

Consulta de control del embarazo

En cada consulta es aconsejable plantear todas las preguntas y comunicar los temores, aunque se pueda pensar que son irracionales, o que van a parecer ridículos o irrisorios.

- ✓ Durante el embarazo siempre se debe consultar inmediatamente con el médico ante:
 - Vómitos repetidos o intensos.
 - Desmayos o mareos.
 - Aumento súbito de peso, con hinchazón general.
 - Orina escasa o molestias al orinar.
 - Dolor abdominal.
 - Dolor de cabeza intenso o permanente.
 - Secreción acuosa vaginal.
 - Hemorragia vaginal.
 - Fiebre.
 - Erupción generalizada.

En la primera visita el ginecólogo, al que idealmente ya se habrá acudido para la *consulta preconcepcional*, se completa la historia clínica y realiza una exploración física completa. Esta primera visita de control se realiza normalmente entre la séptima y la 10ª semana del embarazo y sirve para:

- Confirmar el diagnóstico de embarazo.
- Descubrir antecedentes que pueden actuar sobre el embarazo actual.
- Descartar precozmente la posibilidad de complicaciones (amenaza de aborto, embarazo ectópico, etc.).
- Indicar las primeras normas higiénicas.
- Aun cuando el ritmo de las visitas depende de cada caso, en general el control clínico se realizará con la siguiente frecuencia:

Hasta las 32 semanas: mensual.

De las 32 a las 38 semanas: quincenal.

A partir de las 38 semanas: semanal.

A través de estas visitas se podrá:

Efectuar una prevención correcta de las complicaciones.

Dictar consejos adecuados a cada mujer.

Controlar el estado del feto.

En el curso de cada consulta, además seguir el estado de salud de la embarazada y revisar su estado general, se efectúan los siguientes exámenes:

Examen obstétrico para determinar el crecimiento, posición y condiciones del feto.

Peso y tensión arterial.

Estudio de una muestra de orina para investigar la presencia de proteinuria (albúmina), glucosuria (azúcar), acetonuria (acetona) o hematuria (sangre) en orina.

En función de los resultados de todos estos exámenes, se actúa en consecuencia:

Informando a la embarazada del curso de su embarazo.

Dando las oportunas instrucciones dietéticas o higiénicas.

Solicitando las exploraciones que crea oportuno.

Recetando, si es necesario, la medicación precisa.

También según el momento de la gestación, y en función de las características de cada embarazo, se realizan una serie de pruebas complementarias que fundamentalmente son:

- Análisis de sangre.
- Ecografía obstétrica.
- Ecocardiografía.
- Pruebas de diagnóstico prenatal.
- Controles en el primer trimestre

Básicamente las pruebas que se realizan durante el primer trimestre de la gestación son:

- Ecografía de primer trimestre.
- Analítica del primer trimestre.
- Test EBA.

La *primera ecografía* se realiza hacia la segunda falta menstrual (8 a 10 semanas). En estas primeras semanas suele efectuarse el estudio ecográfico por vía transvaginal, lo que mejora significativamente la resolución y calidad de las imágenes ecográficas obtenidas.

Durante las primeras semanas de embarazo la ecografía permite:

- Asegurar el diagnóstico de gestación.
- Averiguar si la gestación es evolutiva.
- Precisar la localización intrauterina correcta de la gestación.
- Calcular las semanas de gestación (si se corresponden con la fecha de la última menstruación).
- Conocer el número de embriones viables.

- Averiguar si existe alguna patología ginecológica asociada (quistes ováricos, miomas, etc.).

También se solicita un análisis básico de sangre que incluye la determinación del estado inmunológico de todas aquellas infecciones que pueden transmitirse al feto a través de la placenta, así como un análisis de orina. En esta primera analítica del embarazo se suelen realizar las siguientes determinaciones:

Grupo sanguíneo y factor Rh:

Interesa para conocer si se es Rh – (negativo) y en tal caso poder prevenir los problemas de incompatibilidad, así como para posibles transfusiones, etc. Si se conoce ya, por haberse realizado con anterioridad en un laboratorio de garantía, puede omitirse.

Hemograma y plaquetas:

Permite valorar si se padece anemia, y en su caso de qué tipo, así como conocer si el número y morfología de los glóbulos blancos y plaquetas es normal, con el fin de descartar procesos infecciosos, inmunológicos o incluso hematológicos.

Pruebas de coagulación:

La coagulación de la sangre es un proceso complejo y para explorarlo hay que hacer una “batería de pruebas” que permiten descartar cualquier anomalía en alguna de las etapas del proceso. Con ello se pretende conocer si hay algún trastorno de la coagulación que podría producir hemorragias en el momento del parto o incluso durante el embarazo.

Glucemia:

Es la valoración del nivel de glucosa (azúcar) en la sangre. Una persona puede ser diabética sin presentar síntomas durante años. Durante el embarazo puede potenciarse la posible aparición de una diabetes, que suele revertir después del embarazo.

Serología luética:

Normalmente se hace una sola prueba llamada RPR o VDRL que descarta la presencia de anticuerpos de la sífilis. En caso positivo tendrá que verificarse el resultado con otras pruebas y de confirmarse, la mujer debe tratarse, pues la enfermedad puede afectar gravemente al niño.

Serología de la toxoplasmosis:

La toxoplasmosis es una infección parasitaria que el 85% de las personas adultas han padecido la mayoría de las veces de forma inadvertida. Si se padece la enfermedad por primera vez estando embarazada, se puede afectar gravemente el feto o puede producirse un aborto espontáneo. Con los análisis sabremos si se ha

infectado recientemente (anticuerpos IgM positivos) y en tal caso tendría que medicarse enseguida, o bien la ha padecido hace un cierto tiempo (anticuerpos IgG altos e IgM negativos), en cuyo caso no hay peligro para el feto pues la enfermedad ya ha pasado. En caso de duda puede que el médico solicite otros análisis: IgA, test de avidez, etc. Si resulta que no está inmunizada, es decir, no ha pasado la enfermedad y por tanto no tiene defensas frente a ella (anticuerpos IgG negativos), el médico le recomendará unas medidas profilácticas para minimizar el riesgo de infectarse durante el embarazo.

Serología de la rubéola:

La rubéola es una enfermedad vírica que se padece en general en la infancia y frente a la que hoy en día la mayoría de las mujeres han sido vacunadas. Si se adquiere durante el embarazo (contagio por otro hijo, etc.) puede producir graves lesiones al feto. Dado que la vacuna de la rubéola no puede administrarse durante el embarazo, a las mujeres que no tengan anticuerpos frente a la enfermedad se les recomienda evitar cualquier situación de riesgo y vacunarse una vez terminado el embarazo.

VIH:

Es posible que el médico solicite el permiso de la gestante para efectuarle una prueba de VIH (SIDA) aunque no tenga ningún factor de riesgo. Ello facilita enormemente el control epidemiológico de la enfermedad, además el diagnóstico precoz permite reducir drásticamente el riesgo de transmisión materno-fetal de la enfermedad mediante la administración de los tratamientos adecuados alrededor de la fecha probable del parto.

Sedimento y cultivo de orina:

Es el análisis de una muestra de orina. Sirve para descartar cualquier posible infección de vías urinarias, problema frecuente y que se acentúa en el embarazo.

Se conoce como Screening ecográfico-bioquímico de aneuploidías (Test EBA) a la determinación del índice de riesgo del síndrome de Down, mediante la combinación de:

- Una ecografía transvaginal de alta resolución.
- Un estudio bioquímico en sangre materna (alfa-fetoproteína y beta-hCG).

Debe tenerse en cuenta que el resultado de esta prueba no permite establecer un diagnóstico, sino que solamente aporta un índice de riesgo de cromosopatía válido únicamente para aquel embarazo en concreto, en función del cual se valorará la conveniencia o no, de realizar otra prueba con valor diagnóstico, que en general será una amniocentesis o una biopsia de corion para la obtención del cariotipo fetal.

Por tanto está indicada únicamente en las embarazadas que no pertenecen a un grupo de alto riesgo de cromosopatía, en cuyo caso se recomendaría la realización de una técnica invasiva para la obtención del cariotipo fetal.

Controles en el segundo trimestre

Básicamente las pruebas que se realizan durante el segundo trimestre de la gestación son:

- Analítica del segundo trimestre.
- Ecografía del segundo trimestre.

En la analítica del segundo trimestre se suelen realizar las siguientes determinaciones:

Hemograma:

En esta analítica se controla de nuevo el número de glóbulos rojos y los valores de hemoglobina y hematocrito con el fin de controlar el grado de anemia que de forma fisiológica se produce en el embarazo, pero que de ser más acentuada de lo normal deberá medicarse (vitaminas, hierro, etc.), pues podría afectar al normal suministro de oxígeno al feto.

Test de O'Sullivan:

Consiste en la administración de una solución de 50 g de glucosa y la determinación de la glucemia al cabo de 60 minutos. No es necesario estar en ayunas. Esta prueba se realiza para descartar la posibilidad de una diabetes gestacional. En caso de sobrepasar el resultado los 140 mg/dl, el médico solicitará una curva de glucemia.

Serología de toxoplasmosis:

Si en la analítica de primer trimestre se constató la ausencia de anticuerpos frente a esta enfermedad se vuelve a repetir la determinación para descartar la posibilidad de haber contraído la enfermedad durante el embarazo.

Test de Coombs indirecto:

Esta prueba se solicita a todas las mujeres de cualquier grupo sanguíneo y factor Rh con el objetivo de detectar la presencia de anticuerpos grupales (ABO) anti-D y no-A no-B y no-anti-D. Si se detectan, debe continuarse su investigación y control.

Sedimento de orina:

También se repetirá, en algunos casos, el sedimento de orina para descartar cualquier infección urinaria.

La **ecografía del segundo trimestre** se realiza sistemáticamente a todas las gestantes entre las 20-22 semanas de gestación y su objetivo principal es identificar las malformaciones fetales detectables ecográficamente. Se lleva a cabo en estas semanas de gestación porque el feto ya tiene un tamaño suficiente para poder ver sus órganos y porque, en el caso de diagnosticar una malformación muy grave, la gestante puede optar por una interrupción legal de la gestación, que es posible hacer antes de las 22 semanas.

- Esta ecografía nos permite controlar:
- Medición de las estructuras fetales (biometría fetal).
- Malformaciones (prácticamente el 70% de las diagnosticables por ecografía).
- Sexo fetal.
- Localización placentaria.
- Valoración del volumen de líquido amniótico.
- Movimientos fetales.
- Doppler en arterias uterinas (incremento de riesgo para enfermedad hipertensiva de la gestación y crecimiento intrauterino restringido).
- Valoración de la longitud cervical (incremento de riesgo para parto pretérmino).

En esta exploración se hace un estudio minucioso de la anatomía fetal tanto externa como interna, y es recomendable que se efectúe por especialistas dedicados exclusivamente al diagnóstico prenatal ecográfico, con equipos de ecografía dotados de los últimos avances técnicos y en un centro de diagnóstico prenatal con posibilidad de practicar técnicas invasivas fetales.

A pesar de tener en cuenta todas estas premisas, hay una serie de circunstancias (obesidad, poco líquido amniótico, posición fetal, etc.) que pueden impedir detectar alguna malformación. Además, debe tenerse en cuenta que algunas malformaciones no son detectables en estas semanas de gestación o se producen en etapas más tardías.

Controles en el tercer trimestre

Básicamente las pruebas que se realizan durante el tercer trimestre de la gestación son:

- Analítica del tercer trimestre.
- Control de la condición fetal.
- Electrocardiograma (ECG).

La analítica del tercer trimestre se solicita de cara al parto y la anestesia obstétrica. se suelen realizar las siguientes determinaciones:

Hemograma:

Para valorar la presencia y grado de anemia.

Pruebas de coagulación:

En caso de estar alteradas pueden condicionar la imposibilidad de aplicar técnicas de anestesia regional (epidural) y un mayor riesgo de hemorragia en el momento del parto.

Sedimento de orina:

Para descartar cualquier infección urinaria.

Para el control de la condición fetal se utilizan los siguientes procedimientos:

- Ecografía de tercer trimestre:
- Se evalúa la salud general del bebé.
- Se controla el crecimiento del feto.
- Se verifica la cantidad de líquido amniótico.
- Se determina la posición del feto.
- Se evalúa la placenta.
- Estimulación vibroacústica fetal (EVA).
- Estimulación vibroacústica fetal (EVA):
- Es una prueba de bienestar fetal que valora las modificaciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) tras la estimulación fetal mediante una laringe artificial.

Fluxometría Doppler:

Permite la evaluación del flujo hemático que tiene lugar en un vaso determinado, mediante el Doppler pulsado. Habitualmente por este procedimiento es posible adelantarse en 2-3 semanas a los signos de peligro proporcionados por otras exploraciones. Este examen es absolutamente indoloro e inofensivo, ya que se efectúa mediante una variante de la técnica ecográfica.

Cardiotocografía o prueba de "las correas":

El registro continuo mediante cardiotocografía (CTG) electrónica de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y de la actividad uterina (contracciones y movimientos fetales), nos proporciona información sobre la llamada Reserva Respiratoria Fetal (RRF), es decir, la capacidad placentaria para el transporte de oxígeno desde la madre al niño, y el estado de los mecanismos de defensa del feto frente al "estrés". Es un método diagnóstico simple, inofensivo y nada molesto.

Además, en algunos casos, dependiendo de las condiciones clínicas que se den en cada uno de los mismos, se podrán realizar otras pruebas complementarias como:

Amnioscopia:

Consiste en la observación del líquido amniótico, es decir, de las aguas que rodean al niño, por medio de un dispositivo óptico llamado amnioscopio. Suele realizarse cuando el embarazo ha llegado a término y se desea confirmar que su prolongación no es peligrosa para el feto.

Amniocentesis tardía:

Consiste en la extracción de una muestra de líquido amniótico (líquido contenido en la bolsa de las aguas en el que flota el feto) mediante la punción, con una aguja muy fina, de la pared abdominal de la madre. Esta técnica se practica en aquellos casos en que las otras pruebas sobre el control del bienestar fetal sean dudosas o no pueda efectuarse una amnioscopia.

Evaluación pélvica:

Al final del embarazo es importante confirmar que el cinturón óseo materno, a través del cual tiene que avanzar el feto durante el parto (pelvis) es de unas dimensiones adecuadas, especialmente si se trata de una mujer que va a dar a luz por primera vez.