

## Reporte de tres casos de embarazo triple

### Report of three cases of triple pregnancy

**MSc. Carmen Fernández Arenas, MSc. Jorge Ernesto Sánchez Ruíz,  
MSc. Rosa Nereida Medina Landeta, MSc. Grisel González Ponce,  
MSc. Mirtha Elena García Pinal, MSc. Visleidys Viscaíno de la Cruz**

Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina". Matanzas, Cuba.

---

#### RESUMEN

El embarazo múltiple (triple) es infrecuente (1 %), aunque su incidencia se ha incrementado en los últimos 15 años debido al empleo de los inductores de la ovulación y del desarrollo las técnicas de fertilización *in vitro* y transferencia de embriones, elevándose entre el 5 y 35 %. Continuamente conllevan una preocupación para el ginecobstetra por la morbimortalidad materna y perinatal, fundamentalmente debido a la prematuridad. El objetivo de este artículo es presentar tres casos de gestantes con embarazo triple y evolución favorable, ocurridos entre los años 2010 y 2011. Se revisó la literatura sobre el tema, se exponen brevemente las características clínicas de este embarazo, complicaciones, manejo y pronóstico; posteriormente se describieron los elementos significativos de estas pacientes atendidas en el Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina" de Matanzas. Se realizan comentarios sobre los casos con opiniones de los autores revisados y de los autores del artículo; es frecuente el nacimiento por cesárea y pretérmino.

**Palabras clave:** embarazo triple, embarazo múltiple.

---

#### ABSTRACT

Multiple (triple) pregnancies is rare (1 %), although its incidence has increased in the last 15 years due to the use of ovulation induction and the development of *in vitro* fertilization techniques and embryo transfer (5 and 35 %). These pregnancies

continually involve a concern for the obstetrician due to maternal and perinatal morbidity and mortality, mainly due to prematurity. The objective of this paper is to present three cases of pregnant women with triple and favorable pregnancy, occurring from 2010 to 2011. Literature on the subject was reviewed. The clinical features of this pregnancy complications, management and prognosis are briefly described. Significant elements of these patients are then described. They were treated at the "Dr. Julio R. Alfonso Medina" Teaching Hospital in Matanzas. Preterm cesarean delivery is frequent. Comments on the cases with opinions of the revised authors and the authors of the article.

**Key words:** triple pregnancy, multiple pregnancies.

---

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en la especie humana es generalmente único, la gestación doble es un estado límite entre lo normal y lo anormal, es infrecuente la gestación de tres o más fetos, en el 1 %, <sup>1</sup> aunque su incidencia se ha incrementado en los últimos 15 años entre el 5 y el 35 %, debido al empleo de inductores de la ovulación y desarrollo de las técnicas de fertilización *in vitro* (TFV) y transferencia de embriones (TE), un ejemplo es la ciudad de Madrid, España. <sup>2-5</sup>

En los Estados Unidos desde 1980, se ha elevado en 470 % el número de embarazos triples o más, representando aproximadamente 1:500 nacimientos, según la hipótesis de Hellin. <sup>6</sup>

En el 1993 World ART Report, que incluía datos de 27 países, informó que de 16 629 embarazos, el 4,3 % eran triples. <sup>7</sup> En ese año en los Estados Unidos se reportaron más de 100 000 nacimientos múltiples, de ellos 3 834 trillizos, <sup>8</sup> ya en 1998, hubo 118 295 nacimientos de embarazos múltiples, la cifra más elevada que se ha registrado. <sup>6</sup>

La Dra. *La Calle* <sup>3</sup> reportó en el XII Congreso Internacional de Ginecobstetricia, en La Habana en el 2010, una prevalencia creciente: 1,3 % de todos los recién nacidos (RN), señaló que en el Hospital La Paz de Madrid hubo un incremento global, con edad materna avanzada, relacionado con técnicas de reproducción asistida (TRA), reportando 2,26 % en el año 2008 y 2,97 % en el 2009. Señaló que entre el 70 y 75 % eran dicigotos, con *prevalencia variable* según edad materna, paridad, etnia y TRA. Solo del 25 al 30 % eran monocigotos con *prevalencia constante* 1/250, informó que es imprescindible conocer la corionicidad, para condicionar el seguimiento del embarazo, pues la gestación monocorial tiene mayor riesgo de malformaciones fetales por división anormal de un cigoto, anastomosis vasculares anómalas y reparto placentario asimétrico.

El aumento de embarazos múltiples ha devenido en consecuencias significativas: maternas, fetales y neonatales incrementando la morbi mortalidad perinatal (10 %), es el responsable del 25 % de estas muertes, el parto pretérmino, causa más frecuente que condiciona este incremento. <sup>8-10</sup> Este aumento está relacionado con el número de fetos, se eleva de dos a cinco veces las muertes perinatales con respecto a embarazos únicos. Desde el punto de vista perinatal la evolución general de los embarazos gemelares es más favorable sin embrio-reducción, es lo contrario para los

embarazos cuádruples o mayores, sin embargo, para el embarazo triple, la bibliografía discrepa en este aspecto.<sup>7</sup>

Los embarazos múltiples representan un pequeño porcentaje de todos los nacimientos vivos; cerca del 50 % de ellos presentan algún tipo de complicación durante el período neonatal, cifra que es superior al 27 % en relación con los embarazos simples. Representan el 13 % de los nacimientos pretérminos y algunos autores reportan hasta 20-30 %, de ellos el 15 % de los RN menores de 32 sem y 21 % de bajo peso al nacer (menor 2 500 g); el 25% es menor de 1 500g.<sup>1,6,10</sup>

Diferentes autores consideran otras consecuencias importantes: la pre-eclampsia (hasta 40 % de los casos), la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) (de uno o ambos fetos en un 25%), las malformaciones congénitas, el síndrome de transfusión feto-feto, la insuficiencia placentaria, los traumatismos al nacer y la hipoxia fetal (crónica o aguda). Además la sepsis urinaria y la anemia se sitúan entre los más frecuentes. La gestación múltiple tiene tres veces más riesgo de desarrollar parálisis cerebral que los embarazos simples, los embarazos triples pueden presentar esta temida complicación en la quinta parte de ellos, dando como resultado, al menos uno de los recién nacidos con discapacidad.<sup>10-13</sup>

Como consecuencia de la prematuridad y el bajo peso al nacer, RN triples tienen un riesgo de morir en el primer año de vida que se eleva 14 veces sobre los simples. Los embarazos múltiples explican 16 % de las muertes neonatales en los Estados Unidos.<sup>6</sup>

## **PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS**

Embarazo múltiple (triple)

El estudio se efectuó conforme a las reglamentaciones y principios éticos existentes para la investigación en humanos, se solicitó a las pacientes su consentimiento informado para publicar los datos, explicándole que la intención es puramente científica, para notificar la evolución de dicho embarazo que es infrecuente, lo que fue aceptado por ellas y consta en las HC y inclusive la primera paciente permitió tomar fotos.

En los tres casos, las pacientes ingresaron en la Sala de Gestantes del Hospital Ginecobstétrico de Matanzas con diagnóstico al ingreso de embarazo múltiple (triple) de tipo monocorial.

En esta sala continuó su seguimiento, se notificó como candidata a sangrar, se realizó tratamiento con inductores de la madurez pulmonar (IMP) con dosis de ataque a las 26 semanas y dosis de rescate semanal (entre dos y tres dosis).

Se reevaluaron en el tercer trimestre, se mantuvieron asintomáticas y normotensas, los complementarios indicados normales: hemograma, urocultivo, exudado vaginal, cultivo de cuello y células guías.

Entre las semanas 33 y 34, se decidió realizar cesárea segmentaria por diferentes motivos. Se usó oxitocina durante el alumbramiento y posteriormente como profilaxis del sangramiento, el cual se clasificó como leve (menor de 500 mL). Se obtuvieron RN vivos, los ocho femeninos, cuatro con pesos adecuados, y todos con

buen APGAR, que evolucionaron bien y que se fueron de alta en el transcurso del mes.

A continuación se detallan las singularidades de cada caso:

Paciente: Y. M. H. HC: 299523

De 25 años de edad, raza blanca, área de salud Jovellanos, ama de casa, saludable, con G<sub>12</sub> P<sub>2</sub> A<sub>9</sub> (provocados). Los dos hijos vivos y sanos.

Al evolucionarse por Ultrasonografía (US) el 13/07/10 en su área de salud se constató: una bolsa para los fetos A y B con líquido amniótico (LA) muy aumentado, placenta posterior para los tres fetos. El feto C en bolsa con LA normal, con posible malformación digestiva (monocorial y biamniótico). Se remitió del hogar materno para ingreso el 16/07/10, con 21,5 sem, se ratificó en el hospital dicho diagnóstico, se propuso la interrupción del embarazo (Servicio de Genética y Servicio de Obstetricia), pero la pareja no aceptó.

- 23,4 sem, se realizó US evolutivo que informa polihidramnios severo en la bolsa del feto (C) con posible malformación digestiva.

- 26,2 sem, se consulta con el Centro Nacional de Genética y el US informa: líquido aumentado pero sin malformaciones fetales.

- 31,1 sem, se realizó US evolutivo que informa: líquido amniótico normal para los tres fetos, pero los tres están bajo peso, el feto A entre 10 y 25 percentil y los fetos B y C por debajo del 3 percentil. Se siguió con perfil biofísico cada 48 h y biometría por la posibilidad de parabiosis de los fetos A y B, con una restricción del crecimiento del feto C.

- 34,4 sem se realiza US Doppler que informa valores alterados para el feto C, con disminución de los pesos fetales como sigue: Feto A con 1 900 g, Feto B, 1 400 g y Feto C, 1 700 g, se discutió el caso y se decidió interrupción del embarazo en electivo, por vía abdominal.

- TG: 34,5 semanas se realizó Cesárea Segmentaria Arciforme, se extrajeron los RN, ambas bolsas con líquidos claros, escaso en la primera.

RN A: Femenino - extracción en cefálica 1 750 g (e/ 3ro. y 10mo. p)

RN B: Femenino - extracción en pelviana 1 340 g (< 3er. p)

RN C: Femenino - extracción en pelviana 1 650 g (e/ 3ro. y 10mo. p)

Una placenta con inserción velamentosa del cordón. Existió una diferencia de 410 g entre los RN A y B.

Un mes después se fueron de alta sin haber presentado complicaciones ni la madre ni las bebitas: Mélany (2 300 g), Mélani (2 000 g) y Mélody (2 300 g).

II) Paciente: A. V. R. HC: 301555

De 31 años de edad, raza blanca, área de salud Jovellanos, médico con antecedentes de asma bronquial intermitente, HTA antes de las 20 sem y sobre peso. G<sub>1</sub> P<sub>0</sub> A<sub>0</sub>

Se remitió del hogar materno, ingresó el 15/11/2010 como un embarazo múltiple (triple) de 21,6 sem y enfermedades asociadas.

Al valorarse en el área de salud por US se informó monocorial y monoamniótico, se ratificó en el hospital dicho diagnóstico. Evolucionó favorablemente en sala sin constatarse ninguna complicación.

- 23,2 sem se realizó US que informa crecimiento armónico de los fetos, posteriormente (TG: 24,1 sem), se realizó PTG (normal) por la existencia de tres factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus Gestacional.

- 26 sem se realizó US, informó discordancia de 300 g entre el feto A y los otros dos (1 200g).

- 27,6 sem se trasladó a sala de CEMP con amenaza parto pretérmino (APP), que cedió con tratamiento y regresó a la sala A en pocos días.

- 30 sem se realizó US evolutivo que informó pesos adecuados y se da alta de Genética.

Posteriormente apareció una taquicardia sinusal que se estudia por ECG y ECO con valoración del Clínico y del Cardiólogo, se impuso tratamiento con atenolol que la mejoró.

- 32 sem se realizó US que informó nuevamente una discordancia del feto A de 800 g con respecto al B (2 200 g) y de 400 g con el C. Continuó evolución en sala con pruebas de bienestar fetal.

- 33 sem se realizó US evolutivo, informa crecimiento de los tres fetos, pero se mantuvo la discordancia entre el A y el B (2 400-2 500 g) de 600 g y con el C de 400 g.

- 33,1 sem ocurrió rotura prematura de membrana (RPM) por lo que se decidió interrupción de la gestación por cesárea segmentaria arciforme y se observó el líquido claro:

RN A: Femenino, extracción en cefálica, 1 780 g, (e/ 10mo. y 25 p)

RN B: Femenino, extracción en cefálica, 2 140 g, (e/ 25 y 50 p)

RN C: Femenino, extracción en pelviana, 1 670 g, (e/ 10mo. y 25 p)

Placenta monocorial, normal. Cordones normales. Mayor diferencia de peso (470 g) entre los RN B y C.

Paciente que evolucionó bien, al igual que los RN, se da alta a los 19 días sin complicaciones.

III) Paciente: K. P. F. HC: 306091

De 27 años de edad, raza negra, área de salud Colón, profesora, saludable y G<sub>1</sub> P<sub>0</sub> A<sub>0</sub>.

Se remitió del hogar materno a las 29,4 sem por embarazo múltiple (triple), ingresó el 05/08/2011. Se reclasificó por US como embarazo triamniótico, monocorial.

Se indicó Dosis de Rescate de Betnasol (ya se había administrado la dosis de ataque). Existió evolución favorable, con pesos fetales adecuados, aunque el feto C era más pequeño.

- 31,2 sem se realizó US/TV (longitud cervical: 38 mm, OCI: 5,8 mm, tunelización 6,1 mm), sugirió por puntaje, riesgo de prematuridad. Presentó prurito vaginal, se diagnosticó clínicamente una moniliasis, imponiendo tratamiento.

- 32 sem, se realizó una Biometría fetal que consideró a los fetos A y B con pesos normales (entre el 25 y 50 percentiles) mientras que el Feto C bajo peso (entre 10 y 25 percentiles). Se administró segunda Dosis de Rescate de Betnasol. Se siguió en sala con perfil biofísico cada 72 h, con incremento de AU, pero con peso materno estacionado, a las 34 sem, por US se mantuvo un feto bajo peso que ahora es el B (2 000 g), pero sin diferencia de pesos entre ellos (2 100g el A y el C), se propuso interrumpir el embarazo en el transcurso de esta semana. Al día siguiente, con TG: 34,1 sem, se constató en pase de visita que la paciente había tenido febrícula y en ese momento presentaba fiebre de 38 °C con odinofagia, pero sin lesiones en orofaringe. Aparece DU: 1x10'x25" con leucograma: 13x10<sup>9</sup>/l (Seg: 0,78 y Linfo: 0,22), se discutió en la guardia y se decidió la vía abdominal para terminar el embarazo, con el diagnóstico de: Sepsis ovular. Embarazo múltiple. Bajo peso fetal (feto B).

Se realizó cesárea segmentaria arciforme, con LA claro al romper la primera membrana y LA meconial xxx en las segunda y tercera bolsa amniótica.

RN A: Femenino - extracción en pelviana 2 220 g (e/ 25 y 50 p)

RN B: Masculino - extracción en pelviana 2 080 g (e/ 25 y 50 p)

RN C: Femenino - extracción en pelviana 2 100 g (e/ 25 y 50 p)

Placenta Monocorial, normal. Cordones normales. Solo un diferencia mínima de peso (140 g) entre los RN A y B.

Evolución favorable de la madre y los RN, con alta a los 15 días sin complicaciones.

## DISCUSIÓN

- Aspectos clínicos del embarazo múltiple

La incidencia de gemelos ha aumentado 52 % desde 1980 y el número de trillizos se ha incrementado más del 400 %, así se reporta en el 2010,<sup>14</sup> coincidiendo con este estudio, pues ocurrieron tres embarazos triples espontáneos en menos de dos años, aunque hacía más de 10 años que no se presentaba ninguno.

La edad promedio de las gestantes al parto fue 28 años, coincidiendo con el estudio de Ricci,<sup>4</sup> sin embargo, *La Calle*<sup>3</sup> reporta que más del 30 % de los embarazos triples en España, Inglaterra y Gales hasta el 2004, ocurre en mujeres mayores de 35 años.

De las pacientes del estudio, dos eran primigestas, lo que es frecuente cuando se realiza fertilización *in Vitro*,<sup>11</sup> reportado también en España que los nacidos por estas técnicas representaron el 1,6 % en el 2004,<sup>15</sup> pero no de manera espontánea como ocurrió en estos casos. Las tres pacientes tenían placentas monocoriales, menos frecuente en el estudio Ricci.<sup>4</sup>

En el 2004 de Salihu y otros,<sup>4</sup> concluyen que el antecedente de nuliparidad en madres con embarazos triples, se correlaciona con mayor frecuencia de óbitos, algo que no ocurrió en la serie estudiada.

La incidencia de malformaciones congénitas es apreciablemente mayor en las gestaciones múltiples, en estudio de *Kohl y Casey* (1975), se duplicaron las malformaciones con respecto a los embarazos simples.<sup>8</sup> En la primera paciente de este estudio se sospechó malformación fetal y favorablemente los tres RN estaban sin alteraciones.

Las tres pacientes reportadas, recibieron dosis de inductores de la madurez pulmonar y terminaron su embarazo por cesárea, entre las 33 y 34 sem por diferentes causas, que coincide con el momento de la interrupción reportada por diversos autores revisados.<sup>3,4,10,11,14</sup>

*Williams*<sup>8</sup> plantea que el hacinamiento de fetos en el abdomen afecta la nutrición por sobre carga de la capacidad materna para dicha función, fundamentalmente en el tercer trimestre. Las pacientes del estudio aportaron cinco RN bajo pesos, de ellos dos estuvieron entre el 3ro. y 10mo. percentil y uno por debajo del 3er. Percentil.

El parto pretérmino es la principal razón de riesgo elevado en los embarazos múltiples, ya sea por desencadenamiento espontáneamente o indicado por otras complicaciones que se presenten (ejemplo: hipertensión, retardo del crecimiento, desprendimiento placentario, entre otros). La Dra. *La Calle*<sup>3</sup> expuso los factores de riesgo del parto pretérmino y en segundo lugar ubicó las gestaciones múltiples.

Los autores consideran que con estas pacientes reportadas se cumplieron las orientaciones generales (protocolos), a pesar de la evolución aceptable que tuvieron durante parte del embarazo, presentaron algunas de las complicaciones señaladas (sospecha de malformación congénita, bajo peso fetal, rotura prematura de membranas).

#### - Diagnóstico

Clínicamente este tipo de embarazo ocasiona mayores molestias generales que los embarazos simples, por aumento excesivo de peso y del volumen abdominal, con frecuencia existe polihidramnios.

La evaluación ultrasonográfica<sup>16</sup> es muy importante para la determinación del número de fetos, la corionicidad y amniocidad. También es necesaria la evaluación del volumen de líquido amniótico y de anomalías placentarias, determinando el crecimiento fetal. La ultrasonografía<sup>16</sup> permite identificar condiciones patológicas específicas como: CIUR, discordancia intergemelar, modificaciones cervicales y sufrimiento fetal entre otras.

#### COMPLICACIONES

Diferentes autores<sup>2,5,8,10,12,17,18</sup> concuerdan en que existen complicaciones únicas en su género por ser embarazos múltiples como ocurre en el entrecruzamiento de cordones en caso de fetos monoamnióticos (50 %), también pueden existir los gemelos unidos (siameses), la comunicación vascular entre fetos (presentes en la mitad de las placentas monocoriónicas) con resultados como los gemelos acardios y/o síndrome de feto transfusor y transfundido.

Los gemelos discordantes (diferencia de peso al nacer entre ellos del 25 %). La inserción velamentosa del cordón que es la regla en los embarazos triples como condición de la vasa previa que pudiera ocasionar una gestorragia. Existen complicaciones durante el parto, por lo que para estas gestaciones triples se recomienda la cesárea siempre, exceptuando los Países Bajos y Francia, donde se estimula el parto vaginal.

*Mezzabotta* y otros,<sup>19</sup> en 1996 reportaron resultados perinatales del embarazo triple donde el parto prematuro ocurrió en el 90,3 %, con un peso de RN significativamente menor (aproximadamente 1 600 g), con una mortalidad perinatal de 108 por mil nacimientos.

En ese mismo año, *Bello*<sup>13</sup> estudió que en seis años, la frecuencia de embarazos triples, fue de 1 por 3 540 partos, con una morbilidad materna de 78,5 % y la mortalidad perinatal llegó a 35,0 % debida a sepsis, hemorragia y prematuridad.

En el 2010, *La Calle*<sup>3</sup> señaló las siguientes complicaciones fetales según su orden de frecuencias: CIUR el 20 %, la prematuridad menor de 34 sem con 15 % y la mortalidad perinatal y lesión neurológica en el 1,5 %. También planteó que ser dicigoto o monocigoto tenía poca importancia clínica, lo realmente importante es la CORIONICIDAD porque marca pronóstico.

*Molina*<sup>20</sup> mostró, que 2/3 de los embarazos múltiples eran bicigóticos y bicoriales afortunadamente, mientras que 1/3 eran monocigóticos, siendo solo un 1/3 de ellos, bicoriales. Por otra parte se reporta que los embarazos monocoriónicos en el 30 % presentaron CIUR.<sup>21</sup>

Aunque la hospitalización no es el tratamiento universal, es una manera controlada de mantener en reposo y con vigilancia estricta a estas pacientes con alto riesgo obstétrico,<sup>20</sup> proporciona durante el embarazo la excelencia médica señalada entre otros autores, por el Dr. *Selman*.<sup>22</sup>

No existió mortalidad materna ni perinatal en los casos reportados. Las placentas monocoriales estuvieron presentes en todos los casos, sin morbilidad asociada, solo una placenta presentó una inserción velamentosa del cordón, lo que no concuerda con diversos autores que la señalan como la regla en los embarazos triples. En las pacientes reportadas no ocurrió ninguna complicación de las señaladas como muy frecuentes, solo la prematuridad estuvo presente en los tres casos y el bajo peso en más de la mitad de los RN. El US es un complementario importante para el diagnóstico y seguimiento del embarazo, aunque puede tener falsos positivos o negativos como ocurrió con la posible malformación fetal en el primer caso y la diferencia de pesos en el segundo caso. Los autores consideran un error bioético la propuesta de interrupción del embarazo por una sospecha de malformación en uno de los tres fetos, pues solo se debe informar el riesgo y la propuesta debe partir de la pareja. No hubo hemorragia posparto como consecuencia de atonía uterina que puede ocurrir por sobredistensión, se tomaron medidas profilácticas. Las tres pacientes se fueron de alta antes del mes, sus bebés alcanzaron un peso adecuado con lactancia materna mixta y refirieron satisfacción por atención médica recibida.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Salinas H, Parra M, Valdés E, Carmona S, Opaza D. Obstetricia. En: Parra M, Albornoz J. Capítulo 32. Embarazo múltiple. Chile: Ed. Red; 2005. p. 395-401.

2. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
3. De la Calle Fernández-Miranda M. Conferencia: Gestación gemelar y parto pretérmino. XIII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana, Cuba; 2010. Disponible en: <http://www.scog.sld.cu>
4. Ricci AP, Perucca PE, Pérez CC, González VD, Valenzuela RS, Galleguillos FI. Embarazo triple: complicaciones maternas y perinatales. Rev Chil Obstet y Ginecol. 2005;70(5):281-8.
5. Botella Llusía J, Clavero Núñez LA. Tratado de Ginecología. 14ta. ed. Madrid: Editorial Díaz Santos; 1993.
6. Danfort. Tratado de Obstetricia y ginecología. 8va. ed. México: Ed. Mc Graw-Hill Interam; 2000.
7. Cabero Roura L, Cabrillo Rodríguez E. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. 2 Vols. Madrid: Edit. Méd. Panam; 2003.
8. Williamns. Tratado de Obstetrica. 21ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
9. Couret Cabrera MP, Oliva Rodríguez J, Tamayo Lien T. Servicio de Medicina Fetal y el Hogar Materno en el seguimiento del embarazo múltiple. Rev Cubana Obstet Ginecol, 2010;36(4).
10. Oliva Rodríguez JA. Temas de Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
11. Gunby J, Bissonnette F, Librach C, Cowan L, IVF Directors Group of the Canadian Fertility and Andrology Society. Assisted reproductive technologies (ART) in Canada: 2007 results from the Canadian ART Register. Fertility and Sterility. February 2011;95(2):542-7.
12. Colectivo autores. Consenso procederes diagnósticos y terapéuticos de Obstetricia y Perinatología. En: Tema 33. Embarazo múltiple. En prensa 2011.
13. Bello F, Castillo M, Carballo J, Adesso V, Rivas S, Fleitas F. Gestación triple: análisis de 14 casos: años 1987-1992. Rev Obstet Ginecol Venezuela. Mar 1996;56(1):1-6.
14. García-Ruiz R, Rodríguez-Martínez JA, Ortiz Ruiz ME, Matute Labrador Á. Embarazo múltiple: Incidencia, morbilidad y manejo en el Centro Médico ABC. An Med (Mex). 2010;55(3):122-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.org.mx>
15. Marqueta J, Hernández J, Cabello Y, Castilla JA, Coroleu B. Registro SEF 2004. Rev Ibero Amer Infertilidad. España. Octubre 2007;24(2).
16. Couret Cabrera MP. Conferencia: Interacción del departamento de ultrasonido del hospital «Ramón González Coro» y el hogar materno Ismaelillo en el seguimiento del embarazo gemelar. XIII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana, Cuba; 2010. Disponible en: <http://www.scog.sld.cu>

17. Cañete Palomo ML. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Castilla-La Mancha, España: Editorial FISCAM. Ed Schering S.A; 2003.
18. Langman J. Embriología médica. 8va. ed. Buenos Aires: Ed Panamer; 2001.
19. Mezzabotta L, Tome S, Votta RA, Firpo JL. Resultados perinatales en el embarazo triple: su comparación con el embarazo. Rev Soc obstet ginecol B. Aires. 1996;75(918):44-55.
20. Molina García F. Conferencia: Manejo de la gestación Gemelar. XIII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana, Cuba; 2010. Disponible en: <http://www.scog.sld.cu>
21. Gabbe SG. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 4th ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 2002. p. 315-317.
22. Selman-Housein Abdo E. Guía para la excelencia en la atención médica. La Habana: Ed Científico-técnica; 2002.

Recibido: 3 de noviembre de 2012.

Aprobado: 18 de noviembre de 2012.

*Carmen Fernández Arenas*. Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina". Santa Cristina Esquina Unión. Versalles. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: [carmanf.mtz@infomed.sld.cu](mailto:carmanf.mtz@infomed.sld.cu)