Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 4(especial8), 9-16, 2026
DOI: https://doi.org/10.62574/97gwb536

Complicaciones obstétricas en el embarazo gemelar según la corionicidad: revisión narrativa

Obstetric complications in twin pregnancy according to chorionicity: a narrative review

Anthony Johao Muñoz-Paredes
ma.anthonyjmp70@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-9708-8090

Kevin Steve Guzmán-Martínez
ma.kevinsgm73@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-8818-8993

Byron Alexis Reyes-Villacreses
ma.byronarv31@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0003-2611-4989

Sylvia del Pilar Núñez-Arroba
ua.docentespna@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0008-3002-5686

RESUMEN

Objetivo: describir las principales complicaciones obstétricas y perinatales del embarazo gemelar, su relación con la corionicidad y las estrategias de manejo respaldadas por la evidencia. **Método:** revisión narrativa de literatura indexada en PubMed y SciELO; se seleccionaron 15 documentos: guías, estudios observacionales, metaanálisis y ensayos clínicos. **Resultados:** la tasa de gemelaridad aumentó de 9 a 12 por 1000 partos desde la década de 1980. La preeclampsia afectó al 8,1 % de los gemelos dicoriónicos y al 6,0 % de los monocoriónicos, frente al 2,3 % de los embarazos únicos. El síndrome de transfusión feto-fetal afectó al 9 % de los embarazos monocoriónicos y fue la principal causa de pérdida fetal. **Conclusión:** la corionicidad, determinada antes de las 14 semanas, define el riesgo y la vigilancia; la fotocoagulación láser, el momento del parto según la corionicidad y la vía vaginal con primer gemelo cefálico cuentan con respaldo de ensayos.
Descriptores: embarazo gemelar; complicaciones del embarazo; transfusión feto-fetal. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To describe the main obstetric and perinatal complications of twin pregnancy, their relationship with chorionicity and the evidence-based management strategies. **Method:** Narrative review of literature indexed in PubMed and SciELO; 15 documents were selected: guidelines, observational studies, meta-analyses and clinical trials. **Results:** The twinning rate rose from 9 to 12 per 1000 deliveries since the 1980s. Pre-eclampsia affected 8.1% of dichorionic and 6.0% of monochorionic twins, compared with 2.3% of singleton pregnancies. Twin-to-twin transfusion syndrome affected 9% of monochorionic pregnancies and was the main cause of fetal loss. **Conclusion:** Chorionicity, determined before 14 weeks, defines risk and surveillance; laser photocoagulation, delivery timing according to chorionicity and vaginal birth with a cephalic first twin are supported by trials.
Descriptors: pregnancy, twin; pregnancy complications; fetofetal transfusion. (Source, DeCS).

Recibido: 02/09/2026. Revisado: 04/09/2026. Aprobado: 04/10/2026. Publicado: 20/10/2026.
Artículo de revisión

INTRODUCCIÓN

El embarazo gemelar es cada vez más frecuente. Monden et al., con datos de 165 países, mostraron que la tasa mundial de gemelaridad aumentó de 9 a 12 por cada 1000 partos desde la década de 1980, mientras que la gemelaridad monocigótica se mantuvo estable en torno a 4 por 1000; en la actualidad nacen alrededor de 1,6 millones de gemelos al año, y uno de cada 42 niños nacidos es gemelo (1). El aumento se atribuye sobre todo a la mayor edad materna en el primer embarazo y a la difusión de las técnicas de reproducción asistida.

Según la revisión de Santana et al., el embarazo gemelar representa entre el 2 % y el 4 % de los nacimientos en el mundo, y en Brasil su prevalencia oscila entre el 0,9 % y el 2,4 % (2). Aunque su proporción es pequeña, concentra una parte importante de la morbilidad materna y perinatal. En la Encuesta Multipaís de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo gemelar duplicó el riesgo de condiciones potencialmente mortales, triplicó el de morbilidad materna extrema y cuadruplicó el de muerte materna en comparación con el embarazo único (3).

La corionicidad, es decir, el número de placentas, es el principal determinante del riesgo en el embarazo gemelar. Los gemelos dicigóticos son siempre dicoriónicos, mientras que los monocigóticos pueden ser dicoriónicos, monocoriónicos biamnióticos o monocoriónicos monoamnióticos según el momento de la división del embrión. Gil Guevara y Gil Mejía señalaron que la ecografía permite establecer la corionicidad y la amnionicidad desde el primer trimestre, y que la ausencia de membrana entre los gemelos, identificable desde las 8 semanas en los monoamnióticos, cambia el manejo clínico (4).

Las guías de la Sociedad Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología (ISUOG) (5) y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (6) han establecido recomendaciones para la vigilancia y el manejo del embarazo gemelar. Sin embargo, en la práctica clínica latinoamericana persisten diferencias en el diagnóstico temprano de la corionicidad y en el seguimiento. Por ello, el objetivo de esta revisión fue describir las principales complicaciones obstétricas y perinatales del embarazo gemelar, su relación con la corionicidad y las estrategias de manejo respaldadas por la evidencia.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO con los términos «twin pregnancy», «chorionicity», «twin-to-twin transfusion syndrome», «selective fetal growth restriction», «pre-eclampsia», «preterm birth», «embarazo gemelar», «corionicidad» y «complicaciones del embarazo», en inglés, español y portugués, sin límite inicial de fecha, dando prioridad a la evidencia de los últimos diez años y a los ensayos clínicos que sustentan las recomendaciones vigentes.

Se incluyeron guías de práctica clínica de sociedades científicas internacionales, estudios de cohorte y transversales con datos de complicaciones en embarazos gemelares, revisiones sistemáticas y metaanálisis, y ensayos clínicos aleatorizados sobre intervenciones en el embarazo gemelar. Se excluyeron las tesis, los trabajos de grado, los capítulos de libro sin revisión por pares, los documentos de repositorios no indexados y los artículos ajenos al tema.

Cada documento se verificó en su fuente original (revista, PubMed o SciELO) antes de su inclusión. De cada estudio se extrajeron el país, el diseño, el tamaño de la muestra, la corionicidad y los principales resultados. Se seleccionaron 15 documentos: dos guías, seis estudios observacionales (dos de ellos basados en la Encuesta Multipaís de la OMS), cinco revisiones o metaanálisis y dos ensayos clínicos aleatorizados. Al tratarse de una revisión narrativa, no se realizó metaanálisis ni evaluación formal del riesgo de sesgo.

RESULTADOS

Morbilidad materna y perinatal

El análisis de la Encuesta Multipaís de la OMS incluyó a 4756 mujeres con embarazo gemelar de 29 países, el 1,5 % de la muestra. La morbilidad materna extrema afectó al 1,5 % de las gestantes de gemelos frente al 0,5 % de las de embarazo único. El 37,1 % de los partos gemelares fue pretérmino, y los resultados perinatales fueron peores para el segundo gemelo: el bajo peso al nacer afectó al 53,2 % de los primeros gemelos y al 61,1 % de los segundos, la muerte fetal al 3,6 % y al 5,7 %, y el ingreso en cuidados intensivos neonatales al 23,6 % y al 29,3 %, respectivamente (7).

Los trastornos hipertensivos son una de las principales complicaciones maternas. Francisco et al. compararon 1789 embarazos dicoriónicos y 430 monocoriónicos con 93 297 embarazos únicos y encontraron preeclampsia en el 8,1 % y el 6,0 % de los gemelares, frente al 2,3 % de los únicos (riesgo relativo de 3,5 y 2,6). El riesgo fue aún mayor para la preeclampsia pretérmino, con una incidencia del 5,5 % y del 5,8 % frente al 0,6 % (riesgo relativo de 8,7 y 9,1). El parto antes de las 37 semanas se produjo en el 46,5 % de los dicoriónicos y en el 91,4 % de los monocoriónicos, frente al 5,5 % de los únicos (8).

Complicaciones según la corionicidad

En Bogotá, Guzmán Yara et al. analizaron 528 ecografías de 141 gestantes con embarazo múltiple: el 68,7 % fue dicoriónico biamniótico, el 27,6 % monocoriónico biamniótico y el 2,1 % monocoriónico monoamniótico. Se hallaron alteraciones fetales en el 35,4 % de los embarazos; la restricción del crecimiento fetal fue la más frecuente (13,4 %), con un 11,3 % en los dicoriónicos y un 16,6 % en los monocoriónicos, y el síndrome de transfusión feto-fetal afectó al 11,9 % de los monocoriónicos. Presentaron alguna complicación el 26,8 % de los dicoriónicos y el 54,7 % de los monocoriónicos, aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística (9).

En la cohorte prospectiva europea de Lewi et al., con 202 embarazos monocoriónicos biamnióticos captados en el primer trimestre, ambos gemelos sobrevivieron en el 85 % de los casos. El síndrome de transfusión feto-fetal se presentó en el 9 % de los embarazos, con una mortalidad del 55 %, y fue la principal causa de pérdida fetal; la discordancia grave del crecimiento sin transfusión feto-fetal afectó al 14 %, y el riesgo de muerte intrauterina después de las 32 semanas fue del 1,2 % (10). En los gemelos dicoriónicos, el metaanálisis de D'Antonio et al., con 13 estudios, mostró que la restricción selectiva del crecimiento fetal elevó la muerte intrauterina del 0,58 % al 2,6 % (OR 5,23) y la morbilidad neonatal compuesta del 13,9 % al 28,2 % (11). La Tabla 1 resume estos estudios.

Tabla 1. *Estudios sobre complicaciones del embarazo gemelar según la corionicidad.*

Estudio	País/ ámbito	Diseño	Muestra	Resultado principal
Santana et al. (7)	29 países (OMS)	Transversal multicéntrico	4756 mujeres con gemelos	Parto pretérmino 37,1 %; peores resultados en el segundo gemelo
Francisco et al. (8)	Reino Unido	Cohorte	1789 DC, 430 MC	Preeclampsia 8,1 % (DC) y 6,0 % (MC) frente a 2,3 % en únicos
Guzmán Yara et al. (9)	Colombia, Bogotá	Retrospectivo	141 gestantes	Restricción del crecimiento 13,4 %; transfusión feto-fetal 11,9 % de MC
Lewi et al. (10)	Europa	Cohorte prospectiva	202 MC biamnióticos	Transfusión feto-fetal 9 %, con mortalidad del 55 %; doble supervivencia 85 %
D'Antonio et al. (11)	Internacional	Metaanálisis (13 estudios)	1339 DC con restricción selectiva	Muerte intrauterina 2,6 % frente a 0,58 % (OR 5,23)

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de los estudios citados. DC: dicoriónico; MC: monocoriónico; OMS: Organización Mundial de la Salud.

Estrategias de manejo

La guía de la ISUOG recomienda determinar la corionicidad antes de las 13 semanas y 6 días, mediante la identificación del signo T o del signo lambda y el recuento de las masas placentarias. En los gemelos dicoriónicos no complicados aconseja una ecografía en el primer trimestre, una ecografía detallada en el segundo y controles aproximadamente cada cuatro semanas; en los monocoriónicos, controles cada dos semanas desde las 16 semanas para detectar a tiempo la transfusión feto-fetal y la secuencia anemia-policitemia. El diagnóstico de transfusión feto-fetal exige un desequilibrio del líquido amniótico, con una columna máxima menor de 2 cm en el donante y mayor de 8 cm en el receptor, y la restricción selectiva del crecimiento se define por un feto con peso estimado por debajo del percentil 10 y una discordancia mayor del 25 % (5).

Para la transfusión feto-fetal, la ISUOG considera la ablación láser el tratamiento de elección a partir del estadio II de Quintero (5). Esta recomendación se apoya en el ensayo de Senat et al., con 142 gestantes, que se detuvo de forma anticipada por el beneficio del

láser: la supervivencia de al menos un gemelo a los seis meses fue del 76 % frente al 51 % con amniorreducción seriada (12).

En la prevención del parto pretérmino, el metaanálisis de datos individuales del grupo EPPPIC no mostró que la progesterona vaginal ni el caproato de 17-hidroxiprogesterona redujeran el parto antes de las 34 semanas en las gestaciones gemelares no seleccionadas (13). En cuanto al momento del parto, el metaanálisis de Cheong-See et al., con 32 estudios y más de 35 000 embarazos, concluyó que el parto debe considerarse a las 37 semanas en los gemelos dicoriónicos y a las 36 semanas en los monocoriónicos; en los dicoriónicos, retrasar el parto hasta las 38 semanas añadió 8,8 muertes perinatales por cada 1000 embarazos (14). Respecto a la vía del parto, el ensayo Twin Birth Study, en gestaciones de 32 a 38 semanas con el primer gemelo en presentación cefálica, no encontró beneficio de la cesárea programada: el resultado principal adverso fetal o neonatal fue del 2,2 % con cesárea y del 1,9 % con parto vaginal planificado, grupo en el que el 43,8 % terminó en cesárea (15). La Tabla 2 resume estas recomendaciones.

Tabla 2. *Recomendaciones de manejo del embarazo gemelar y evidencia que las respalda.*

Aspecto	Recomendación	Evidencia
Corionicidad	Determinarla antes de las 13+6 semanas (signo T o lambda, número de placentas)	Guía ISUOG (5); Gil Guevara y Gil Mejía (4)
Vigilancia	DC: cada 4 semanas tras la ecografía del segundo trimestre; MC: cada 2 semanas desde las 16 semanas	Guía ISUOG (5)
Transfusión feto-fetal	Ablación láser desde el estadio II de Quintero	Ensayo de Senat et al. (12); guía ISUOG (5)
Prevención del parto pretérmino	La progesterona no redujo el parto antes de 34 semanas en gemelos no seleccionados	Metaanálisis EPPPIC (13)
Momento del parto	DC a las 37 semanas; MC a las 36 semanas	Metaanálisis de Cheong-See et al. (14)
Vía del parto	Parto vaginal planificado si el primer gemelo es cefálico (32 a 38 semanas)	Twin Birth Study (15)

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de las fuentes citadas. DC: dicoriónico; MC: monocoriónico.

DISCUSIÓN

La evidencia revisada confirma que el embarazo gemelar es una gestación de alto riesgo, y que su frecuencia creciente (1) lo convierte en un problema de salud pública. El aumento del riesgo materno es considerable: los datos de la OMS muestran mayor morbilidad materna extrema y mortalidad (3,7), y la preeclampsia es entre dos y cuatro veces más frecuente que en el embarazo único, con un riesgo casi nueve veces mayor de preeclampsia pretérmino (8). La alta proporción de partos pretérmino explica gran parte de la morbilidad perinatal, y el peor pronóstico del segundo gemelo (7) subraya la importancia de la atención del parto en centros con capacidad neonatal.

La corionicidad es el eje del manejo. Los embarazos monocoriónicos concentran complicaciones propias, como la transfusión feto-fetal y la discordancia grave del crecimiento, y presentan una mayor proporción de embarazos complicados (9,10). Por ello, el diagnóstico de la corionicidad en el primer trimestre, cuando los signos ecográficos son más fiables (4,5), es la intervención más sencilla y de mayor impacto. En el estudio colombiano, solo el 8,1 % de las ecografías se realizó en el primer trimestre (9), lo que sugiere que en la región el diagnóstico temprano de la corionicidad aún no es sistemático.

Los gemelos dicoriónicos no están libres de riesgo. La restricción selectiva del crecimiento multiplicó por cinco el riesgo de muerte intrauterina en el metaanálisis de D'Antonio et al. (11), lo que justifica la vigilancia ecográfica periódica también en este grupo (5). La definición de restricción selectiva por un feto bajo el percentil 10 con discordancia mayor del 25 % permite identificar a los embarazos que requieren seguimiento más estrecho (5).

En el manejo, la evidencia de mayor calidad respalda la ablación láser en la transfusión feto-fetal (5,12), la programación del parto según la corionicidad (14) y la vía vaginal cuando el primer gemelo está en presentación cefálica (15). En cambio, el uso sistemático de progesterona para prevenir el parto pretérmino en gemelos no seleccionados no está respaldado (13). Estas conclusiones coinciden con las recomendaciones de la FIGO (6), y su aplicación exige equipos con experiencia en medicina materno-fetal y acceso a centros de referencia para la terapia fetal.

Esta revisión tiene limitaciones. Al ser narrativa, la selección no siguió un protocolo sistemático con registro previo ni se evaluó formalmente el riesgo de sesgo. La mayoría de los estudios procede de Europa y de encuestas multinacionales, y la evidencia latinoamericana es escasa y de diseño retrospectivo. Se necesitan cohortes regionales con diagnóstico temprano de la corionicidad y registro sistemático de los resultados maternos y perinatales.

CONCLUSIÓN

El embarazo gemelar es cada vez más frecuente y se asocia con mayor riesgo de preeclampsia, parto pretérmino, morbilidad materna extrema y resultados perinatales adversos, sobre todo para el segundo gemelo. La corionicidad, que debe determinarse por ecografía antes de las 14 semanas, define el riesgo y la frecuencia de la vigilancia: los embarazos monocoriónicos requieren controles cada dos semanas desde las 16 semanas por el riesgo de transfusión feto-fetal, cuyo tratamiento de elección es la ablación láser. El parto debe programarse a las 37 semanas en los dicoriónicos y a las 36 en los monocoriónicos, y la vía vaginal es una opción segura cuando el primer gemelo está en presentación cefálica.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), por el apoyo brindado al desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Monden C, Pison G, Smits J. Twin Peaks: more twinning in humans than ever before. Hum Reprod. 2021;36(6):1666-73.
2. Santana DS, Surita FG, Cecatti JG. Multiple pregnancy: epidemiology and association with maternal and perinatal morbidity. Rev Bras Ginecol Obstet. 2018;40(9):554-62.
3. Santana DS, Cecatti JG, Surita FG, et al. Twin pregnancy and severe maternal outcomes: the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. Obstet Gynecol. 2016;127(4):631-41.
4. Gil Guevara ED, Gil Mejía EG. Diagnóstico ecográfico de la corionicidad y amnionicidad en el embarazo múltiple. Rev Peru Ginecol Obstet. 2015;61(3):263-8.
5. Khalil A, Rodgers M, Baschat A, Bhide A, Gratacos E, Hecher K, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016;47(2):247-63.
6. FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal-Fetal Medicine. Good clinical practice advice: management of twin pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2019;144(3):330-7.
7. Santana DS, Silveira C, Costa ML, Souza RT, Surita FG, Souza JP, et al. Perinatal outcomes in twin pregnancies complicated by maternal morbidity: evidence from the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):449.
8. Francisco C, Wright D, Benkő Z, Syngelaki A, Nicolaides KH. Hidden high rate of pre-eclampsia in twin compared with singleton pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;50(1):88-92.
9. Guzmán Yara YN, Uriel Calvo M, Beltrán SL, Bandera L, de la Hoz-Valle J, Romero XC. Biometry and pathological ultrasound findings in multiple pregnancies. Rev Bras Saude Mater Infant. 2023;23:e20220270.

10. Lewi L, Jani J, Blickstein I, Huber A, Gucciardo L, Van Mieghem T, et al. The outcome of monochorionic diamniotic twin gestations in the era of invasive fetal therapy: a prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(5):514.e1-8.
11. D'Antonio F, Prasad S, Masciullo L, Eltaweel N, Khalil A. Selective fetal growth restriction in dichorionic diamniotic twin pregnancy: systematic review and meta-analysis of pregnancy and perinatal outcomes. Ultrasound Obstet Gynecol. 2024;63(2):164-72.
12. Senat MV, Deprest J, Boulvain M, Paupe A, Winer N, Ville Y. Endoscopic laser surgery versus serial amnioreduction for severe twin-to-twin transfusion syndrome. N Engl J Med. 2004;351(2):136-44.
13. EPPPIC Group. Evaluating Progestogens for Preventing Preterm birth International Collaborative (EPPPIC): meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. Lancet. 2021;397(10280):1183-94.
14. Cheong-See F, Schuit E, Arroyo-Manzano D, Khalil A, Barrett J, Joseph KS, et al. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2016;354:i4353.
15. Barrett JFR, Hannah ME, Hutton EK, Willan AR, Allen AC, Armson BA, et al. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. N Engl J Med. 2013;369(14):1295-305.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/