AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
Formerly The American Fertility Society
1209 MontgomeryHighway • Birmingham, Alabama 35216-2809 • TEL (205) 978-5000 • FAX (205) 978-5005 • E-MAIL asrm@asrm.org • URL www.asrm.org

PATIENT'S FACT SHEET
Gestacion Multiple y Reduccion Embrionaria

La gestación múltiple se define como aquella en la cual dos o más fetos están presentes en el útero. En la población general, esto ocurre en aproximadamente 1 – 2 % de los embarazos. De todos modos, con el uso de drogas inductoras de la ovulación como el citrato de clomifeno y las gonadotrofinas, y procedimientos de alta tecnología como la fertilización in vitro (IVF), las gestaciones múltiples son mucho más comunes. La gran mayoría de estos embarazos son gemelos, pero también pueden presentarse embarazos de trillizos, cuádruples y de mayor número.

Los riesgos fetales en la gestación múltiple incluyen un riesgo aumentado de aborto, defectos al nacer, partos prematuros, y problemas mentales y/o físicos que pueden resultar de un parto prematuro. La edad gestacional promedio (momento del parto) para los embarazos simples es de 39 semanas, 35 semanas para gemelos, 33 semanas para embarazos triples y 29 semanas para los cuádruples. En general, el riesgo de complicaciones atribuibles a la prematurez son significativamente menores cuando el embarazo alcanza al menos las 32-34 semanas.

Los riesgos maternos relacionados a gestaciones múltiples incluyen amenaza de parto prematuro, parto prematuro, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia (toxemia), diabetes y hemorragia vaginal y/o uterina.

La reducción embrionaria es una técnica cuyo objetivo es disminuir el número de fetos, con el sentido de incrementar la probabilidad que el embarazo continúe. Consecuentemente, los riesgos para la madre y los fetos remanentes son disminuidos. Este procedimiento es mas factible de ser realizado cuando cuatro o más fetos están presentes. El número de embriones usualmente es reducido a dos, a pesar de que en algunas circunstancias deben ser reducidos a uno. Dado que los embarazos gemelares y de trillizos tienen en general un mejor pronóstico, la reducción de embriones en estos casos no debe ser recomendada, a pesar de que en algunas circunstancias esta debe considerarse.

El número de embriones usualmente es reducido a dos, a pesar de que en algunas circunstancias deben ser reducidos a uno. Dado que los embarazos dobles y triples tienen en general un mejor pronóstico, la reducción de embriones en estos casos no debe ser recomendada, a pesar de que en algunas circunstancias esta debe considerarse.

La reducción embrionaria es realizada habitualmente entre la 9º y 12º semana, pero puede efectuarse en forma tardía hasta las 24 semanas de gestación. El procedimiento es más exitoso cuando es realizado en embarazos tempranos. La misma se hace en forma ambulatoria, mediante la introducción de una aguja por via vaginal o abdominal guiada por ecografia, mediante la cual se inyecta cloruro de potasio directamente dentro de los fetos. La incidencia de abortos asociados a este procedimiento es del 4-5%. Partos prematuros ocurren en aproximadamente el 75% de los embarazos multifetales con embrioreducción. Tanto el aborto de los fetos remanentes como infecciones maternas raramente ocurren.

La decisión de efectuar o no embrioreducción puede ser una experiencia traumática. Parejas que han invertido tiempo, dinero y energia en el logro de un embarazo, muchas veces no se encuentran preparadas para la toma de esta decisión. Resulta de mucha ayuda el asesoramiento psicoemocional de estas parejas previo a realizar el procedimiento de embrioredución. Ambos miembros de la pareja necesitan sentirse cómodos con su decisión y pueden necesitar soporte emocional previo e inmediatamente después de efectuado el procedimiento.

This publication was initially written by the American Society for Reproductive Medicine (ASRM) under the direction of the Patient Education Committee and the Publications Committee and approved by the Society. Permission has been granted by the ASRM to translate this publication into Spanish. Any error in information resulting from said translation is not the responsibility of the ASRM, nor can the ASRM be held liable for any consequence resulting from the information presented in this publication.

The American Society for Reproductive Medicine grants permission to photocopy this fact sheet and distribute it to patients.

Created 11/2002