

Resultados perinatales en gestaciones triples. Estudio de 90 casos

M. Unamuno, M.J. Barbazán, A. Uribarren, J.C. Melchor

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco. Hospital de Cruces. Vizcaya. España.

ABSTRACT

Objectives. To analyze the perinatal results of 90 triplet pregnancies attended in the Hospital de Cruces (Vizcaya) during the last 15 years.

Material and methods. From January 1989 until December 2003 there were a total of 78 566 deliveries, of which 90 were triplets. We make a retrospective study of these pregnancies.

Results. The incidence of triplet pregnancies has increased noticeably in recent years, increasing from 0.5‰ in 1989 to 3‰ in 2002. The main complication of these pregnancies was pre-term labour (45.6%), with an average hospital admission of 12.4 ± 13.9 days (range 1-60 days). Mean gestational age at delivery was 34 ± 2.9 weeks, with a pre-maturity level of 86.6%. The average weight of the newborns was 1795 ± 506 , 1890 ± 513 and 1795 ± 517 grams respectively for the first, second and third fetus. Of the newborns, 6.28% weighed less than 1000 grams. All cases of perinatal mortality (18.5%) were in this group of newborns who weighed less than 1000 grams.

Conclusion. The level of pre-maturity is the main complication to remember when making any prognostic on triplet pregnancies, and is the main influence for perinatal results.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del embarazo múltiple, y especialmente de los embarazos triples, ha experimentado un notable incremento durante los últimos años. Esto no se explica sólo por factores biológicos, tales como la edad y paridad, sino que los avances en el tratamiento de la infertilidad y, sobre todo, los nuevos procedi-

mientos de reproducción asistida han contribuido en gran manera a este espectacular aumento¹.

Las gestaciones múltiples se asocian a una mayor morbilidad tanto materna como perinatal. Aunque los resultados han mejorado debido básicamente a que el control prenatal permite indicar la extracción fetal en mejores condiciones y a los avances en el campo de la perinatología, el riesgo se incrementa conforme aumenta el número de fetos^{2,3}.

La principal causa de morbimortalidad neonatal sigue siendo el parto pretérmino⁴. El mayor riesgo se produce en gestaciones por debajo de las 32 semanas y fetos de menos de 1.500 g⁵.

En este estudio analizamos retrospectivamente nuestra experiencia con los embarazos triples en los últimos 15 años, y los factores más íntimamente relacionados con la morbimortalidad perinatal en este tipo de gestaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos analizado 90 embarazos triples atendidos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Cruces (Vizcaya), entre enero de 1989 y diciembre de 2003, sobre un total de 78.566 partos. Se excluyeron los casos en que se había practicado una reducción embrionaria y aquellos en los que la gestación no llegó a las 24 semanas.

La mayoría de las gestaciones fueron controladas en nuestro propio hospital, aunque, por tratarse de un centro de referencia, un pequeño número de casos se derivaron al alcanzarse la viabilidad fetal o al presentarse alguna complicación.

A pesar del tiempo que abarca el estudio, salvo los cambios realizados en el control ecográfico (más completo y exhaustivo durante los últimos años), el control clínico del embarazo múltiple se ha mantenido de una manera uniforme. Nuestro protocolo de control de los

Aceptado para su publicación el 2 de septiembre de 2004.

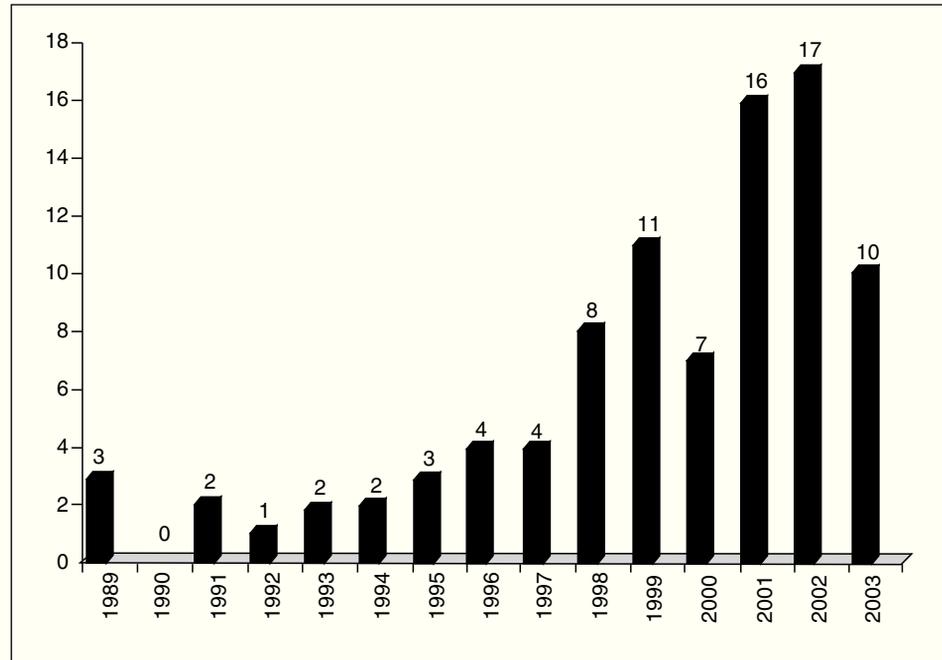


Fig. 1. Número de embarazos triples por año (1989-2003).

embarazos múltiples no contempla ninguna medida profiláctica (reposo en cama, cerclaje...).

Las variables analizadas han sido: edad materna, paridad, tipo de gestación (técnica de reproducción empleada), diagnóstico prenatal y semanas en el momento del parto. Con respecto al recién nacido, se han estudiado el sexo, el peso, el pH de cordón umbilical, el test de Apgar a 1 y 5 min, la necesidad de ingreso en la unidad neonatal, el índice de malformaciones y la mortalidad tanto perinatal como neonatal.

RESULTADOS

De los 15 años del estudio, durante los 7 primeros (1989-1995) tan sólo se atendieron 13 gestaciones triples. Las otras 77 tuvieron lugar durante los últimos 8 años (1996-2003) (fig. 1). Esto supone un aumento en la incidencia de embarazos triples desde un 0,3% hasta el 1,9%. Durante el primer período, el 38,5% de los embarazos fueron espontáneos frente al 15,6% de los últimos 8 años.

La edad media \pm desviación estándar fue de $33 \pm 4,8$ años (rango, 23-55 años) con 29 mujeres por encima de los 35 años. Para 76 mujeres era su primera gestación y 14 eran multíparas.

De las gestaciones, 17 fueron espontáneas (19,1%), mientras que el resto se obtuvo por técnicas de reproducción asistida (80,9%). Las pacientes con gestacio-

TABLA I. Tipo de gestación

	N (%)
Espontánea	17 (19,1)
FIV/ICSI	28 (31,1)
Inseminación	28 (31,1)
Coito dirigido	10 (11,1)
Donación de ovocitos	7 (7,8)

nes espontáneas eran más jóvenes (edad media, $30 \pm 3,3$ años) que el grupo de pacientes con problemas de esterilidad (edad media, $34 \pm 4,8$ años). Entre las técnicas de reproducción asistida, el 31,1% de los embarazos triples proceden de inseminaciones (conyugal o de donante), seguidas por un 31,1% de gestaciones obtenidas por FIVTE/ICSI. El resto de los embarazos se consiguió mediante estimulación de la ovulación y coito dirigido o donación de ovocitos (tabla I).

A 5 pacientes se les realizó una amniocentesis por razones de edad sin presentarse pérdidas fetales ni alteraciones del cariotipo.

La edad gestacional en el momento del parto se presenta en la tabla II. La media de duración de estas gestaciones fue de $34 \pm 2,9$ semanas (rango, 24-39 semanas). El 86,6% de los partos fueron pretérmino y el 4,4% finalizó antes de las 28 semanas.

TABLA II. Semanas de gestación al parto

	N (%)
< 28 semanas	4 (4,4)
28-31 semanas	15 (16,6)
32-34 semanas	33 (36,6)
≥ 35 semanas	38 (42,2)

TABLA III. Variables neonatales

	MEDIA	RANGO
Peso del primer feto	1.795 ± 506	630-2.960
Peso del segundo feto	1.890 ± 513	600-2.770
Peso del tercer feto	1.795 ± 517	660-3.070
Apgar 5 min < 7	11 casos (4,07%)	
pH cordón del primer feto	7,27 ± 0,07	
pH cordón del segundo feto	7,26 ± 0,06	
pH cordón del tercer feto	7,27 ± 0,07	

INGRESO UNIDAD NEONATAL	N (%)
Ninguno	14 (15,7)
Un feto	11 (12,4)
Dos fetos	10 (11,2)
Tres fetos	55 (60,7)

TABLA IV. Peso fetal

	N (%)
< 1.000 g	17 (6,2)
1.000-1.499 g	59 (21,8)
1.500-1.999 g	97 (35,9)
2.000-2.499 g	78 (28,9)
≥ 2.500 g	19 (7,03)

La complicación más frecuente en estos embarazos fue la amenaza de parto pretérmino constatada por criterios clínicos o cardiotocográficos y que requirió el ingreso en 41 pacientes (45,6%), aunque sólo se instauró tocólisis en 36, y fue imposible intentar la frenación por la inminencia del parto en 5 casos. La duración media de la hospitalización fue de 12,43 ± 13,9 días (rango, 1-60 días).

El 28,9% de las pacientes (26 casos) presentaron una rotura prematura de membranas amnióticas.

En todos los casos, excepto en uno en el límite de la viabilidad (24 semanas), el parto fue por cesárea abdominal.

En la tabla III se reflejan algunas de las variables neonatales estudiadas (peso, test de Apgar, pH de cordón e ingreso en la unidad neonatal). Analizados to-

dos los fetos en conjunto, la media de peso fue de 1.782 ± 523 g. El test de Apgar a los 5 min fue < 7 en 11 (4,07%) de los 270 fetos. Casi tres cuartas partes de los recién nacidos (72,59%) tuvieron que ingresar en la unidad neonatal.

De los 270 fetos, 132 fueron varones y 138, mujeres; 12 gestantes tuvieron los 3 fetos de sexo femenino y 10, los 3 fetos de sexo masculino.

La distribución de pesos se expone en la tabla IV. Casi las dos terceras partes de los fetos (64,8%) pesaron entre 1.500 y 2.500 g y un 6,28% pesó menos de 1.000 g.

Entre los 270 recién nacidos se registraron 4 recién nacidos con alguna malformación: un caso de labio leporino acompañado de malformaciones en las falanges de la mano, un caso de pies zambos, un caso de anencefalia en uno de los gemelos y un caso de hemimelia de la extremidad superior derecha.

La mortalidad perinatal fue del 18,5% (3 muertos intraútero y 2 fallecidos durante los 7 primeros días de vida). La mortalidad neonatal fue del 14,8% al fallecer otros 2 neonatos antes de los 28 días de vida. Todos los muertos tras el nacimiento habían pesado menos de 1.000 g. Aunque no se halla reflejado en los índices de mortalidad perinatal y neonatal, conocemos por los informes del Departamento de Pediatría que otros 3 recién nacidos ingresados fallecieron en la unidad neonatal pasados los 28 días de vida, mientras que los restantes 260 fueron dados de alta.

DISCUSIÓN

En los últimos años asistimos a un notable incremento en la incidencia de los embarazos triples⁶. En España faltan datos oficiales sobre los resultados perinatales de las gestaciones multifetales, por lo que se suele hacer referencia a los datos de países que tienen un buen sistema de registro y a la experiencia aportada por diferentes grupos. Las diferencias poblacionales y epidemiológicas pueden influir en algunos resultados, por lo que es importante disponer de series que reflejen los resultados del medio en el que habitualmente trabajamos.

Hasta una cuarta parte del aumento en la incidencia de los embarazos múltiples se debe al aumento de la edad materna, incluso sin la influencia de las técnicas de reproducción⁷. La edad avanzada se asocia a un incremento de las complicaciones obstétricas, aunque recientes estudios en gestantes de más de 50 años no encuentran un aumento significativo⁸.

La complicación más frecuente y que más se relaciona con un resultado perinatal adverso en estas gestaciones es la prematuridad. En términos generales, la

prematuridad se presenta en el 6-10% de todos los nacimientos pero es la causa del 70-85% de morbilidad y mortalidad neonatal⁹. Su incidencia en las gestaciones triples varía según las series entre el 80 y el 90%^{5,10-13}. De todos modos, es importante tener en cuenta la edad gestacional en el momento del parto. Para algunos autores, la prematuridad extrema (< 28 semanas) es la que más influye en los resultados perinatales y su incidencia es muy variable, pues llega en algunas series hasta el 25%^{1,14,15}. Para otros autores, el límite estaría en las 32 semanas, ya que la mayoría de los que nacen antes van a precisar de cuidados intensivos y presentan mayor riesgo de secuelas, tanto a corto como a largo plazo¹⁶. También aquí los resultados publicados varían entre el 29 y el 47%^{1,17-19}. Nuestros resultados se pueden considerar como muy buenos, con tan sólo un 4,4% de recién nacidos de menos de 28 semanas y un 16,6% de menos de 32 semanas de gestación. No obstante, el 87% de prematuridad se sitúa en el rango medio de las tasas publicadas^{5,10-13}.

Se han propuesto distintas medidas para la prevención de la prematuridad en estas gestaciones. Entre ellas destacan la hospitalización prenatal, la monitorización domiciliar de la dinámica uterina o el uso de betamiméticos de manera profiláctica, pero de los estudios y revisiones realizados se deduce que, hasta el momento, ninguna se ha mostrado efectiva para prevenir el parto prematuro en las gestaciones multifetales²⁰⁻²³.

Junto a la edad gestacional, la variable que más afecta al pronóstico y los resultados perinatales es el peso al nacimiento. La incidencia de pesos muy bajos (< 1.000 g) entre los embarazos triples es 10 veces mayor que en la población general²⁴, y no menos del 30-35% pesará menos de 1.500 g^{25,26}. Nosotros encontramos una incidencia de nacidos con un peso menor de 1.000 g del 6,2%, aunque la media del peso es muy similar a la referida por la mayoría de las series²⁷⁻³⁰.

La baja incidencia de recién nacidos con muy bajo peso es una de las razones que hace que en esta revisión encontremos unas tasas de mortalidad perinatal y neonatal excepcionalmente bajas. Las series más amplias encuentran que en los últimos años la tasa de mortalidad perinatal es aproximadamente del 110‰, tres cuartas partes de las cuales son muertes neonatales³¹. En algunas series recientes se citan tasas de mortalidad perinatal de hasta el 260‰³², una disparidad que refleja probablemente la diferencia de poblaciones y medios de los diferentes estudios.

En la morbimortalidad perinatal es determinante la alta incidencia de bajos pesos debidos sobre todo a la

prematuridad, pero también a un crecimiento intrauterino restringido. Dado que el control de bienestar fetal mediante ecografía Doppler es una técnica relativamente reciente y no disponíamos de datos en todas las gestaciones, no analizamos este aspecto, aunque en los últimos 6 años basamos el control y manejo de manera primordial en esta técnica, ya que se demuestra que su uso mejora los resultados al permitir la extracción fetal en mejores condiciones^{2,33}.

El índice de anomalías congénitas mayores es similar al que refieren otros estudios y no es mayor que el de las gestaciones simples^{19,34}. Uno de los fetos en un embarazo triple era anencéfalo y hay comunicaciones que postulan la posible relación de esta malformación con el uso de fármacos inductores de la ovulación^{35,36}. En nuestro caso también se habían empleado estos fármacos. No obstante, probablemente esta relación es más debida al azar que a una acción directa del fármaco.

Las gestaciones triples se asocian a un aumento de la morbilidad materna, y las complicaciones obstétricas más comunes, como la diabetes gestacional, los trastornos hipertensivos del embarazo, el parto pretérmino y el crecimiento fetal restringido, ocurren con más frecuencia en las gestaciones múltiples, aunque su manejo es el mismo que en el caso de las simples³⁷. Al margen de la amenaza de parto pretérmino, que es la complicación más citada en todos los estudios, la complicación médica más frecuente son los trastornos hipertensivos del embarazo, con una incidencia que varía entre el 10 y el 66%^{28,38-40}.

Respecto a la influencia de la edad y paridad maternas, aunque nosotros no encontramos diferencias en cuanto a la duración de la gestación ni a los resultados perinatales, hay estudios, algunos con un número de casos similar al nuestro, en que las nulíparas tienen una menor duración del embarazo, con la consiguiente influencia en la morbilidad perinatal^{11,16}.

En definitiva, las gestaciones triples conllevan una morbimortalidad materno-fetal más elevada que en las gestaciones simples, por lo que requieren un mayor control gestacional y un mayor consumo de recursos, económicos y sociales. Deberían evitarse en la medida de lo posible y a eso tienden los nuevos protocolos de medicina reproductiva, cuyo final sería conseguir una gestación única y el nacimiento de un recién nacido sano¹⁸. Mientras la moderna neonatología puede salvar la vida de niños de muy bajo peso y grandes prematuros, no hay medidas seguras para prevenir, en una significativa proporción de esos niños, una potencial morbilidad neurológica. Aunque las tasas de morbimortalidad perinatal en nuestro estudio sean esperanzadoramente bajas, sabemos que

no se debe perder de vista la morbilidad a medio y largo plazo, inevitablemente asociada a la prematuridad, por lo que las referencias pronósticas que se den a las parejas que lo demanden deben basarse en ambos datos, no siempre fácilmente cuantificables.

RESUMEN

Objetivos. Analizar los resultados perinatales de los 90 embarazos triples atendidos durante los últimos 15 años en el Hospital de Cruces (Vizcaya).

Material y métodos. Desde enero de 1989 hasta diciembre de 2003 se ha atendido un total de 78.566 partos. De ellos, 90 fueron partos triples. Estudiamos de forma retrospectiva los resultados perinatales de estos embarazos.

Resultados. La incidencia de embarazos triples se ha incrementado notablemente en los últimos años, que pasó del 0,5%, en 1989, al 3%, en 2002. La principal complicación de estas gestaciones fue la amenaza de parto pretérmino (45,6%), con un tiempo medio de hospitalización por este proceso de $12,4 \pm 13,9$ días (rango, 1-60 días). La edad media en el momento del parto fue de $34 \pm 2,9$ semanas, con una tasa de prematuridad del 86,6%. El peso medio de los recién nacidos fue de 1.795 ± 506 , 1.890 ± 513 y 1.795 ± 517 g, respectivamente, para el primero, segundo y tercer feto. El 6,28% de los recién nacidos nació con un peso inferior a 1.000 g. Todos los casos de mortalidad perinatal (18,5%) se centraron en este grupo de recién nacidos de peso < 1.000 g.

Conclusión. La tasa de prematuridad es la principal complicación a tener en cuenta a la hora de dar un pronóstico a los embarazos triples y la que más condiciona los resultados perinatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith-Levitin M, Kowalik A, Birnholz J, Skupski D, Hutson JM, Chevernak F, et al. Selective reduction of multifetal pregnancies to twin improves outcome over nonreduced triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:878-82.
2. Skrablin S, Kuvacic I, Kalafatic D, Peter B, Gveric-Ahmetasevic S, Leticia-Protega N, et al. Perinatal care improves the outcome of triplets. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;104:26-31.
3. Byrne BM, Rasmussen MJ, Stronge MJ. A review of triplet pregnancy. *Ir Med J.* 1993;86:55-7.
4. Sullivan S, Newman R. Prediction and prevention of preterm delivery in multiple gestations. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47:203-15.
5. Blondel B, Kogan M, Alexander G, Dattani N, Kramer M, Macfarlane A, et al. The impact of the increasing number of

multiple births on the rates of preterm birth and low birth-weight: an international study. *Am J Public Health.* 2002; 92:1323-30.

6. Luke B, Martin J. The rise in multiple births in the United States: who, what, when, where and why. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47:118-33.
7. Lynch A, McDuffie R, Murphy J. Assisted reproductive interventions and multiple birth. *Obstet Gynecol.* 2001; 97:195-200.
8. Paulson R, Boosstanfar R, Saadat P. Pregnancy in the sixth decade of life: obstetric outcomes in women of advanced reproductive age. *JAMA.* 2002;288:2320-3.
9. Hill W. Treatment of preterm labor in multiple gestations. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;57:216-26.
10. Ziadeh SM. The outcome of triplet versus twin pregnancies. *Gynecol Obstet Invest.* 2000;50:96-9.
11. Crowther CA, Hamilton RA. Triplet pregnancy: a 10-year review of 105 cases at Harare Maternity Hospital. *Act Gen Med.* 1989;38:271-8.
12. Szymanski W, Skubkicky S, Fagas B, Marzec-Ostrowska J. Multiple pregnancy as a cause of premature delivery. *Ginek Pol.* 2000;71:1464-8.
13. Charasson T, Pessonier A, Lenoir S, Ayoubi J, Fournie A. Obstetrical management of triplets. A series of forty five cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1996;25:737-45.
14. Yaron Y, Bryant-Greenwood P, Dave N, Moldenhauer J, Kramer R, Johnson M, et al. Multifetal pregnancy reductions of triplets to twins: comparison with nonreduced triplets and twins. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:1268-71.
15. Devine P, Malone F, Athanassiou A, Harvey-Wilkes K, D'Alton M. Maternal and neonatal outcome of 100 consecutive triplet. *Am J Perinatol.* 2001;18:225-35.
16. Luke B, Nugent C, Van de Ven C, Martin D, O'Sullivan MJ, Eardley S, et al. The association between maternal factors and perinatal outcome in triplet pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:752-7.
17. Poggi S, Ghidini A, Landy H, Álvarez M, Pezzullo JC, Collea JV. Predictive value of transvaginal cervical length in triplet pregnancies for spontaneous preterm delivery at < or = 32 weeks. *J Mat Fet Neon Med.* 2002;12:46-9.
18. Templeton A. The multiple gestation epidemic: the role of assisted reproductive technologies. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:894-8.
19. Kaufman G, Malone F, Harvey-Wilkes K, Chelmow D, Penzias A, D'Alton M. Neonatal morbidity and mortality associated with triplet pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1998; 91:342-8.
20. Owen D, Wood L, Neilson J. Antenatal care for women with multiple pregnancies: the Liverpool approach. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47:263-71.
21. Crowther CA. Hospitalization and bed rest for multiple pregnancy. *Cochrane Database Sys Rev (1):CD000110,* 2001.
22. Adams D, Sholl J, Haney E, Russell T, Silver R. Perinatal outcome associated with outpatient management of triplet pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178:843-7.
23. Colton T, Kayne HL, Zhang Y, Heeren T. A meta-analysis of home uterine activity monitoring. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173:1499-505.
24. Vohr BR, Wrigth LL, Dusick AM, Mele L, Verter J, Steichen JJ. Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. *Pediatrics.* 2000;105:1216-26.
25. Alexander GR, Kogan M, Martin J, Papiernik E. What are the fetal growth patterns of singletons, twins and triplets in the United States? *Clin Obstet Gynecol.* 1998;41:114-25.

- | | |
|--|--|
| <p>26. Martin J, Hamilton B. Births: final data for 2001. National Vital Statistics Report. 2002;51:10-5.</p> <p>27. Ho ML, Chen JY, Ling UP, Chen JH, Huang CM, Chang CC, et al. Changing epidemiology of triplet pregnancy: etiology and outcome over twelve years. <i>Am J Perinatol.</i> 1996; 13:269-75.</p> <p>28. Chelmow D, Penzias A, Kaufman G, Cetrulo C. Obstetrics: cost of triplet pregnancy. <i>Am J Obstet Gynecol.</i> 1995; 172:677-82.</p> <p>29. Pons JC, Charlemaïne C, Dubreuil E, Papiernik E, Frydman R. Management and outcome of triplet pregnancy. <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.</i> 1998;76:131-9.</p> <p>30. Dafallah SE, Yousif EM. A comparative study of twin and triplet pregnancy. <i>Saudi Med J.</i> 2004;25:502-6.</p> <p>31. Blickstein I, Louis K. Outcome of triplets and high-order multiple pregnancies. <i>Curr Opin Obstet Gynecol.</i> 2003; 15:113-7.</p> <p>32. Ziadeh SM. Perinatal outcome in 41 sets of triplets in Jordan. <i>Birth.</i> 2000;27:185-8.</p> <p>33. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane review). En: <i>The Cochrane Library.</i> 2003 Issue 4. Chichester: John Wiley.</p> <p>34. Ballabh P, Kumari J, Alkouatly HB, Yih M, Arevalo R, Rosenwaks Krauss AN. Neonatal outcome of triplet <i>versus</i></p> | <p>twin and singleton pregnancies: a matched case control study. <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.</i> 2003;107:28-36.</p> <p>35. Greenberg M, Krim EY, Mastrota VF, Rosenfeld DL, Goldman M, Fenton AN. Discordant anencephalus in a Pergonal-induced triplet pregnancy. <i>J Reprod Med.</i> 1981;26: 593-4.</p> <p>36. Reijal AR, Abu-Osba YK. Discordant anencephaly with a cleft lip and palate in a Pergonal-induced triplet pregnancy. <i>J Perin Med.</i> 1992;20:241-4.</p> <p>37. Graham G, Simpson L. Diagnosis and management of obstetrical complications unique to multiple gestations. <i>Clin Obstet Gynecol.</i> 2004;47:163-80.</p> <p>38. Malone F, Kaufman G, Chelmow D, Athanassiou A, Nores JA, D'Alton ME. Maternal morbidity associated with triplet pregnancy. <i>Am J Perinatol.</i> 1998;15:73-7.</p> <p>39. Grobman WA, Peaceman AM, Haney EI, Silver RK, MacGregor DO. Neonatal outcomes in triplet gestations after a trial of labor. <i>Am J Obstet Gynecol.</i> 1998;179:942-5.</p> <p>40. Hardardottir H, Kelly K, Bork M. Atypical presentation of preeclampsia in high-order multifetal gestations. <i>Obstet Gynecol.</i> 1996;87:370-4.</p> <p>41. Devine P, Malone F. Maternal complications associated with multiple pregnancy. <i>Clin Obstet Gynecol.</i> 2004;47: 227-36.</p> |
|--|--|