

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE

Embarazo y Nacimientos  
Múltiples: Mellizos, Trillizos,  
o Mayor Número de Bebés

---

*Guía para pacientes*



SERIE DE INFORMACION PARA PACIENTES

*Publicado por la American Society for Reproductive Medicine, bajo la dirección del Comité de Educación del Paciente y el Comité de Publicaciones. Ninguna parte en este documento puede ser reproducida en ninguna forma sin permiso por escrito. Este folleto no pretende de ninguna manera sustituir, dictar ni definir totalmente la evaluación y el tratamiento por parte de un médico calificado. Está pensado exclusivamente como una ayuda para los pacientes que buscan información general sobre temas relacionados con la medicina reproductiva.*

*Copyright 2013© por la American Society for Reproductive Medicine.*

# Embarazo y nacimientos múltiples: Mellizos, trillizos, o mayor número de bebés

Guía Para Pacientes Revisado en 2013

*Un glosario de las palabras en cursiva se encuentra al final de este folleto.*

## INTRODUCCIÓN

Los nacimientos múltiples son mucho más comunes de lo que eran en el pasado. Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la tasa de nacimientos de mellizos ha aumentado en más de un 75% desde 1980, y los nacimientos triples, cuádruples y de un mayor número de bebés se han incrementado a un ritmo aún mayor. Hay más nacimientos múltiples hoy en parte debido a que más mujeres reciben tratamiento para la *infertilidad*, lo que conlleva un riesgo de que se produzca un embarazo múltiple. Sin embargo, desde la primera publicación en el año 1998 de las pautas de la *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) sobre número de *embriones* transferidos, el número de embarazos de trillizos o más bebés relacionados con el tratamiento ha disminuido dramáticamente. Además, más mujeres esperan hasta más tarde en la vida para intentar quedar embarazadas y las mujeres mayores tienen más probabilidades que las mujeres más jóvenes de quedar embarazadas con múltiples bebés, especialmente con el tratamiento para la fertilidad. A pesar de que los grandes avances médicos han mejorado los resultados de los nacimientos múltiples, los partos múltiples todavía se asocian a riesgos médicos importantes y a complicaciones para la madre y los hijos. Si usted está en riesgo de un embarazo múltiple, este folleto la ayudará a aprender cómo y por qué se producen los embarazos múltiples y cuáles son los problemas específicos asociados a llevar un embarazo múltiple y parir más de un bebé.

## MELLIZOS: EL EMBARAZO MÚLTIPLE MÁS COMÚN

**Es posible que conozca a alguien que tiene mellizos, pero ¿sabe cómo ocurren y se desarrollan los mellizos?**

Hay dos tipos de mellizos: los idénticos (gemelos) y los fraternos (mellizos no idénticos).

Los gemelos se producen cuando un único embrión, creado por la unión de un *espermatozoide* y un *óvulo*, se divide en dos embriones. Cada embrión es *monocigótico*, genéticamente idéntico y los dos tendrán el mismo sexo. Dependiendo del momento en que se produce la división, los gemelos pueden tener *placentas* y *sacos gestacionales* separados, o pueden compartir una sola placenta pero tener sacos separados. En casos poco frecuentes, los gemelos pueden estar en el mismo saco amniótico.

Los mellizos se forman cuando dos óvulos distintos son fecundados por dos espermatozoides distintos. Los dos embriones que resultantes son *dicigóticos*, no son genéticamente idénticos y su sexo puede ser igual o diferente. La mayoría de las veces, este es el tipo de hermanamiento que se produce a partir de procedimientos de reproducción asistida.

Figura 1

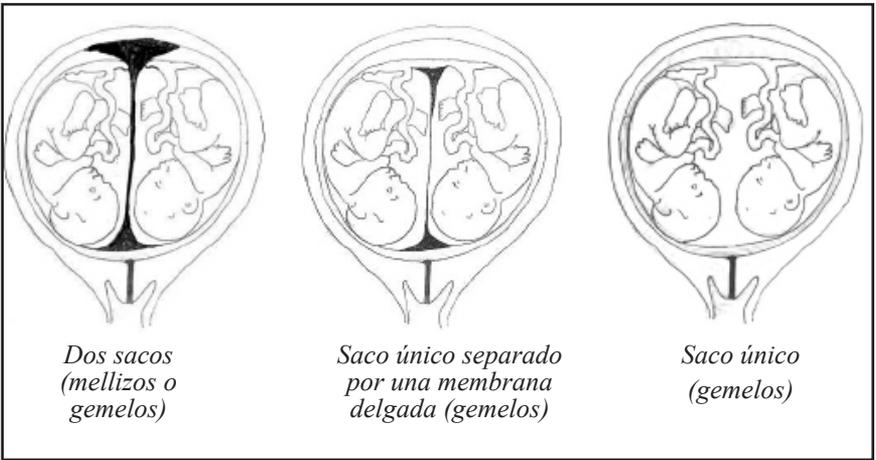


Figura 1. Mellizos en el útero.

### “Síndrome del gemelo desaparecido”

A veces, muy temprano en el embarazo de gemelos, uno de los *fetos* “desaparece.” A este fenómeno se lo denomina “síndrome del gemelo desaparecido.” Incluso después de que la *ecografía* haya mostrado movimiento en el corazón de los gemelos, la pérdida espontánea de uno de los fetos se produce en hasta el 20% de los embarazos de gemelos. Las pérdidas espontáneas son aún mayores en embarazos de trillizos y cuatrillizos. Puede ocurrir una tasa de pérdida fetal del 40% en los embarazos de trillizos o un mayor número de bebés. Cuando se pierde un feto en el primer trimestre, el feto o los fetos restantes generalmente continúan desarrollándose normalmente, aunque puede ocurrir sangrado vaginal.

Las ecografías realizadas a principios de la 5.<sup>a</sup> semana de embarazo en ocasiones pueden no identificar todos los fetos. Se puede “encontrar un gemelo” después de la 5.<sup>a</sup> semana en casi el 10% de los embarazos de mellizos o de bebés múltiples y en más del 80% de los casos de gemelos. Después de 6 a 8 semanas, la ecografía debería proporcionar una evaluación precisa de la cantidad de fetos.

### **Factores de riesgo del embarazo múltiple**

En forma natural, aproximadamente uno de cada 250 embarazos son mellizos, uno de cada 10,000 embarazos son trillizos y uno de cada 700,000 embarazos son cuatrillizos. El principal factor que incrementa las probabilidades de tener un embarazo múltiple es el uso de tratamiento de la infertilidad, pero hay otros factores.

La raza, la edad, la herencia o los antecedentes de embarazos anteriores no aumentan las probabilidades de tener gemelos, pero sí incrementan la probabilidad de tener mellizos. El tratamiento de la infertilidad aumenta el riesgo de tener tanto mellizos como gemelos.

**Raza.** La tasa general de mellizos para todas las razas en los EE es de alrededor de 33 por cada 1,000 nacidos vivos. Las mujeres afroamericanas y blancas no hispanas tienen tasas similares de hermanamiento, mientras que en las mujeres hispanas este número es menor.

**Herencia.** Los antecedentes familiares de la madre pueden ser más importantes que los del padre. Las mujeres mellizas dan a luz a mellizos a razón de 1 por cada 60 nacimientos. Sin embargo, los hombres mellizos tienen hijos mellizos a razón de 1 por cada 125 nacimientos.

**Edad materna y antecedentes de embarazos previos.** La frecuencia del nacimiento de mellizos aumenta con la edad materna y el número de embarazos. Las mujeres entre 35 y 40 años de edad con cuatro hijos o más tienen tres veces más probabilidades de tener mellizos que una mujer menor de 20 años sin hijos.

**Talla y peso maternal.** Los mellizos son más comunes en las mujeres grandes y altas que en las mujeres pequeñas. Esto puede estar más relacionado con la nutrición que con el tamaño del cuerpo solamente. Durante la Segunda Guerra Mundial, la incidencia de mellizos disminuyó en Europa cuando la comida era difícil de conseguir.

**Fármacos para la fertilidad y tecnología de reproducción asistida.** El embarazo múltiple es más común en las mujeres que utilizan medicamentos para la fertilidad para someterse a la *inducción de la ovulación* o a la *superovulación*. De las mujeres que logran quedar embarazadas con citrato de clomifeno, aproximadamente del 5% al 12% tienen mellizos y menos del 1% tienen trillizos o un mayor número de bebés. El uso de fármacos para provocar la superovulación ha causado la gran mayoría del aumento en los embarazos múltiples.

Aproximadamente el 20% de los embarazos resultantes del uso de *gonadotropinas* son múltiples. Si bien la mayoría de estos embarazos son mellizos, hasta el 5% son trillizos o más debidos a la liberación de más óvulos de lo esperado.

Los procedimientos de *tecnología de reproducción asistida* (TRA) como la *fertilización in vitro* (FIV) también contribuyen al aumento de la tasa de nacimientos múltiples. El riesgo de embarazo múltiple aumenta a medida que aumenta el número de embriones transferidos.

**DURACIÓN DE LOS EMBARAZOS MÚLTIPLES**

La duración de un embarazo normal simple varía entre 37 a 42 semanas desde el momento de la última menstruación. Los embarazos de mellizos ocasionalmente duran 40 semanas, pero casi siempre resultan en partos prematuros. A medida que aumenta el número de fetos, disminuye la duración esperada del embarazo. La duración promedio es de 35 semanas para mellizos, 33 semanas para trillizos y 30 semanas para cuatrillizos.

<i>Tipo de embarazo</i>	<i>Edad gestacional promedio al momento del parto</i>	<i>Peso promedio al nacer</i>
<i>Parto único</i>	<i>38.6 semanas</i>	<i>3,300 g (7.3 lb)</i>
<i>Mellizos</i>	<i>35 semanas</i>	<i>2,300 g (5.1 lb)</i>
<i>Trillizos</i>	<i>32 semanas</i>	<i>1,660 g (3.7 lb)</i>
<i>Cuatrillizos</i>	<i>30 semanas</i>	<i>1,300 g (2.9 lb)</i>

**COMPLICACIONES DE LOS EMBARAZOS MÚLTIPLES**

Las complicaciones aumentan con cada feto adicional en un embarazo múltiple e incluyen muchas cuestiones médicas que se discutirán más adelante. Además de estas, hay una mayor incidencia de náuseas y vómitos graves y de partos por cesárea o con el uso de fórceps. Si usted está embarazada de mellizos o un mayor número de bebés o si corre

riesgo de tener un embarazo múltiple, debe ser consciente de estos y otros problemas potenciales que podría experimentar.

### **Parto prematuro**

El trabajo de parto y el parto prematuro representan el mayor riesgo para un embarazo múltiple. El 60% de los bebés múltiples nacen prematuramente (<37 semanas) en comparación con aproximadamente el 10% de los embarazos únicos. La viabilidad de un parto vaginal depende del tamaño, la posición y la salud de los bebés, así como del tamaño y la forma de los huesos pélvicos de la madre. La cesárea es a menudo necesaria en los embarazos de mellizos y está prevista en los partos de trillizos.

Dado que el trabajo de parto y el parto prematuro presentan riesgos tan graves, la mujer embarazada debe entender las señales de advertencia del parto prematuro. La presión en la pelvis, el dolor de espalda, el aumento del flujo vaginal o un cambio en la frecuencia de los dolores de “trabajo de parto falso” se deben informar al médico. A veces, el parto prematuro se puede retrasar por algunos días o más, si se detecta a tiempo. Cada día ganado proporciona crecimiento y desarrollo valiosos al feto. Una vez que una mujer está en trabajo de parto prematuro, no se puede detener el parto. En casos poco frecuentes se puede postergar el parto del segundo mellizo. Este retraso, si es posible, permite el crecimiento continuo en el entorno de protección del *útero*. En la actualidad, no existen tratamientos eficaces para prevenir el parto prematuro de los bebés múltiples.

### **Problemas de la placenta**

La placenta está unida a la pared del útero, y el feto está unido a la placenta por el cordón umbilical. La placenta proporciona sangre, oxígeno y nutrientes al feto a través del cordón umbilical.

Es más probable que la función de la placenta sea anormal en un embarazo múltiple. Si la placenta no puede proporcionar suficiente oxígeno o nutrientes al feto, el feto no puede crecer adecuadamente. La placenta envejece prematuramente y puede retrasar el crecimiento del feto, especialmente al final del tercer trimestre. Los mellizos o un mayor número de bebés que están por debajo del peso adecuado por más del 30% según las mediciones de las ecografías tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones y tienen tasas de mortalidad de casi el 25%.

Otro problema relacionado con la placenta es la transfusión de gemelo a gemelo, una afección potencialmente mortal en los gemelos. Esto se

produce cuando fluye sangre de un feto al otro a través de una conexión en una placenta compartida. Se produce crecimiento débil en el gemelo “donante” y un exceso de líquido en el gemelo “receptor.” La *amniocentesis* terapéutica y la coagulación con láser de los vasos sanguíneos que unen la circulación de los gemelos en la(s) placenta(s) pueden reducir las complicaciones de la transfusión de gemelo a gemelo.

### **Preeclampsia**

La preeclampsia, también conocida como *toxemia*, ocurre con una frecuencia dos a cinco veces mayor en los embarazos múltiples. De un 15% a un 20% de mujeres con embarazos de mellizos experimentarán preeclampsia, y un porcentaje aun más alto tendrá preeclampsia en los embarazos de trillizos o de un mayor número de bebés. La preeclampsia se diagnostica cuando la presión arterial de la madre se vuelve elevada y se detectan proteínas en la orina. La afección puede progresar y poner en peligro la salud de la madre y el bebé. Cuando es grave, la madre puede tener convulsiones, un accidente cerebrovascular u otras complicaciones potencialmente mortales.

### **Diabetes**

Las mujeres con embarazos múltiples son más propensas a desarrollar *diabetes gestacional* durante el embarazo. Los bebés de madres diabéticas son más propensos a experimentar dificultad respiratoria y otras complicaciones que afectan a los recién nacidos. Sin embargo, la diabetes gestacional es común incluso en los embarazos únicos, y el tratamiento está bien establecido y es eficaz.

### **Complicaciones que afectan al feto y al recién nacido**

Aunque es poco frecuente en los partos de mellizos, alrededor del 20% de los embarazos de trillizos resultarán en el parto de por lo menos un hijo con una importante discapacidad a largo plazo. El parto prematuro coloca a un bebé en mayor riesgo de sufrir complicaciones serias e incluso la muerte prematura. Los pulmones, el cerebro, el sistema circulatorio, el sistema intestinal y los ojos del bebé pueden ser demasiado inmaduros.

De los bebés prematuros que fallecen, el 50% sucumben al *síndrome de dificultad respiratoria*, causada por pulmones inmaduros. El daño cerebral es responsable de casi el 10% de las muertes de los nacidos prematuramente. La prematuridad también puede resultar en deficiencia visual o ceguera. Los defectos de nacimiento y las muertes fetales son

causantes de alrededor del 30% de las muertes en embarazos de mellizos y bebés múltiples. Un cuarto de los mellizos y tres cuartos de los trillizos deben ser admitidos en la unidad neonatal de cuidados intensivos.

A pesar de estos números, es importante tener en cuenta que la gran mayoría de los bebés nacidos de embarazos múltiples sí sobreviven. Se produce muerte fetal en aproximadamente el 1.6% de los mellizos y el 2.7% de los trillizos. Además, en comparación con los embarazos únicos del mismo peso al nacer, no hay un aumento significativo en la incidencia de enfermedad pulmonar crónica ni problemas cerebrales, gastrointestinales o de la vista en los bebés de partos múltiples.

El bajo peso al nacer menor a 2.5 kg (5.5 lb) se produce en más de la mitad de los mellizos. El peso promedio al nacer es de aproximadamente 1,660 g (4 lb) para los trillizos y 1,300 g (3 lb) para los cuatrillizos. Como resultado de la prematuridad, el riesgo de sufrir *parálisis cerebral* es cuatro veces mayor en los mellizos. Las tasas son aún mayores en los trillizos y un mayor número de bebés. La tasa global de supervivencia es del 85% para los recién nacidos de más de 1,000 g (2 lb, 3 oz), pero es menor al 40% para aquellos de menos de 1,000 g (2 lb, 3 oz). El peso al nacer también se corresponde estrechamente con la gravedad de la discapacidad durante los años de la infancia. Se produce una discapacidad en casi el 25% de los niños con un peso al nacer menor de 907 g (2 lb). Como se señaló anteriormente, el peso promedio al nacer, incluso para los cuatrillizos, está muy por encima de este número.

## **PREVENCIÓN DEL EMBARAZO MÚLTIPLE**

La prevención durante el tratamiento de la infertilidad es el mejor método para evitar un embarazo múltiple. En los ciclos de TRA, limitar el número de embriones transferidos es un enfoque efectivo. Consulte el Informe del Comité Médico de la ASRM titulado Pautas sobre el número de embriones transferidos para obtener recomendaciones sobre el número óptimo de embriones a transferir según la edad de la paciente, la calidad del embrión y otros criterios.

En los Estados Unidos, los médicos y los pacientes deciden conjuntamente la cantidad de embriones a transferir. No obstante, en Inglaterra, en la mayoría de los casos no se pueden transferir más de dos embriones. En Canadá, se recomienda transferir un máximo de tres embriones.

El objetivo final de la TRA es lograr una alta tasa de embarazos durante la transferencia de un solo embrión. Aunque los médicos pueden transferir dos embriones y aun así mantener tasas aceptables de embarazo, la transferencia de un único embrión se asocia con tasas de embarazo buenas en ciertos grupos de pacientes; esto resuelve el problema de los embarazos múltiples causados por la transferencia de embriones múltiples. Aproximadamente el 10% de las transferencias de embriones en los Estados Unidos se realizan actualmente con una transferencia electiva de un solo embrión.

Los embarazos múltiples son una complicación conocida de los fármacos que estimulan la ovulación. La mayoría de los médicos controlan a las pacientes con ecografías y análisis de sangre. Una mujer con un gran número de *foliculos ováricos* o niveles elevados de *hormonas* tiene un mayor riesgo de tener un embarazo múltiple, y el ciclo se puede cancelar para evitar el riesgo. No se ha identificado ninguna forma comprobada de reducir los embarazos múltiples con *superovulación*. No obstante, evitar la fecundación con el desarrollo de más de tres foliculos es útil en la reducción de un mayor número de bebés.

### **Reducción del embarazo multifetal**

Cuando se produce un embarazo de trillizos o de un mayor número de bebés, se puede considerar la *reducción del embarazo multifetal* para mejorar las probabilidades de supervivencia de los fetos. Si bien la reducción del embarazo multifetal conlleva un cierto riesgo de un *aborto espontáneo* completo, también reduce las probabilidades de nacimiento extremadamente prematuro. Para obtener más información, consulte la Hoja de datos para el paciente de la ASRM sobre Riesgos de la maternidad múltiple.

### **LLEVAR UN EMBARAZO MÚLTIPLE**

Para lograr el mejor resultado con un embarazo múltiple, la futura madre debe trabajar como parte del equipo de atención médica. Se puede esperar un cambio casi total en el estilo de vida, sobre todo después de las 20 semanas de embarazo.

### **Consideraciones nutricionales y metabólicas**

Existe una mayor necesidad de nutrición materna en los embarazos múltiples. Una mujer embarazada debe aumentar más de peso en un embarazo múltiple, especialmente si cuando queda embarazada está baja de peso. En los embarazos múltiples, se recomienda un aumento de peso

de aproximadamente 17 a 24 kg (37 a 54 lb) para las mujeres con peso normal. El patrón de aumento de peso también es importante. El peso saludable al nacer es más probable de lograr cuando la madre aumenta casi 0.5 kg (casi 1 lb) por semana durante las primeras 20 semanas. El aumento en el crecimiento fetal con una nutrición apropiada y el aumento de peso pueden mejorar enormemente los resultados del embarazo a un costo mínimo.

### **Precauciones con respecto a las actividades**

Muchos médicos que controlan los embarazos múltiples creen que una reducción de las actividades y un aumento del descanso prolongan estos embarazos y mejora los resultados. Sin embargo, la hospitalización rutinaria para el reposo en cama en los embarazos múltiples no ha demostrado prevenir el parto prematuro. A las mujeres con embarazos múltiples con mayor número de bebés generalmente se les aconseja evitar realizar actividades extenuantes y dejar de trabajar en algún momento entre las 20 y las 24 semanas. El reposo en cama mejora el flujo sanguíneo uterino y puede ser útil para evitar problemas de crecimiento fetal. Por lo general se debe evitar mantener relaciones sexuales cuando se recomienda realizar reposo en cama.

### **Control de un embarazo múltiple**

Dado que el nacimiento prematuro y los trastornos del crecimiento son los principales contribuyentes a la mortalidad neonatal y la discapacidad en los embarazos múltiples, es necesario realizar visitas frecuentes al obstetra y realizar un estrecho seguimiento del embarazo.

Se puede realizar el diagnóstico prenatal utilizando una variedad de técnicas nuevas cerca del final del primer trimestre para detectar síndrome de Down y otras anomalías *genéticas*. Se puede realizar la amniocentesis entre las semanas 16 y 20. La amniocentesis puede ser complicada y difícil de realizar en los mellizos y trillizos y no es posible en los embarazos múltiples con mayor número de bebés. Sin embargo, existen datos razonables para el uso de los estudios de detección en suero en los embarazos múltiples, los cuales pueden ser una herramienta útil para evaluar el riesgo de estas y otras afecciones.

Muchos médicos realizan exámenes cervicales cada una o dos semana(s) desde el comienzo del embarazo para determinar si el cuello uterino se estrecha o se abre prematuramente. Si un examen o una ecografía muestran que el cuello uterino se estrecha o comienza a dilatarse antes de

tiempo, un *cerclaje* o una *sutura* en el cuello uterino pueden prevenir o retrasar la dilatación prematura. Sin embargo, el cerclaje preventivo no ha demostrado prevenir el parto prematuro en mellizos o trillizos.

Los *agentes tocolíticos* son medicamentos que pueden retrasar o detener el parto prematuro. Estos medicamentos se administran en los hospitales en casos de “emergencia” en un intento por detener el parto prematuro. Es importante intentar retrasar el parto para reducir al mínimo los riesgos de un parto prematuro. Las ecografías realizadas en el segundo trimestre pueden identificar algunos defectos congénitos. La evaluación del crecimiento fetal por ecografía cada 3 o 4 semanas durante la segunda mitad del embarazo se realiza comúnmente.

Todos los embarazos múltiples se deben considerar de alto riesgo y los obstetras que brindan la atención deben tener experiencia en el manejo de las gestaciones múltiples. Debe haber disponible una unidad neonatal de cuidados intensivos para brindar apoyo inmediato e integral a los recién nacidos prematuros.

### **Método de parto**

El parto vaginal de mellizos puede ser seguro en algunas circunstancias. Muchos mellizos pueden nacer por parto vaginal si el bebé ubicado más abajo está ubicado en posición de parto (con la cabeza hacia abajo). La mayoría de los trillizos nacen por cesárea. La anestesia adecuada y el apoyo neonatal son esenciales ya sea si el parto se realiza por vía vaginal o si ocurre por cesárea. El parto de múltiples bebés requiere la planificación por parte de todo el equipo médico y la disponibilidad de los cuidados intensivos completos luego del nacimiento.

### **Efectos psicosociales del embarazo múltiple en una familia**

Aunque la mayoría de las mujeres con embarazo múltiple lo hacen muy bien, sus familias pueden experimentar un estrés significativo. Si es necesaria la hospitalización prolongada, se deben hacer arreglos para el trabajo, el hogar y el cuidado de la familia.

Incluso cuando se superan los problemas médicos y los bebés sobreviven sin discapacidades, el efecto de los nacimientos múltiples en la vida familiar es importante. El impacto de un nacimiento múltiple afecta claramente a los padres, pero también a los bebés, a otros hermanos y al

resto de la familia. Las tensiones financieras son comunes debido a los costos adicionales de alimentación, ropa, vivienda y cuidado de los niños. La depresión posparto también es más común después del parto de los embarazos múltiples tanto en la madre como en el padre, y puede ser a largo plazo.

El asesoramiento psicológico y los grupos de apoyo pueden proporcionar ayuda a los padres de bebés múltiples, quienes pueden sentirse aislados o deprimidos. La mayoría de los médicos pueden proporcionar referencias adecuadas a un profesional de salud mental o a un grupo de apoyo. Para obtener más información, consulte la Hoja de datos para el paciente de la ASRM titulada Riesgos de la maternidad múltiple.

## **CONCLUSIÓN**

El objetivo del tratamiento de la infertilidad es el nacimiento de un niño sano. En un pequeño porcentaje de pacientes, el tratamiento resulta en un embarazo múltiple que puede colocar a la madre y a los bebés en un mayor riesgo de que ocurra un resultado poco saludable. Dado que los embarazos múltiples y sus complicaciones son un riesgo inevitable en los tratamientos para la fertilidad, la educación acerca de estos riesgos es crucial antes de comenzar el tratamiento. En última instancia, la prevención es la clave para reducir el riesgo del embarazo múltiple.

## GLOSARIO

***Aborto espontáneo.*** La expulsión de origen natural de un feto no viable y la placenta del útero; también conocido como aborto involuntario o pérdida del embarazo.

***Agentes tocolíticos.*** Medicamentos que pueden retrasar o detener el parto prematuro. ***American Society for Reproductive Medicine (ASRM).*** Una organización profesional médica compuesta por aproximadamente 9,000 especialistas de atención médica interesados en la medicina reproductiva.

***Amniocentesis.*** Un procedimiento en el que se extrae una pequeña cantidad de líquido amniótico a través de una aguja desde el saco fetal, alrededor de 16 semanas después de iniciado un embarazo. El líquido se estudia en busca de anomalías cromosómicas que puedan afectar el desarrollo fetal.

***Amnión.*** Una membrana delgada que se expande para encerrar un feto en desarrollo. Esta membrana (saco) contiene el líquido amniótico que protege al feto en desarrollo.

***Cerclaje.*** La colocación de una sutura no absorbible en torno a una abertura cervical incompetente (débil) en un intento de mantenerla cerrada y así evitar el aborto espontáneo. También denominado sutura cervical.

***Citrato de clomifeno.*** Un fármaco oral antiestrógeno utilizado para inducir la ovulación en las mujeres.

***Cuello uterino.*** El extremo inferior más estrecho del útero que conecta la cavidad uterina con la vagina.

***Diabetes.*** Una afección debida a la producción anormal de insulina que resulta en niveles anormalmente elevados de glucosa (azúcar) en sangre.

***Diabetes gestacional.*** Niveles elevados de azúcar en la sangre de la madre durante el embarazo. Durante el embarazo, la placenta normalmente produce hormonas que antagonizan la insulina. En un embarazo múltiple, se producen más de estas hormonas, lo cual lleva a un aumento en el azúcar en sangre de la madre.

***Dicigóticos.*** Di: dos; cigótico: óvulo fecundado. Dos óvulos separados fecundados por espermatozoides diferentes en un único embarazo. Mellizos.

***Ecografía.*** También denominada sonograma. Una imagen de los órganos internos producida por ondas de sonido de alta frecuencia que se ven como una imagen en una pantalla de video; se utiliza para controlar el crecimiento de los folículos ováricos, el feto o el embarazo y para recuperar los óvulos. Las ecografías pueden ser abdominales o vaginales.

***Embrión.*** La primera etapa del desarrollo humano, que surge después de la unión de un espermatozoide y un óvulo (fecundación).

**Espermatozoide.** La célula reproductiva masculina que fecunda el óvulo de la mujer. La cabeza del espermatozoide lleva el material genético (cromosomas); la parte media produce energía para el movimiento; y la cola larga y delgada serpentea para propulsar el espermatozoide.

**Fertilización in vitro (FIV).** Un método de reproducción asistida que consiste en la combinación de un óvulo con un espermatozoide en una placa de laboratorio. Si el óvulo se fecunda y comienza la división celular, el embrión resultante se transfiere al útero de la mujer, donde se puede implantar en el revestimiento del útero y se puede desarrollar aún más. La FIV generalmente se realiza en conjunto con la administración de medicamentos que estimulan los ovarios para producir múltiples óvulos a fin de aumentar las posibilidades de fecundación e implantación exitosas. La FIV no requiere las trompas de Falopio y suele ser el tratamiento elegido por las mujeres cuyas trompas están gravemente dañadas o ausentes.

**Feto.** Un hijo por nacer.

**Folículo (ovario).** Un saco lleno de líquido ubicado justo debajo de la superficie del ovario, que contiene un óvulo (oocito) y células que producen hormonas. El saco aumenta de tamaño y volumen durante la primera mitad del ciclo menstrual y, en la ovulación, el folículo madura y se rompe, liberando el óvulo. A medida que el folículo madura, puede verse en una ecografía.

**Genético.** Hace referencia a las afecciones hereditarias, por lo general debidas a los genes localizados en los cromosomas.

**Gestación.** Embarazo.

**Gonadotropinas.** La hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Ambas hormonas se pueden purificar o se pueden producir sintéticamente para ser utilizadas como fármacos ovulatorios.

**Hormona.** Una sustancia secretada por ciertos órganos del cuerpo, como la glándula pituitaria, la glándula suprarrenal o los ovarios, que es transportada por un fluido corporal, como la sangre, a otros órganos o tejidos donde ejerce una acción específica.

**Inducción de la ovulación.** La administración de medicamentos hormonales (fármacos de ovulación) que estimulan a los ovarios a desarrollar folículos y a ovular.

**Infertilidad.** La infertilidad es el resultado de una enfermedad del tracto reproductor masculino o femenino que impide la concepción de un hijo o la posibilidad de llevar un embarazo hasta el momento del parto. Se debe realizar una investigación si luego de mantener relaciones sexuales sin protección durante aproximadamente 12 meses o más no se puede

concebir. Este período de tiempo puede ser menor si la historia clínica, la edad o los hallazgos físicos ordenan una evaluación y un tratamiento más tempranos.

**Monocigótico.** Mono: uno; cigótico: óvulo fecundado. Un óvulo fecundado por un solo espermatozoide que se divide en dos embriones.

**Óvulo.** Las células sexuales femeninas producidas por el ovario, las cuales, cuando son fecundadas por un espermatozoide del hombre, producen embriones.

**Parálisis cerebral.** Un trastorno que causa daño a una o más áreas específicas del cerebro. Por lo general ocurre durante el desarrollo del feto, antes, durante o poco después del nacimiento, o en la infancia. La parálisis cerebral se caracteriza por una incapacidad para controlar completamente la función motora, en particular el control muscular y la coordinación. Otros problemas que pueden surgir están relacionados con dificultades en la alimentación, dificultad para controlar la vejiga y los intestinos, problemas para respirar, trastornos de la piel y problemas de aprendizaje.

**Placenta.** Un órgano vascular en forma de disco unido a la pared del útero y al feto por el cordón umbilical. Proporciona el alimento para el feto y elimina los desechos.

**Preeclampsia.** Un trastorno que se presenta durante el embarazo y afecta tanto a la madre como al feto. La preeclampsia se caracteriza por presión arterial alta, hinchazón y presencia de proteínas en la orina. A este trastorno también se lo conoce como toxemia y puede restringir el flujo de sangre a la placenta.

**Reducción del embarazo multifetal.** También conocida como reducción selectiva. Un procedimiento para reducir el número de fetos en el útero. Como el riesgo de sufrir problemas relacionados con un aborto espontáneo y otros problemas aumenta con el número de fetos presentes, este procedimiento se puede realizar en un intento por prevenir el aborto espontáneo de todo el embarazo o el parto muy prematuro.

**Parto único.** El nacimiento de un solo hijo.

**Saco gestacional (saco amniótico).** El saco lleno de líquido que rodea al embrión que se desarrolla dentro de la cavidad uterina. La ecografía puede detectar el saco en el útero en una etapa muy temprana del embarazo.

**Síndrome de dificultad respiratoria (SDR).** Una enfermedad pulmonar que afecta a los bebés prematuros y causa mayor dificultad para respirar.

**Superovulación.** La administración de medicamentos para la fertilidad en una manera que pretende alcanzar el desarrollo y la ovulación de múltiples folículos ováricos. La superovulación a menudo se combina con la inseminación intrauterina como tratamiento de la infertilidad.

**Sutura.** Un hilo que se utiliza para cerrar una incisión durante la cirugía. Por lo general es absorbible o autodisolvente.

**Tecnología de reproducción asistida (TRA).** Todos los tratamientos que incluyen la manipulación en un laboratorio de óvulos, espermatozoides o embriones. Algunos ejemplos de TRA son la fertilización in vitro (FIV), la transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT), la transferencia de pronúcleos a las trompas (TPT), la transferencia de embriones a las trompas (TET) y la transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT).

**Toxemia.** Ver la definición de Preeclampsia.

**Útero (matriz).** El órgano reproductor femenino ahuecado y muscular ubicado en la pelvis donde el embrión se implanta y crece durante el embarazo. El revestimiento del útero, denominado endometrio, produce el flujo de sangre menstrual mensual cuando no se produce el embarazo.

**Para obtener más información sobre este tema u otros temas sobre salud reproductiva, visite [www.ReproductiveFacts.org](http://www.ReproductiveFacts.org)**



***Díganos su opinión***

***Envíe sus comentarios sobre este folleto por correo electrónico a [asrm@asrm.org](mailto:asrm@asrm.org). En la casilla de asunto, escriba “Atención: Comité de Educación del Paciente”***

# *Notas*





**AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE**  
**1209 MONTGOMERY HIGHWAY**  
**BIRMINGHAM, ALABAMA 35216-2809**  
**(205) 978-5000 \* [ASRM@ASRM.ORG](mailto:ASRM@ASRM.ORG) \* [WWW.ASRM.ORG](http://WWW.ASRM.ORG)**