

TERMINACION OPORTUNA DEL EMBARAZO MULTIPLE



**3° CONGRESO ARGENTINO DE
NEONATOLOGIA
2016**

CASO CLINICO 1



*Paciente 30 años de edad. G2 P1. Embarazo Doble Bicornial.
30 semanas. Control.*

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p5, LA p20, doppler umbilical p>95

Conducta:

a) Repito ecodoppler en 15 días

b) Repito ecodoppler en 7 días

c) Maduro, neuroprotejo e interrumpo

d) Maduro y repito ecodoppler en 15 días

e) Maduro y repito ecodoppler en 7 días

CASO CLINICO 1



*Paciente 30 años de edad. G2 P1. Embarazo Doble Bicornial.
30 semanas. Control.*

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p5, LA p20, doppler umbilical p>95

Conducta:

a) Repito ecodoppler en 15 días

b) Repito ecodoppler en 7 días

c) Maduro, neuroprotejo e interrumpo

d) Maduro y repito ecodoppler en 15 días

*e) **Maduro y repito ecodoppler en 7 días***

CASO CLINICO 1



*Paciente 30 años de edad. G2 P1. Embarazo Doble Bicornial.
31 semanas. Control.*

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p3, LA p10, doppler umbilical p>95 + AFD.

Conducta:

- a) Repito ecodoppler en 7 días*
- b) Repito ecodoppler en 48 – 72 horas*
- c) Neuroprotejo e interrumpo*
- d) Solicito doppler venoso fetal*
- e) Cesárea*

CASO CLINICO 1



*Paciente 30 años de edad. G2 P1. Embarazo Doble Bicolorial.
31 semanas. Control.*

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p3, LA p10, doppler umbilical p>95 + AFD.

Conducta:

- a) Repito ecodoppler en 7 días*
- b) Repito ecodoppler en 48 – 72 horas*
- c) Neuroprotejo e interrumpo*
- d) **Solicito doppler venoso fetal***
- e) Cesárea*

CASO CLINICO 1



*Paciente 30 años de edad. G2 P1. Embarazo Doble Bicolorial.
32 semanas. Control.*

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p3, LA p10, doppler umbilical p>95 + AFD + redistribución cerebral

Conducta:

- a) Repito ecodoppler en 7 días*
- b) Repito doppler venoso en 72 horas*
- c) Neuroprotejo e interrumpo por Cesárea*
- e) Cesárea*

CASO CLINICO 1



*Paciente 30 años de edad. G2 P1. Embarazo Doble Bicornial.
32 semanas. Control.*

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p3, LA p10, doppler umbilical p>95 + AFD.

Conducta:

- a) Repito ecodoppler en 7 días*
- b) Repito doppler venoso en 72 horas*
- c) Neuroprotejo e interrumpo por Cesárea*
- e) Cesárea*

CASO CLINICO 2



*Paciente 30 años de edad. G2 P1. Embarazo Doble Bicornial.
35 semanas. Control.*

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p10, LA p25, doppler umbilical p>95

Conducta:

- a) Repito ecodoppler en 15 días con control cardiotocográfico*
- b) Repito ecodoppler en 7 días con control cardiotocográfico*
- c) Maduro y repito ecodoppler en 7 días*
- d) Maduro y termino el embarazo*
- e) Terminó el embarazo*

CASO CLINICO 3



***Paciente 45 años de edad. G1. FIV. Embarazo Doble Bicornial.
35 semanas. Control.***

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p10, LA p25, doppler umbilical p>95

Conducta:

- a) Repito ecodoppler en 15 días con control cardiotocográfico***
- b) Repito ecodoppler en 7 días con control cardiotocográfico***
- c) Maduro y repito ecodoppler en 7 días***
- d) Maduro y termino el embarazo***
- e) Terminó el embarazo***

CASO CLINICO 4



***Paciente 45 años de edad. G1. FIV. Embarazo Doble Monocorial.
35 semanas. Control.***

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p10, LA p25, doppler umbilical p>95

Conducta:

- a) Repito ecodoppler en 15 días con control cardiotocográfico***
- b) Repito ecodoppler en 7 días con control cardiotocográfico***
- c) Maduro y repito ecodoppler en 7 días***
- d) Maduro y termino el embarazo***
- e) Terminó el embarazo***

CASO CLINICO 2, 3 y 4



Paciente de diferente edad y paridad, distintos antecedentes y distinta corionicidad:

35 semanas. Control.

Ecodoppler:

F1: biometría fetal p50, LA p50, doppler normal.

F2: biometría fetal p10, LA p25, doppler umbilical $p > 95$

Conducta:

- a) Repito ecodoppler en 15 días con control cardiotocográfico*
- b) Repito ecodoppler en 7 días con control cardiotoco. (caso 2)*
- c) Maduro y repito ecodoppler en 7 días (caso 2 y 3)*
- d) Maduro y termino el embarazo (caso 3 y 4)*
- e) Terminó el embarazo (caso 4)*

EMBARAZO MULTIPLE: TERMINACION



- ❑ **CORIONICIDAD**
- ❑ **EDAD GESTACIONAL**
- ❑ **ANTECEDENTES**

EMBARAZO MULTIPLE: TERMINACION



CUANDO

COMO

EMBARAZO MULTIPLE: TERMINACION CUANDO



- Esta pregunta solo me la voy a hacer en menos de la mitad de los embarazos múltiples ya que, en forma espontánea o electiva, alrededor del **60% nace antes de las 37 semanas.**
- Cuando decido en forma electiva **aumento el riesgo** de Cesárea, SDRN e ingreso a UTIN, tres eventos frecuentes en el embarazo múltiple.
- El **punto de quiebre** donde el riesgo de muerte fetal supera al de muerte neonatal secundaria a la prematurez no está bien delimitado.

MORTALIDAD PERINATAL



- Kahn B. OG 2003; 102: 685.
- United States National Center for Health Statistics
- 300.000 dobles vs 11 millones de únicos
- MPN en dobles vs únicos según Edad Gestacional

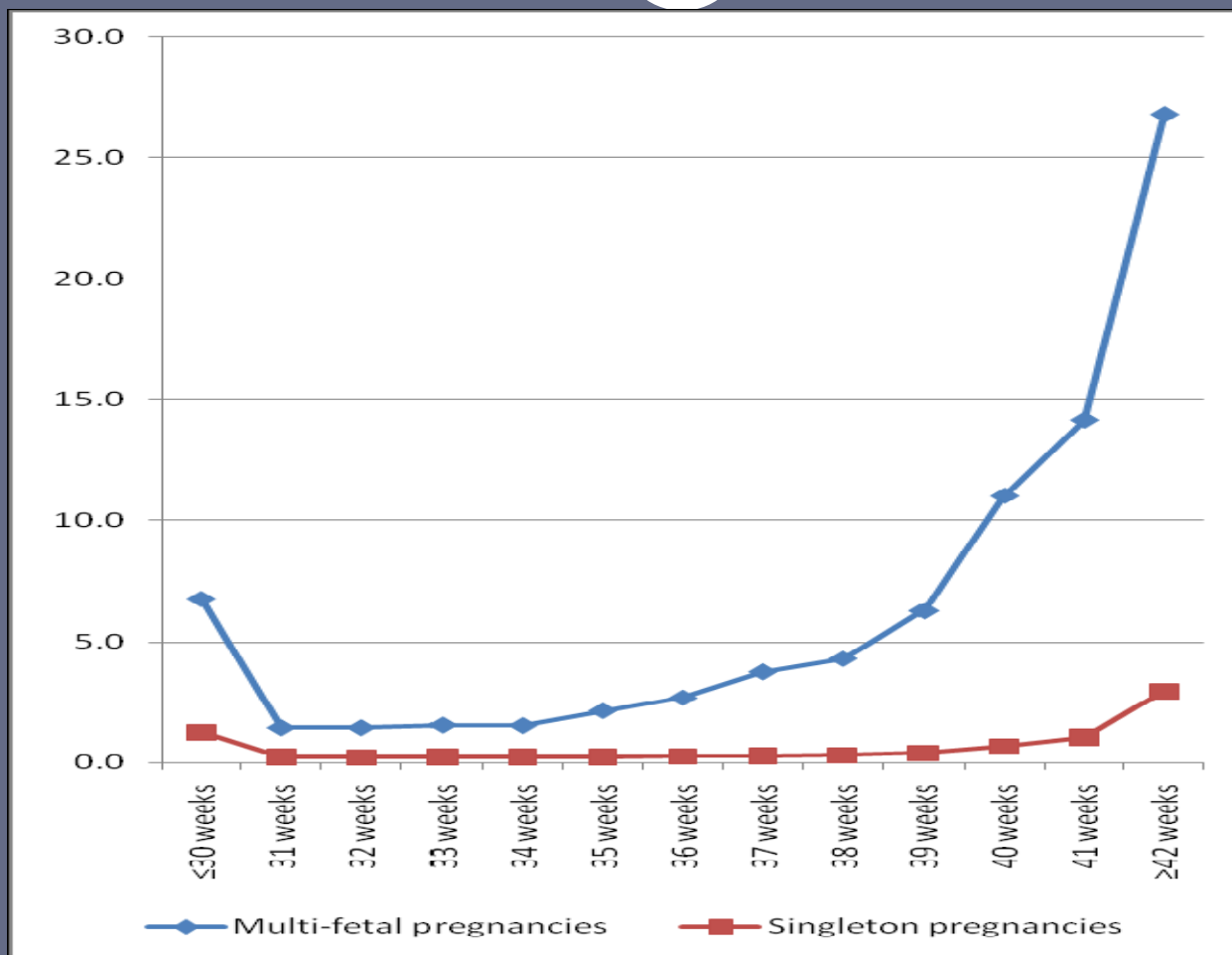
MORTALIDAD PERINATAL	DOBLES	UNICOS
TASA Por mil	4	2
MENOR Semanas	37.0 – 38.6	39.0 – 40.6

MORTALIDAD PERINATAL EDAD GESTACIONAL



- Minakami H. JAMA 1996; 275: 1432.
- 89.000 dobles vs 6 millones de únicos

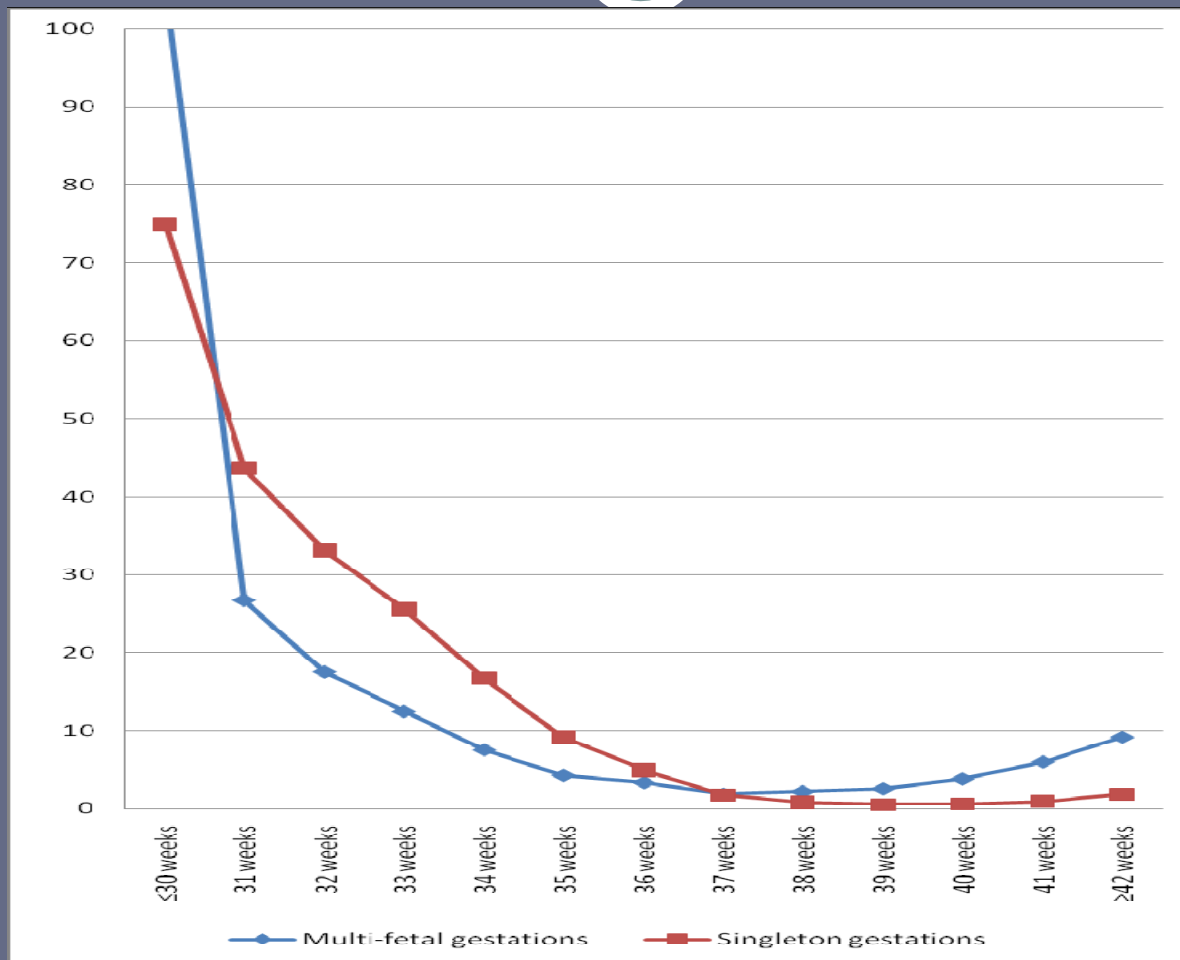
RIESGO DE MUERTE FETAL EN EMBARAZOS MULTIPLES NO COMPLICADOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL. Minakami 1996



RIESGO DE MUERTE FETAL EN EMBARAZOS MÚLTIPLES NO COMPLICADOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL. Minakami 1996

EDAD GESTACIONAL semanas	RR 95%	INTERVALO DE CONFIANZA VALOR INICIAL	INTERVALO DE CONFIANZA VALOR FINAL
33	0.523	0.424	0.645
34	0.516	0.417	0.639
35	0.723	0.596	0.878
36	0.909	0.755	1.095
37	1.270	1.062	1.518
38	1.454	1.193	1.771
39	2.116	1.693	2.646
40	3.729	2.852	4.876
41	4.786	2.902	7.891
42	9.053	2.947	27.813

RIESGO DE MORBILIDAD NEONATAL EN EMBARAZOS MULTIPLES NO COMPLICADOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL. Minakami 1996



ENSAYO CONTROLADO CON ASIGNACION AL AZAR



- Suzuki S y col. Gynecologic and Obstetric Investigation. 2000; 49: 24 – 7
- N: **36**
- Inducción a las 37 sem. (17) vs cesárea electiva (19)
- **No hubo diferencias significativas en ninguno de los puntos finales estudiados:** cesárea, cesárea por SFA, muerte perinatal, liquido amniótico meconial, depresión grave al nacer, bajo peso al nacer.

ESTUDIOS RETROSPECTIVOS

EDAD GESTACIONAL TERMINACION



AUTOR	AÑO	N	E. G. sem	REFERENCIA
Luke	1993	163	38	AJOG 169: 588-97
Minakami	1996	89000	38	JAMA 275: 1432-4
Cincotta	2001	6328	36	Perin. Soc. Aust and NZ: 22
Hartley	2001	8150	37	AJOG 184(3): 451-8
Kahn	2003	300,000	39	OG 102: 685

GUIAS Y RECOMENDACIONES



INSTITUCION		BICORIAL semanas	MONOCORIAL semanas
NICHD	2011	38	34 - 37
SMFM	2011	38	34 - 37
NICE	2012	37	36
ACOG	2013	38	37

EMBARAZO MULTIPLE COMO

- La **tasa** de cesárea en el embarazo múltiple suele ser **mayor al 60%**
- Considerando el **riesgo intraparto del F2** (dppn, procidencia) , algunos autores recomiendan la **cesárea electiva**
- **La presentación condiciona** la vía del parto:
 1. Cef/cef (42%)
 2. No cef/¿? (20%)
 3. **Cef/ no cef (38%)**

CESAREA ELECTIVA EVIDENCIA



- Barret , Hannah. Twin Birth Study.
NEJM 2013. 369: 1295
- Estudio prospectivo, controlado con asignación al azar
- N: 1398
- 32.0 – 38.6 semanas
- Cesárea electiva vs cesárea por indicación
- Tasa de cesárea: 90.7% vs 43.8%
- **Mortalidad perinatal + morbilidad neonatal severa:
2.2% vs 1.9% OR 1.16 (IC 95% 0.77 – 1.74)**

CONDICIONES PARA LA REALIZACION DE UN PARTO VAGINAL EN EL EMBARAZO MULTIPLE



- **Experiencia en versión y extracción.**
- **Consentimiento materno.**
- **Ocitocina: conducción y retracción**
- **Sangre: agrupada y compatibilizada.**

CONDICIONES PARA LA REALIZACION DE UN PARTO VAGINAL EN EL EMBARAZO MULTIPLE



- **Monitoreo electrónico de ambos fetos en forma continua y simultánea.**
- **Ecógrafo: ubicación F2.**
- **Anestesiólogo presente: conducción, maniobras de extracción y**
- **¡Condiciones para realizar una cesárea de emergencia! (10 %)**

EMBARAZO MULTIPLE. TERMINACION



TIPO	CUANDO	COMO
MONOAMNIOTICO	32 – 34	CESAREA ELECTIVA
TRIPLE	34 – 36	CESAREA ELECTIVA
MONOCORIAL	36 – 37	SEGÚN CONDICION CLINICA
BICORIAL	37 - 38	SEGÚN CONDICION CLINICA

EMBARAZO MULTIPLE. TERMINACION



TIPO	CUANDO	COMO
MONOAMNIOTICO	32 – 34	CESAREA ELECTIVA
TRIPLE	34 – 36	CESAREA ELECTIVA
MONOCORIAL	36 – 37	SEGÚN CONDICION CLINICA
BICORIAL	37 - 38	SEGÚN CONDICION CLINICA

EMBARAZO MULTIPLE. TERMINACION CONCLUSIONES



- ❖ En más del 60% de los embarazos múltiples, la evolución natural y/o la presencia de complicaciones **decide por nosotros** el Cuando y el Como.
- ❖ Si para el embarazo múltiple aplicamos el mismo razonamiento que para el único, ninguno debería continuar una vez que se alcanzan las **39 semanas**.

EMBARAZO MULTIPLE. TERMINACION CONCLUSIONES



- ❖ **La terminación de un embarazo múltiple por parto vaginal de ambos fetos es **la mejor alternativa** en embarazos dobles, sin patología fetal o causa relativa de cesárea, con ambos fetos en cefálica y en un ambiente que permita realizar una cesárea de emergencia.**

EMBARAZO MULTIPLE. TERMINACION CONCLUSIONES

- La terminación de un embarazo múltiple por parto vaginal, **puede considerarse** en embarazos dobles, sin patología fetal o causa relativa de cesárea, con el primer feto en cefálica y el segundo no, en un ambiente que permita realizar una cesárea de emergencia, siempre y cuando el Obstetra esté familiarizado con las maniobras de versión y gran extracción pelviana, y que la madre, debidamente informada, no piense lo contrario.

RESULTADOS EN EMBARAZO DOBLE



	DOBLES n	CESAREA %	E. G. PROMEDIO semanas
HOSPITAL ARGERICH	286	67,0	36.2 +- 3
SWISS MEDICAL	800	92.3	35.1 +- 2
QUIEN LES HABLA	43	96.4	34.6 +- 2

TERMINÓ

