 2013-2017

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a la población en estudio según, edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, religión.
2. Identificar las características obstétricas de las gestantes con embarazo gemelar
3. Determinar la frecuencia de complicaciones maternas.
4. Identificar la edad gestacional al momento del ingreso por complicación y edad gestacional en que se presenta el trabajo de parto.
5. Identificar el tipo de parto.

IV. Metodología del trabajo

4.1 Tipo de Investigación

La presente investigación se ajusta a un estudio básico, descriptivo, retrospectivo, porque tiene como finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente. Es descriptiva, porque describen los datos y características de la población en estudio la descripción de datos es real, precisa y sistemática. Es retrospectiva, porque se revisa o estudia acciones pasadas, con el objetivo de llegar a conclusiones veraces y entender el porqué de algunas situaciones.

4.2. Población:

Se trabajó con las historias clínicas de gestantes con embarazo gemelar en el período 2013-2017, siendo un total de 103 que acudieron por atención al Hospital la Caleta.

4.3. Métodos, técnicas e instrumento de recolección de datos

El instrumento para la recolección de datos es una ficha que facilitó la obtención de la información en el Hospital la Caleta, mediante la revisión de historias clínicas de gestantes con embarazo gemelar en el período 2013-2017.

Para medir la validez de contenido del instrumento se sometió a la valoración del juicio de expertos. Se solicitó la opinión de tres especialistas del tema, dos Obstetras y un médico gineco-obstetra.

4.4. Procedimiento de recolección de datos

Los datos fueron recolectados por la propia autora con previo permiso y coordinación del Director del Hospital la Caleta solicitando acceder a la información requerida. Los datos fueron procesados por el programa SPSS-23 lo cual permitió alcanzar los objetivos ya especificados.

4.5. Protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio

Se mantendrá en el anonimato la identidad de cada historia clínica, los datos fueron utilizados únicamente para la presente investigación.

4.6. Procesamiento y análisis de la información

Una vez recolectados los datos se ingresaron en el sistema operativo SPSS versión 24 para su tabulación de los resultados, presentándolos en tablas, con su respectivo análisis estadístico, el cual permitió alcanzar los objetivos ya especificados.

V. Resultados:

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes con embarazo gemelar, Hospital la Caleta 2013- 2017

CARACTERÍSTICAS	N°	%
Edad		
15-20	14	13.6

21-26	34	33.0
27-32	25	24.3
33-38	26	25.2
39-44	4	3.9
Total	103	100.0
Grado de instrucción		
Primaria	27	26.2
Secundaria	63	61.2
Superior	11	10.7
Sin instrucción	2	1.9
Total	103	100.0
Estado civil		
Soltera	11	10.7
Casada	17	16.5
Conviviente	75	72.8
Total	103	100.0
Ocupación		
Ama de casa	91	88.3
Empleado	2	1.9
Independiente	10	9.7
Total	103	100.0
Religión		
Católica	80	77.7
Evangélica	21	20.4
Testigo de jehová	2	1.9
Total	103	100.0

FUENTE: HC. HOSP. LA CALETA

En la Tabla 1 se observa que un 33% de gestantes con embarazo gemelar se encuentran en el grupo etario de 21-26 años, mientras que un 3.9% en el grupo de 39-44 años. En cuanto al grado de instrucción, un 61.2 % tienen secundaria, en tanto que un 1.9% no tienen ningún grado de instrucción. El estado civil predominante es el de conviviente (72.8%) mientras que un 10.7% son madres solteras. En relación a la ocupación vemos que el mayor porcentaje corresponde al grupo de amas de casa (88.2%) y tan solo el 2 % son empleadas. Más de las tres cuartas partes de las gestantes con embarazo gemelar profesan la religión Católica y un 2% Testigo de Jehová.

Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes con embarazo gemelar, Hospital La Caleta 2013-2017.

CARACTERÍSTICAS	N°	%
Antecedentes familiares de embarazo gemelar		
Si	29	28.2
No	74	71.8
Total	103	100.0
Paridad		
Primigesta	22	21.4
Segundigesta	24	23.3
Tercigesta	24	23.3
Múltipara	30	29.1
Gran multipara	3	2.9
Total	103	100.0
Controles prenatales		
1-3	23	22.3
4-6	48	46.6
+ de 6	32	31.1
Total	103	100.0

FUENTE: HC. HOSP. LACAETA

En relación a las características obstétricas observamos un 28.2% tuvieron antecedentes familiares de embarazo gemelar. En cuanto a la paridad, un 29.1% fueron múltiparas, y tan solo un 2.9% fueron gran múltiparas. Respecto a los controles prenatales encontramos que un 46.6% de las gestantes tuvieron de cuatro a seis controles y un 22.3% no fueron controladas.

Tabla 3. Frecuencia de complicaciones maternas en embarazo gemelar Hospital La Caleta 2013-2017.

TIPO DE COMPLICACIÓN	N°	%
Anemia Leve	56	54.4
Amenaza de parto pretérmino	43	41.7
Estados hipertensivos del embarazo	37	35.9
Infección urinaria	26	25.2
Ruptura prematura de membranas	25	24.3
Presencia de hemorragia post parto	9	8.7
Hiperemesis gravídica	2	1.9
Edema por retención hídrica	2	1.9
Polihidramnios	1	1
Total	103	100.0

FUENTE: HC. HOSP. LA CALETA

En relación a la frecuencia de complicaciones maternas en embarazo gemelar podemos observar que un 54.4% presentaron un cuadro de anemia leve. Es de mayor incidencia la amenaza de parto pretérmino con un promedio de 41.7%, seguido de los estados hipertensivos (35.9%), infección urinaria (25.2%) y un 24.3% presentaron ruptura prematura de membranas correspondiendo el mínimo porcentaje a la hiperémesis gravídica y edema por retención hídrica (1,9%) respectivamente, siendo así que un 8.7% tuvieron hemorragia post parto. Cabe destacar que algunas gestantes presentaron más de una complicación como preeclampsia en 10 pacientes y atonía uterina en 5 pacientes.

Tabla 4. Edad gestacional al momento del ingreso por complicación y edad gestacional en que se presenta el trabajo de parto, Hospital la Caleta 2013-2017.

EDAD GESTACIONAL	N°	%
Edad gestacional al momento del ingreso por complicación		
25-32 semanas	10	9.7
33-36 semanas	46	44.7
37-38 semanas	38	36.9
39-40 semanas	9	8.7
Total	103	100.0
Edad gestacional en que se presenta el trabajo de parto		
>27 semanas	1	1.0
28-32 semanas	6	5.8
33-36 semanas	38	36.9
37-38 semanas	49	47.6
39-40 semanas	9	8.7
Total	103	100.0

FUENTE: HC. HOSP. LA CALETA

En cuanto a la edad gestacional observamos que al momento del ingreso por complicación al área de gineco-obstetricia un 44.7% de las gestantes se encontraban entre las 33 y 36 semanas en tal sentido terminaron en parto pretérmino (36.9%). Cabe destacar que un 9.7% tuvieron al momento del ingreso entre 25 y 32 semanas de las cuales algunas salieron de alta y en seis gestantes terminaron la gestación y un mayor porcentaje (47.6%) terminaron en parto a término.

Tabla 5. Tipo de parto de las gestantes con embarazo gemelar, Hospital la Caleta 2013-2017

TIPO DE PARTO	N°	%
Tipo de parto		
Cesárea	90	87.4
Eutócico	13	12.6
	103	100
Tipo de presentación		
Cefálico	56	54.4
Podálico	47	45.6
Total	103	100.0

FUENTE: HC. HOSP. LA CALETA

En cuanto a la vía del parto se observa que un 87.4% de las gestantes con embarazo gemelar fueron intervenidas quirúrgicamente (cesárea), mientras que un 12.6% terminaron en parto eutócico debido a que presentaron ruptura prematura de membranas con gemelares de un peso promedio y algunas gestantes con dilatación completa. La presentación que más predominó fue la cefálica en un 54.4% y un 45.6% de los gemelares en presentación podálica.

VI. Análisis y Discusión

En el embarazo gemelar la mortalidad materno perinatal es más frecuente que en embarazos únicos, permite realizar una aproximación a la imperiosa necesidad de iniciar un proceso de mejoramiento de atención en salud materno-fetal y de difusión de evidencia de investigaciones de alta calidad como planteamiento central de la estrategia de diagnóstico crítico y posterior manejo de las complicaciones en el embarazo gemelar (Vallejo et al, 2012).

En la investigación se encontró que la mayor incidencia de embarazo gemelar se presenta entre las edades de 21-26 años en un 33%. En tal sentido Sánchez, 2015 reportó en Cusco un 65.4% de las mujeres estuvieron comprendidas entre 19 a 35 años. En cuanto al grado de instrucción, un 61.2% tienen secundaria, dato que difiere a lo reportado por Orue et al, (2014) con un 43% de las gestantes en Nicaragua, que tienen secundaria. El estado civil predominante es de convivientes (72.8%), sin embargo, Chamorro et al (2016), reportaron en Paraguay que un 59.7% tuvieron unión libre.

Respecto a los controles prenatales encontramos que un 22.3 % tienen de uno a tres controles, dato significativo en este tipo de embarazo debido a que se debe llevar un seguimiento estricto del control prenatal y de esa forma prevenir futuras complicaciones. Así mismo Chamorro et al (2016) en Paraguay reportó que un 63,9% tuvieron controles prenatales insuficientes. En relación a la paridad un 29.1% son mujeres multíparas, cifra superior a lo reportado por Bedoya (2015) en Lima con un 80%, sin embargo, se aprecia que un 28.2% tuvo antecedentes familiares con embarazo gemelar mientras que Molina et al (2015) reportó un 0,1% en Chile.

Con respecto a la frecuencia de las complicaciones maternas en embarazo gemelar se encontró que más de la mitad de la población presentaron anemia leve, dato significativo con lo que refiere el Ministerio de Salud (2016), debido a que esta complicación durante la gestación se relacionan con el retardo

de crecimiento intrauterino, el riesgo de prematuridad, y la poca oxigenación de los órganos vitales del feto y aumenta la mortalidad de la madre en el caso de presentar hemorragias post parto, causa principal de mortalidad materna del país. Es de mayor incidencia la amenaza de parto pretérmino, con un promedio de 41.7% mientras que Barros et al (2016) reportó en Ecuador un 45,1%, siguiendo los estados hipertensivos del embarazo en un 35.9%, dato superior a lo que informa Orue et al (2015) en Nicaragua, con un (25%) que presentaron síndrome hipertensivo gestacional. En el presente estudio la infección urinaria, un 25.2% de la población presentaron cierta molestia, sin embargo, Chamorro et al (2016) encontró porcentaje mayor, representado por un 53%. Cabe destacar que la ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para la integridad de la madre como una corioamnionitis y en el recién nacido una sepsis neonatal, mientras que García et al (2010), describe que este tipo de complicación es más frecuente en el embarazo gemelar y condiciona el riesgo de prolapso de cordón, principalmente si el primer feto está en presentación podálica.

En cuanto a la edad gestacional observamos que al momento del ingreso por complicación al área de gineco-obstetricia un 45.6% de las gestantes se encontraban entre las 33 y 36 semanas de las cuales algunas se fueron de alta y en seis pacientes terminaron la gestación, dato similar a lo que refiere Sánchez (2015) en Cusco.

La prematuridad es la principal complicación encontrada en los recién nacidos (36.9%), en un mayor porcentaje que fue reportado por Chamorro et al (2016) en Paraguay, representando un 49.3%. Así mismo un 87.4% de los embarazos gemelares nacieron por cesárea, en tal sentido Ruiz et al (2016) en Ecuador informaron un promedio de 88%, similar a la presente investigación. La presentación que más predominó fue la cefálica en un 54.4% en tal sentido que Barros et al (2015) difiere en Ecuador con un 40.8%.

VII. Conclusiones

1. En la investigación se encontró que la mayor incidencia de embarazo gemelar se presenta entre las edades de 21-26 años en un 33%, el 61.2% de gestantes tuvieron instrucción secundaria. El estado civil predominante es de conviviente (72.8%), de ocupación amas de casa (88.2%) y religión católica (77.7%).
2. Las gestantes con embarazo gemelar tuvieron de cuatro seis controles prenatales con un promedio de 46.6%. En relación a la paridad el mayor porcentaje fueron multíparas (29.1%) y con antecedentes familiares de embarazo gemelar (28.2%).
3. La complicación más frecuente encontrada en el grupo materno fue anemia leve en un 54.4%, es de mayor incidencia la amenaza de parto pretérmino con un promedio de 41.7%, seguido de estados hipertensivos (35.9%), ruptura prematura de membranas (24.3%), correspondiendo un mínimo porcentaje a la hiperémesis gravídica y edema por retención hídrica (1,9%) respectivamente, siendo así que un 8.7% tuvieron hemorragia post parto. Cabe destacar que algunas gestantes presentaron más de una complicación como preeclampsia severa en 10 pacientes y atonía uterina en 5 pacientes.
4. El 45.6% de gestantes se encontraban entre las 33-36 semanas al momento del ingreso al servicio y llegaron a terminar en parto pretérmino (36.9%). Un 9.7% ingresaron con 25-32 semanas de las cuales algunas se fueron de alta y en seis pacientes terminaron la gestación, el mayor número de nacimientos se dio entre las 37 y 38 semanas de gestación (47.6%).
5. Un 87.4% de las gestantes con embarazo gemelar fueron intervenidas quirúrgicamente (cesárea), mientras que un 12.6% tuvieron parto eutócico. La presentación que más predominó fue la cefálica en un 54.4% y un 45.6% de los gemelares en presentación podálica.

VIII. Recomendaciones

1. Es insuficiente el nivel de evidencia sobre las complicaciones maternas en embarazo gemelar en nuestro distrito por el cual se debería tener en cuenta los resultados de este informe de investigación de esa forma hacer investigaciones comparativas para estructurar redes de estrategias junto a la Dirección de Salud.
2. Al personal de obstetricia planear una vigilancia y realizar un seguimiento estricto, incluidas las visitas domiciliarias según el nivel resolutivo para disminuir el parto pretérmino y los estados hipertensivos del embarazo.
3. Se deberá poner énfasis en el fortalecimiento de las medidas nutritivas para incrementar los niveles de hemoglobina como medida preventiva de la anemia de esa forma realizar análisis de hematología durante la evaluación prenatal, especialmente a partir de las semanas 20 a 24 e identificar a las mujeres que necesitan suplementos con hierro y ácido fólico y a la vez se recomienda vigilar que el total de peso ganado por la madre en general sea de 11-13 kilogramos.
4. Al personal de obstetricia realizar un adecuado registro de la historia clínica y carnet perinatal, para que puedan obtener datos confiables y que permitan realizar investigaciones futuras.

IX. Referencia Bibliográfica

- Asturizaga, P., Toledo, L., (2014) *Hemorragia Obstétrica*. Rev. Méd. La Paz v.20 n.2 La Paz.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
- Barros, J., Amoroso, P., (2016) *Características Materno-Fetales de los Embarazos Múltiples*. Cuenca-Ecuador
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29542/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Bedoya, S., (2015) *Complicaciones Fetales asociadas al parto en Embarazos Gemelares* Lima.
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/490/1/Bedoya_s.pdf
- Campos, J., Ortiz, H., Cevallos, J., Monzalbo, D., Ambe, A., (2011) *Incidencia de Embarazo Múltiple*. Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2011/mr114g.pdf>
- Chamorro, N., Fernández, L., Fernández, J., González., Salinas, A., Falcón, L., Barboza, L., Martínez, J., (2016) *Pediatr. (Asunción) vol.43 no.3 Asunción*.
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032016000300207
- Delgado, A., Morales., (2013) *Perinatol. Reprod. Hum. vol.27 no.3 México*
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300003
- El Comité del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (A.C.O.G,2013). *Práctica Obstétrica para Medicina Materno-Fetal*. Definición de Parto a Término.
https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Definition-of-Term-Pregnancy
- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (F.A.S.G.O,2017). *Consenso de Obstetricia. Estados Hipertensivos y Embarazo*.

- http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf
- González, X., Barrios, F., Azaf, L., (2006) *Caracterización del embarazo gemelar*, Venezuela.
file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_375939015007.pdf
- García, R., Rodríguez, J., Ortiz, M., Matute, A., (2010) *Embarazo múltiple: Incidencia, morbilidad y manejo en el Centro Médico ABC*, México.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103c.pdf>
- Guía de Práctica Clínica (2013) *Manejo del Embarazo Gemelar*, Guatemala
<http://www.igssgt.org/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPCBE%2042%20Gemelar.pdf>
- Hasbún, J., (2006) *Riesgo Perinatal Y Materno del Embarazo Gemelar*. Rev Chil Salud Pública; Vol 10 (1): 27-34
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/129413/El-riesgoperinatal-y-materno-del-embarazogeminal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moore., Persaud, T.V.N., Torchia, M., (2008) *Embriología Clínica 9º edición*
<https://www.educacion-holistica.org/notepad/documentos/Medicina/Embriolog%C3%ADa/Embriologia%20Clinica.pdf>
- Molina, S., Araméndiz, J., Beltrán, S., Rojas., Acuña, E., Solano, A., (2015) *Rev. chil. obstet. ginecol. vol.80 no.1* Santiago
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100003
- Ministerio de Salud (2014). *Guías de Prácticas Clínicas y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología*.
- Ministerio de Salud (2016). *Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Gestantes y Puérperas*
- Oliva, R., Paco, C., Miguel., M., Blanco, J., Delgado, J., (2009) *Actualización Obstetricia y Ginecología*.
<file:///C:/Users/user/Downloads/Documents/01gestaciongemelarcorionicidadkdepaco.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2012). Parto Prematuro
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>
- Orue, M., (2017) *Embarazo gemelar doble: Incidencia, morbilidad y resultados perinatales*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
<http://repositorio.unan.edu.ni/4373/>
- Palacio, M., (2014) *Protocolos Medicina Fetal y Perinatal*. Hospital Clínic Barcelona
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-maternaobstetrica/hiperemesis-gravidica.html>
- Rencoret, G., (2014) Unidad de Medicina Materno Fetal. *Departamento de Ginecología y Obstetricia*. Clínica Las Condes.
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/17-rencoret.pdf
- Romero, M., Hernández, M., Fasolino, A., Hernández, L., Maturana., (2015) *Complicaciones feto-neonatales del embarazo múltiple*. Rev Obstet Ginecol Venez; 75(1):13-24
<http://www.scielo.org/ve/pdf/og/v75n1/art03.pdf>
- Ruiz, S., Argudo, M., Merchán, K., Juma, M., (2016) *Complicaciones Neonatales en Embarazo Gemela*. Rev Med HJCA 2017; 9 (3): 244-248.
<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/386-1358-1-PB.pdf>
- Sadler.T.W. Langman. (2005) *Embriología Médica 8° edición*. Editorial Médica Panamericana.
<https://issuu.com/gerardomartinezdiaz/docs/embriologiamedicalangman-110109205>
- Secretaría de Salud (2013) *Diagnóstico y Manejo del embarazo múltiple. Guía de Práctica Clínica*. México DF
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/I MSS_628_13_EMBARAZOMULTIPLE/628GRR.pdf
- Solano, G., Bogantes., (2010) *Infección del tracto urinario en el Embarazo*. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII (593) 233-236
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/593/art3.pdf>
- Sánchez, J., (2015) *Características y complicaciones*

del embarazo múltiple en gestantes atendidas en el hospital regional del cusco. Cusco

http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/544/3/Jhojan_Tesis_bachiller_2016.pdf

Vallejo, D., Rangel, Y., Fonseca, A., Cardona, E., (2012) *Estado actual del embarazo gemelar*. Bucaramanga, Colombia.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000300006

Vargas, N., Sibaja, L., (2011) *Manejo de la Hiperémesis Gravídica*. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica LXVIII (599) 441-445 2011
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf>

Valenzuela, P., Becker, J., Carvajal., (2009) *Rev Chil Obstet Ginecol*; 74(1): 52-68
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v74n1/art10.pdf> Williams. Obstetricia ,24° edición 2015.

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100457201&jumpsectionID=100457232>

X. ANEXO

Anexo 1

Matriz de Consistencia

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Item o preguntas
----------	------------	-------------	-------------	------------------

<p>Complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar</p>	<p>Son estados concomitantes con la condición materna, gestación y/o el parto, habiéndose considerado una entidad con alto riesgo para la salud materno-perinatal</p>	<p>Antecedentes familiares con embarazo gemelar</p> <p>Paridad</p> <p>Controles prenatales</p> <p>Hemorragia postparto.</p> <p>Anemia</p> <p>Hipertensión arterial.</p> <p>Amenaza de parto pretérmino</p> <p>RPM</p> <p>Polihidramnios</p>	<p>Si No</p> <p>Primigesta Segundigesta Tercigesta Múltipata Gran Múltipara</p> <p>1-3 4-6 + de 6</p> <p>Presencia Ausencia</p> <p>a) 10.0 - 10.9 g/dl b) 7.0 – 9.9 g/dl c) < 7.0 g/dl</p> <p>≥140/90</p> <p>Si No</p> <p>Presencia Ausencia</p> <p>Si No</p>	<p>9,10,11,12,13,14,15</p>
---	---	---	--	----------------------------

		Infección urinaria	Presencia Ausencia	
		Edad Gestacional al momento del ingreso por complicación	25-32 semanas 33-36 semanas 37-38 semanas 39-40 semanas	
		Parto pretérmino	Extremadamente prematuros (<28 semanas) Muy prematuros (28 a <32 semanas) Pretérmino moderados (32 a 36 semanas)	
		Parto a término	37-38 semanas 39-40 semanas	
		Tipo de parto	Eutócico Cesárea	
		Tipo de presentación	Cefálico Podánilo	

Anexo 2

Complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar. Hospital la Caleta. Chimbote. El instrumento consta de dos partes la primera parte es sobre datos generales, la segunda parte sobre complicaciones maternas.

I. DATOS GENERALES

Edad:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Grado de instrucción: a) Primaria | 2. Estado Civil: a) Soltera |
| b) Secundaria | b) Casada |
| c) Superior | c) Conviviente |
| d) Sin instrucción | d) Viuda |
| | e) Divorciada |
-
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 3. Ocupación: a) Ama de casa | 4. Religión: a) Católica |
| b) Empleada | b) Evangélica |
| c) Obrera | c) Testigo Jehová |
| d) Independiente | d) Otra: |
| e) Otro..... | |
-
- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| 5. Controles Prenatales: a) 1-3 | 6. Paridad: a) Primigesta |
| b) 4-6 | b) Segundigesta |
| c) + de 6 | c) Tercigesta |
| d) Multípara | |
| e) Gran multípara | |
7. Antecedentes familiares de embarazo gemelar: si () no ()
8. Edad gestacional al momento del ingreso: a) 25-32 ss
- b) 33-36 ss
- c) 37-38 ss
- d) 39-40 ss

II. COMPLICACIONES MATERNAS

Presenta:

- | | | |
|--|--------|--------|
| 9. Hiperémesis gravídica | si () | no () |
| 10. Edema por retención hídrica | si () | no () |
| 11. Estados hipertensivos del embarazo | si () | no () |
| 12. Edema agudo de pulmón | si () | no () |
| 13. Polihidramnios | si () | no () |
| 14. Amenaza de parto pretérmino | si () | no () |
| 15. Ruptura prematura de membranas | si () | no () |
| 16. Infección urinaria | si () | no () |
| 17. Presencia de hemorragia post parto | si () | no () |

18. Nivel de hemoglobina g/dl: a) 10.0 - 10.9 g/dl

b) 7.0 – 9.9 g/dl

c) < 7.0 g/dl

19. Parto pretérmino: a) <28 semanas

b) 28-32 semanas

c) 33-36 semanas

20. Parto a término: a) 37-38 semanas

b) 39-40 semanas

21. Distocia de presentación: a) Cefálico b) Podálico

22. Tipo de parto: a) Eutócico b) Cesárea

23. Otras Patologías.....

Anexo 3

Matriz de coherencia

Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Caracterizar a la población en estudio según, edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, religión.2. Identificar las características obstétricas de las gestantes con embarazo gemelar3. Determinar la frecuencia de complicaciones maternas.4. Identificar la edad gestacional al momento del ingreso por complicación y la edad gestacional en el trabajo de parto5. Identificar el tipo de parto.	<p>Las complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar son la hipertensión y la hemorragia.</p>	<p>básica, Investigación descriptiva, retrospectiva</p>