

1 Visita prenatal y embarazo de riesgo

LA VISITA PRENATAL

La primera visita

La primera visita de gestación debe realizarse en el momento en que la mujer crea que está embarazada. Debe ser lo más precoz posible. En ella, la enfermera va a confeccionar la historia clínica a través de la entrevista.

Anamnesis

- Datos personales.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes obstétricos.
- Antecedentes ginecológicos.
- Gestación actual.

Se preguntará la fecha de la última regla normal (FUR) y sus características. También se preguntará en qué fecha se hizo la prueba del embarazo y cuáles son los signos de embarazo.

Para calcular la fecha probable del parto (FPP), que es la semana 40 de embarazo, se puede utilizar la regla de Nägele: consiste en descontar tres meses del primer día de la última regla y añadir siete días y un año completo.

Ejemplo: la FPP de una mujer cuya FUR es el 10 de julio de 2008, siguiendo la regla de Nägele (a la fecha de la última regla se le suma un año y siete días, y se le restan tres meses), será el 17 de abril de 2009.

Exploración física general

- Peso, talla.
- Tensión arterial.
- Extremidades inferiores.
- Inspección de la piel.

Exploración obstétrica (EIR 06-07, 76)

Altura del fundus uterino

La altura del fondo uterino es la medida que da información del tiempo de gestación y del desarrollo del embarazo (Ver Tabla 1).

La altura del fundus uterino es la distancia que hay desde la sínfisis del pubis hasta el fondo del útero; se expresa en centímetros. Se realiza en cada consulta y se va anotando (Ver Imagen 1).

Valoración de la estática fetal con las maniobras de Leopold

En el control de la gestación en las últimas 10 semanas y al comienzo del parto se valora la estática fetal buscando cuál es la situación, la posición, la presentación y la actitud del feto dentro del útero materno.

- La situación es la relación del eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre.

- La posición es la relación del dorso fetal en relación con la pared uterina (dorso izquierdo, derecho, anterior).
- La presentación es la parte del feto que está más cerca del estrecho superior de la pelvis.
- La actitud es la relación que guardan entre sí las diferentes partes fetales: cabeza, tronco y extremidades.

Para poder conocer cada uno de estos aspectos, se utilizan las maniobras de Leopold, que se reflejan en la Imagen 2 (A, B, C y D).

Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal

Un control esencial para determinar el estado fetal es la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (FCF). Ésta podrá percibirse a partir de la semana 14

Tabla 1. Relación entre las semanas de gestación y la altura uterina

Semanas de gestación	Altura uterina
16	14 cm
20	17 cm
24	21 cm
28	24 cm
32	28 cm
36	31 cm

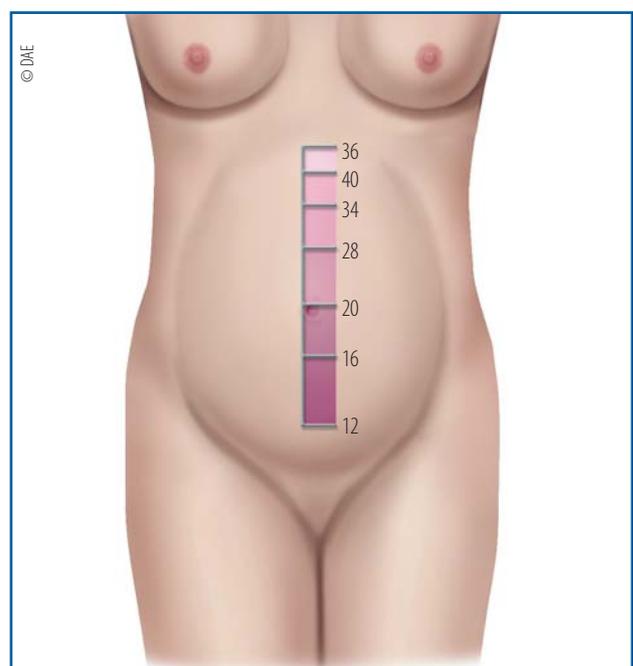


Imagen 1. Altura uterina de las diferentes semanas de gestación

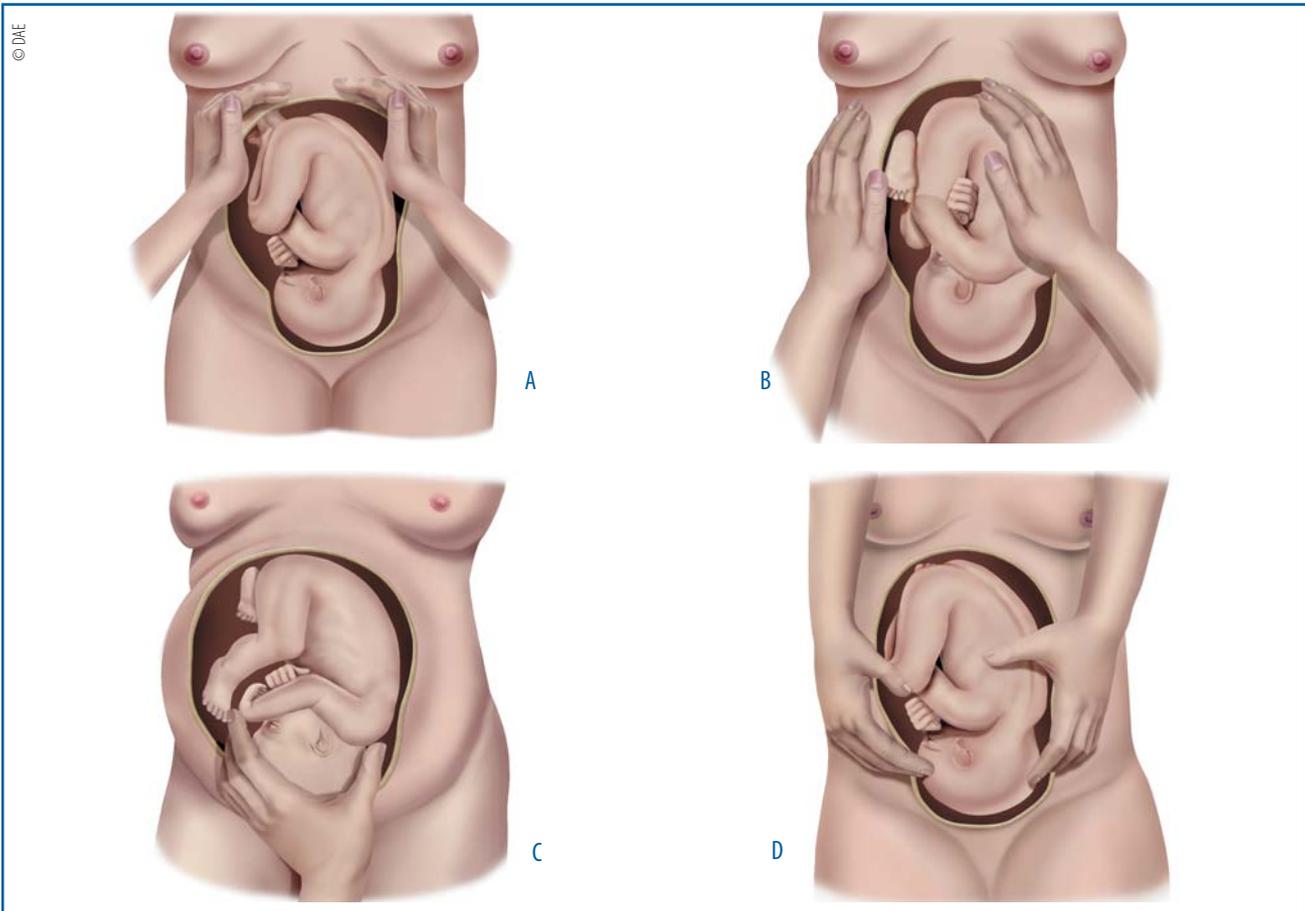


Imagen 2. Maniobras de Leopold. Primera maniobra (A), segunda maniobra (B), tercera maniobra (C) y cuarta maniobra (D)

con los aparatos de ultrasonido, y a partir de la semana 18 si se utiliza el estetoscopio de Pinard.

El ritmo de los latidos fetales se considera normal entre los 120 y los 160 latidos/minuto; si la frecuencia es inferior a 100 latidos/minuto, se considera bradicardia, y si es superior a 160 latidos/minuto, taquicardia.

Valoración del riesgo

Tras efectuar la primera visita –anamnesis y exploración–, se evalúa el grado de riesgo de la gestación. Actualmente se clasifica en bajo, medio, alto y muy alto.

En cada visita se debe volver a evaluar el nivel de riesgo, ya que ello va a condicionar, en determinados casos, un control más exhaustivo de la gestación y otro nivel de asistencia.

Cartilla maternal

Es un documento que debe tener la embarazada y donde se refleja toda la información recogida en la anamnesis y en la exploración.

Periodicidad de las visitas en una gestación normal

- La primera visita debería realizarse antes de la semana 12 de embarazo.
- Desde el inicio hasta la semana 36, cada cuatro semanas.
- Desde la semana 37 a la 41, cada dos semanas.
- Desde la semana 41 a la 42, visita cada 48 horas.
- Semana 42, ingreso para inducción del parto.

Educación sanitaria

Actualmente, se valora la educación sanitaria como una herramienta para la promoción de hábitos saludables (Ver Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Promoción de hábitos saludables

- Evitar las situaciones con riesgo de infección de enfermedades transmisibles al feto
- Alimentación equilibrada y aumento adecuado de peso
- Higiene general y bucal. Uso de ropa y calzado adecuados
- Actividad sexual
- Abstención de tóxicos como el tabaco, el alcohol y otras drogas
- Evitar medicamentos y agentes teratógenos

Tabla 3. Educación sanitaria

Primer trimestre

- Uso de la cartilla maternal
- Periodicidad de las visitas e importancia de seguir los controles
- Pruebas complementarias, análisis y ecografías
- Motivos de alarma durante la gestación y centros a donde se debe acudir
- Diagnóstico prenatal
- Cambios físicos y psicológicos
- Cuidados ante las molestias del embarazo
- Charla educativa del primer trimestre

Segundo trimestre

- Motivos de alarma durante el embarazo
- Consejos de higiene postural en las actividades cotidianas
- Necesidad de reposo y de actividad física de forma regular
- Viajes
- Cursos de educación maternal

Tabla 3. Educación sanitaria (continuación)

Tercer trimestre
Pruebas complementarias del tercer trimestre
Signos de parto y centro al que acudir
Lactancia materna
Equipaje necesario para acudir al hospital (ropa, etc.)

Exploraciones complementarias

Analíticas en el embarazo (Ver Tabla 4)

Control ecográfico de la gestación

Tabla del control ecográfico en una gestación normal

Se recomienda realizar tres ecografías en el control de la gestación de curso normal, una en cada trimestre (Ver Tabla 5).

Amniocentesis

Consiste en extraer una muestra de líquido amniótico mediante una punción en el abdomen y con control ecográfico para no lesionar el feto ni la placenta.

La amniocentesis precoz se realiza entre las semanas 14 y 17 para obtener células fetales con las que hacer un cultivo para estudiar el cariotipo fetal y diagnosticar alteraciones congénitas.

Cardiotocografía (TNS, test no estresante)

Se hace a partir de la semana 28 de gestación y aporta información sobre el bienestar del feto.

Amnioscopia

Se puede realizar al final del embarazo si el cuello uterino esta dilatado y

Tabla 4. Resumen de las analíticas del embarazo

Primer trimestre
VSG
Hemograma
Grupo ABO y Rh
Glucosa
Anticuerpos reactivos a la cardioplipina
Anticuerpos contra <i>Toxoplasma gondii</i>
Anticuerpos contra el virus de la rubeola
Cultivo de orina
VIH (con consentimiento informado)
Alfa-fetoproteína
Beta HCG (14-17 semanas)
+ Test de O'Sullivan (si factores de riesgo)
+ Test de Coombs indirecto si es Rh (-)
Segundo trimestre (24-28 semanas)
Test de O'Sullivan
Hemograma
Sedimento y cultivo de orina
+ Test de Coombs indirecto si es Rh (-)
Tercer trimestre (34-36 semanas)
Hemograma
Pruebas de coagulación
Antígeno de superficie de la hepatitis B
Cultivo de orina
+ Test de Coombs indirecto si es Rh (-)
+ Test de O'Sullivan
Estudio <i>Streptococcus agalactiae</i> (cultivo vaginal y rectal)

permite la introducción del amnioscopio. Con este instrumento, se podrá visualizar la bolsa de las aguas y su coloración para detectar un posible sufrimiento fetal.

Tabla 5. Resumen del control ecográfico durante la gestación

Tiempo de gestación	Elementos que se valoran en cada ecografía
Primer trimestre: 8-14 semanas	Presencia del embrión Presencia de actividad cardíaca fetal Medición del CRL, estimación de la edad gestacional con gran precisión Embarazo múltiple Patología del huevo (aborto, embarazo ectópico, mola hidatiforme) Algunas malformaciones Pliegue nucal
Segundo trimestre: 18-20 semanas	Patología ginecológica (quiste de ovario, miomas) Biometrías fetales: DBP (diámetro biparietal), LF (longitud del fémur) Área o perímetro cefálico o abdominal Ubicación de la placenta Retraso de crecimiento tipo I Malformaciones (prácticamente el 70% son diagnosticables) Sexo fetal
Tercer trimestre: 32-36 semanas	Maduración y nutrición fetal Retraso de crecimiento tipo II Sufrimiento fetal crónico Patología de la placenta o funicular Diagnóstico tardío de malformaciones (95% de las anomalías dismórficas)

Te conviene recordar...

- ✓ El control prenatal consiste en los cuidados que la mujer gestante y su pareja reciben para un buen desarrollo del embarazo y de la salud del hijo que va a nacer, y sirve para diagnosticar, precozmente, las situaciones de riesgo con el objetivo de prestarles la atención adecuada.
- ✓ En las visitas de control prenatal la mujer debe recibir toda la información acerca de los cuidados para un buen desarrollo del embarazo y acerca de la necesidad de responsabilizarse de sus controles y cuidados.
- ✓ En la primera visita se recogerán los antecedentes familiares, personales, ginecológicos y obstétricos. Se realizará una exploración general y ginecológica. Se valorarán los aspectos psicosociales. Se analizarán los hábitos que podrían ser nocivos para el embarazo y se intentarán pactar los cambios. Se informará de las pruebas complementarias, análisis y ecografías, así como de la periodicidad de las visitas y de los centros a los que se puede acudir.

EMBARAZO DE RIESGO

Clasificación de los niveles de riesgo

Definición de los niveles de riesgo

- Anomalia pélvica: por diagnóstico clínico o radiológico.
- Estatura baja: talla materna igual o inferior a 150 cm.
- Cardiopatía 1: paciente con cardiopatía que no limita su actividad física.
- Clase social IV: mujeres de obreros manuales no cualificados.
- Clase social V: mujeres sin soporte socioeconómico.
- Control gestacional insuficiente: menos de cuatro visitas prenatales o primera visita después de la semana 20.
- Diabetes A: diabetes gestacional (*National Diabetes Data Group*).
- Esterilidad previa: dos o más años.
- Fumadora: diez cigarrillos o más al día (durante la gestación).
- Incremento excesivo o insuficiente de peso: menos de 5 kg o más de 15 kg durante la gestación.
- Infección materna: cualquier tipo de afectación infecciosa materna.
- Infección urinaria: bacteriuria con o sin signos clínicos de pielonefritis.
- Multiparidad: de cinco o más hijos.
- Obesidad: 20 kg o más que el número en cm de su talla, por encima de un metro.
- Anemia: menos de 10% de hemoglobina.
- Cardiopatía 2: paciente con cardiopatía causante de una limitación ligera de la actividad física.
- Embarazo prolongado: 42 semanas o más de gestación.
- Oligoamnios e hidramnios: escasa o excesiva presencia de líquido amniótico comprobada ecográficamente.
- Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos previos, uno o más partos prematuros, cesárea anterior, partos distócicos, discapacidad de posible causa obstétrica, una o más muertes fetales o neonatales, antecedentes de retraso de crecimiento fetal, etc.
- Malformación fetal: sospecha ecográfica o radiológica.
- Malformación uterina: incluida la incompetencia cervical.
- Presentación viciosa: después de la semana 38 de gestación.
- Riesgo de retraso de crecimiento fetal: exploración (altura uterina, ecografía, etc.) que sugiere un retardo de crecimiento intrauterino.
- Cardiopatía 3: paciente con cardiopatía causante de una limitación acentuada de la actividad física.
- Cardiopatía 4: paciente con cardiopatía causante de manifestaciones de descompensación ante cualquier actividad física.
- Diabetes B o más grave: según la clasificación de P.White.
- Estados hipertensivos del embarazo: pacientes con una tensión arterial (TA) sistólica de 140 mmHg o más, y una diastólica de 90 mmHg o

más, o incremento de 20 mmHg de la tensión diastólica, acompañada o no de signos de toxemia (edemas, albuminuria).

Patologías más frecuentes en la primera mitad de la gestación

Aborto

El aborto es la interrupción del embarazo que acontece antes de la semana 23 desde la amenorrea. Por extensión, se puede denominar aborto ovular al que acontece antes de la semana 5, precoz al que se refiere a la interrupción de la gestación antes de la semana 12, y aborto tardío al que acontece entre las semanas 13 y 22.

Etiología

Causas ovulares:

- Alteraciones estructurales del embrión.
- Alteraciones del trofoblasto.

Causa materna:

- Alteraciones uterinas.
 - Alteraciones morfológicas o anatómicas.
 - Alteraciones de la estructura anatómica de la zona de implantación por anomalías congénitas o por anomalías adquiridas (cirugía).
 - Alteraciones funcionales.
 - Deficiencias en la preparación o en la adecuación de la mucosa para la implantación y persistencia del huevo.
 - Enfermedades maternas graves.
- Causa extrínseca.
 - Traumatismos o agresiones directas.
 - Acción de agentes teratogénicos.

Clasificación. Formas clínicas. Diagnóstico

- Amenaza de aborto. Pérdidas de sangre a través del orificio cervical.
- Aborto en curso, aborto inminente, aborto inevitable. Se ha establecido el desencadenamiento de la expulsión del huevo y es inevitable.
- Aborto incompleto. Si alguno de los elementos que componen el huevo, una vez finalizado el proceso de expulsión, no se expulsa, sino que queda retenido en la cavidad uterina, se trata de un aborto incompleto.
- Aborto completo. Cuando hay evidencia clínica y/o ecográfica de la expulsión de todo el huevo.

- Aborto diferido. En algunas ocasiones, el embrión detiene su crecimiento, pero no inicia el mecanismo de expulsión y se queda retenido.
- Huevo huero. Es el huevo que sólo desarrolla la parte de los anejos, pero no el embrión.
- Aborto legal. La publicación el 12 de julio de 1985 de la Ley Orgánica que modificó el artículo 417 bis del Código Penal español despenalizó la interrupción de la gestación en algunos supuestos, determinando la aparición de una nueva acepción dentro de la clasificación del aborto. En la actualidad esta ley ha sufrido nuevas modificaciones que amplían las posibilidades de la interrupción voluntaria del embarazo.

Tratamiento

- Por la causa. El tratamiento por la causa será problemático, pues en pocas ocasiones se conoce la causa vinculada directamente al aborto.
- Por la clínica. Tratamiento de la amenaza de aborto. En la actualidad, todo el mundo está de acuerdo en los pocos recursos terapéuticos disponibles para el tratamiento de la amenaza de aborto.

Embarazo ectópico

El embarazo ectópico (EE) es el embarazo que se implanta y desarrolla fuera de la cavidad endometrial.

Frecuencia

El EE ha aumentado significativamente en los últimos años. Antes era el 0,4% de las gestaciones y actualmente el 1,5%. La causa del incremento está relacionada con el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, la concepción intrauterina y las técnicas de reproducción asistida.

Etiología

Sólo en el 50% de los casos se puede vincular una causa determinada a la aparición del EE.

Clasificación

- Tubárico. El 97% de los EE se ubica en una de las trompas de Falopio.
- Cervical. Ístmico. Intersticial. Ovárico. Mucho menos frecuentes.
- Abdominal. Es excepcional. Por sus características, puede ser muy grave.

Clínica

- Embarazo ectópico accidentado. Es el EE en el que hay rotura del lugar de implantación, generalmente la trompa, y se produce hemorragia interna.
- Embarazo ectópico no accidentado. Dolor en fosas ilíacas, amenorrea, a veces ligeras pérdidas y dolor en la exploración ginecológica.

Diagnóstico

El diagnóstico del EE accidentado se hace por la clínica de abdomen agudo hemorrágico y todas sus manifestaciones.

Tratamiento

El EE accidentado requiere tratamiento inmediato y con carácter urgente. La implantación anómala del huevo se trata con cirugía laparoscópica, conservadora o no, dependiendo del caso, y las repercusiones sistémicas se tratan con reposición de la volemia y transfusión sanguínea si fuera necesaria.

Complicaciones

Las complicaciones del EE son las derivadas de su cuadro: anemia aguda, shock hipovolémico, etc., o las derivadas del tratamiento por la necesidad de la extirpación de la trompa para poder solucionar el cuadro hemorrágico.

Enfermedad trofoblástica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), mola hidatiforme o neoplasia trofoblástica gestacional es una degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, con aspecto característico de racimo de uvas y capacidad para penetrar e invadir la pared uterina y diseminarse con metástasis a distancia.

Frecuencia

La complicación maligna de la ETG, el coriocarcinoma, en España es de alrededor de 1/30.000 embarazos.

Etiología

La etiología de la mola es discutida. Para unos autores, está en una malformación congénita de la placenta; para otros, en una hiperplasia primitiva del trofoblasto. En la génesis, en muchas ocasiones, está presente la replicación diploide de células paternas exclusivamente. Lo que sí está claro es la mayor prevalencia de ETG en los grupos económicamente deprimidos, en la raza negra y en algunas etnias, como la judía.

Clasificación

- Mola hidatídica o hidatiforme.
- Mola invasiva. Mola destruens.
- Coriocarcinoma. ETG diseminada en diferentes ubicaciones de la anatomía de la paciente; generalmente, el pulmón, el cerebro y/o el intestino.

Diagnóstico

La ETG produce en la paciente una expresión acrecentada de los signos del embarazo (vómitos, malestar general, pequeñas metrorragias); generalmente, un aumento del tamaño del útero, excesivo para la amenorrea en la exploración clínica, un incremento anormalmente alto de las gonadotropinas coriónicas cuando se analiza la beta HCG y una imagen ecográfica característica en racimo de uvas.

Pronóstico

La ETG diagnosticada adecuadamente, vigilada durante un año y tratada según sus características tiene buen pronóstico y carece de repercusión en la capacidad reproductora posterior.

Tratamiento

El establecimiento del diagnóstico de ETG determina la necesidad de la evacuación de la cavidad uterina y la valoración anatomopatológica para el establecimiento del grado de la ETG. En algunas ocasiones, es necesario un segundo legrado para precisar el diagnóstico.

Hiperemesis gravídica

Se conoce como hiperemesis gravídica (HG) el síndrome en el que la gestante presenta vómitos incoercibles, vomita más de lo que ingiere y llega a una situación de cetonuria y pérdida de peso.

Frecuencia

Se manifiesta con mucha más frecuencia en el primer trimestre y se da en una de cada 1.000 gestantes.

Etiología

Descartada una causa orgánica, la HG es la expresión exagerada de la intolerancia a la gestación.

Clínica

La HG se manifiesta con vómitos incoercibles, deshidratación, pérdida de peso y oliguria.

Diagnóstico

Se establece por la clínica, después de planteado el diagnóstico diferencial, y por la analítica, que revela hemoconcentración y a veces problemas en el ionograma.

Tratamiento

- Hospitalización.
- Aislamiento.
- Controles reiterados de constantes.
- Reposición de líquidos y electrolitos (IV).
- Asistencia psicológica.
- Antieméticos (bajo prescripción médica).

Incompetencia cervical

Se denomina incompetencia cervical la incapacidad del cuello uterino de mantenerse cerrado hasta el final de la gestación.

Diagnóstico

Antes de la gestación

Que la paciente tenga uno o varios de los siguientes parámetros:

- Histerosalpingografía compatible con insuficiencia cervical (orificio cervical interno –OCI– de más de 18 mm).
- El OCI permite el paso de un dilatador Hegar de 8 o superior.
- Antecedentes de uno o más abortos del segundo trimestre.

Durante la gestación

- El OCI está dilatado más de 18 mm por ecografía.
- El OCI está dilatado más de 20 mm clínicamente.

Tratamiento

Cerclaje cervical: técnica quirúrgica bajo anestesia general que consiste en pasar un hilo por vía vaginal a la altura del OCI, insertarlo en el espesor del tejido cervical y rodearlo completamente.

Patologías más frecuentes en la segunda mitad de la gestación

Amenaza de parto prematuro

El parto prematuro (PP) es el parto que acontece entre la semana 23 y la 36 de amenorrea. La amenaza de parto prematuro (APP) es el desencadenamiento del proceso biológico que, abandonado a su evolución, puede derivar en parto prematuro. Los principales riesgos para el feto son: el distrés respiratorio, la hemorragia cerebral y la enterocolitis necrotizante, que será tanto más acusada cuanto más prematura sea la instauración del parto.

Rotura prematura de membranas

Se conoce como rotura prematura de membranas (RPM) la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente pérdida de líquido amniótico fuera de la cavidad y la comunicación de la cavidad amniótica con el canal cervical y la vagina.

Estados hipertensivos del embarazo

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) son una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud materna.

Categorías de hipertensión inducida por el embarazo

Según la ISSHP (*International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy*) (aceptado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO):

Hipertensión inducida por la gestación (HIG)

Comprobación de una TA diastólica superior o igual a 90 mmHg, después de las 20 semanas de gestación, en dos controles separados por al menos 4 horas y en una mujer previamente normotensa.

Hipertensión gestacional

Criterios de HIG con proteinuria en orina de 24 horas inferior a 300 mg/l.

Preeclampsia leve

Criterios de HIG con cifras de proteinuria en orina de 24 horas igual o superior a 300 mg/l.

Preeclampsia grave

Preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios:

- TA \geq 160 /110 mmHg.
- Proteinuria $>$ 5 g/24 horas.
- Plaquetas $<$ 105 L-9.
- Elevación de las transaminasas.
- Hemólisis.
- Dolor epigástrico.
- Clínica neurológica.

Eclampsia

Aparición de convulsiones o coma en una mujer con HIG.

Conducta

Los EHE y sus diferentes estadios requieren control exhaustivo y dedicación para intentar prevenir las complicaciones graves.

Preeclampsia leve

- Control ambulatorio cada 7/15 días con pruebas clínicas y analíticas.
- Reposo relativo.
- Dieta normal.
- Si con el reposo no se normaliza la TA, recurrir a tratamiento médico.
- Si la TA está por encima de 150/100 de forma persistente se suele tratar con antihipertensivos. Los más utilizados son el labetalol y la hidralizina.

Preeclampsia grave

- Ingreso y reposo absoluto.
- Comprobación del estado fetal.
- Control de diuresis e ingesta.
- Control analítico para valorar el estado de la paciente y comprobar la aparición de signos de agravamiento.
- Mantener controles cada 4 ó 6 horas.

Eclampsia

- Ingreso inmediato.
- Canalización de una vía venosa.
- Aspiración de secreciones.
- Evitar lesiones en la paciente si convulsiona.

Tratamiento

Preeclampsia grave

El objetivo es mantener la TA por debajo de 160/110. Para ello lo indicado es un tratamiento con antihipertensivos.

Eclampsia

Se aplica el mismo esquema terapéutico que en la preeclampsia grave, pero la gestación debe ser finalizada inmediatamente.

Complicaciones

La complicación más frecuente de los EHE es el síndrome de HELLP: H = hemólisis; ELL = elevación de las cifras de enzimas hepáticas; P = plaquetopenia.

Diabetes gestacional

Es la diabetes que se inicia o se descubre durante el embarazo, con independencia de que pudiera existir sin haberse diagnosticado, de las semanas de gestación en el momento del diagnóstico, de la gravedad de la alteración metabólica, de la necesidad de insulina, de la presencia de complicaciones o de la evolución posterior.

Diabetes pregestacional es la diabetes que se ha diagnosticado antes del inicio del presente embarazo (incluye las DMID, diabetes mellitus insulino-dependiente y diabetes mellitus no insulino-dependiente).

Signos y síntomas

- Poliuria (exceso de orina).
- Polidipsia (exceso de sed y de ingestión de líquidos).
- Polifagia (exceso de hambre y de ingestión de alimentos).
- Neuritis (dolor en los dedos de las manos y los pies).
- Trastornos cutáneos (prurito y cicatrización lenta).
- Pérdida de peso.
- Debilidad, fatiga, somnolencia.

Diagnóstico

Todas las embarazadas que no se reconozcan diabéticas deberán ser sometidas al *screening* de DG tres veces durante la gestación (una en cada trimestre). Si el test de O'Sullivan tiene resultado patológico, deberá practicarse un test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG), que es el que dará el diagnóstico.

Repercusiones de la diabetes sobre el embarazo

Efectos sobre la evolución de la gestación:

- Polihidramnios.
- Incremento de las amenazas de parto prematuro.
- Incremento de los estados hipertensivos del embarazo.
- Incremento de las infecciones.

Efectos sobre el embrión y el feto:

- Aumento del número de abortos.
- Aumento del número de malformaciones, en relación directa con la gravedad y la compensación de la diabetes.
- Alteraciones del crecimiento; especialmente, en diabéticas graves o con vasculopatías importantes pueden darse retrasos del crecimiento fetal, pero lo más habitual son las macrosomías fetales.
- Alteraciones de la maduración del feto en algunos casos.
- Metabolopatía en el RN. La complicación más frecuente es la hipoglucemia neonatal.

Placenta previa

Se habla de placenta previa (PP) cuando la implantación del huevo ha ocurrido en las porciones inferiores de la cavidad endometrial, de manera que la placenta entra en relación espacial con el orificio cervical interno (OCI) y dificulta, en mayor o menor medida, la salida del feto (Ver Imagen 3).

Clasificación

- Placenta previa central, completa u oclusiva. Es la que ocupa el OCI en su totalidad. El parto es imposible por vía vaginal.

- Placenta previa parcial, incompleta o parcialmente oclusiva. Es la que ocupa parcialmente el OCI. El parto es posible si al desprenderse el segmento inferior en el trabajo de parto, la placenta se desplaza hacia arriba y no se produce pérdida sanguínea intensa.
- Placenta previa marginal o no oclusiva. El borde de la placenta no ocupa el OCI y se ubica próximo a él. El parto es igualmente posible si no se producen pérdidas hemorrágicas intensas.

Frecuencia

La PP oclusiva o parcialmente oclusiva se diagnostica en el 1% de los partos.

Factores predisponentes

Se ha encontrado mayor predisposición a la PP en las embarazadas con legrados y cesáreas anteriores. También es más frecuente en las multiparas, en las gestantes de más de 40 años y en las gestantes con feto malformado.

Diagnóstico

El diagnóstico puede establecerse, generalmente, en el tercer trimestre, por ecografía o por la presencia de metrorragia. La ecografía abdominal y, si es necesario, vaginal permiten establecer con precisión si la placenta ocluye el OCI.

Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico de PP después de una primera pérdida hemática, se aconsejará a la gestante reposo absoluto. Dependiendo de las pérdidas, de su intensidad y su frecuencia, se determinará la necesidad de acabar la gestación, lo que se efectuará, salvo en algunas PP marginales, por cesárea.

Gestación cronológicamente prolongada

La gestación cronológicamente prolongada (GCP) es aquella que se prolonga más allá del periodo de término de la gestación. Es la que rebasa las 42 semanas, es decir, supera los 294 días de amenorrea.

Frecuencia

Entre el 8% y el 10% de las gestaciones.

Complicaciones

En muchas ocasiones, el feto sigue creciendo, por lo que no son raros los fetos macrosómicos en las GCP y la patología distócica que esto supone: lesiones fetales, distocia de hombros e incremento de cesáreas.

Gestación múltiple o multifetal

Frecuencia

Clásicamente se utiliza la regla del 80; es decir: por cada 80 gestaciones mono-fetales aparece una gemelar; por cada 80 gemelares se da una triple, y así sucesivamente. Esto significa que de cada 1.000 nacimientos, 12 son de gemelos.

Tipos

La gestación gemelar puede clasificarse según:

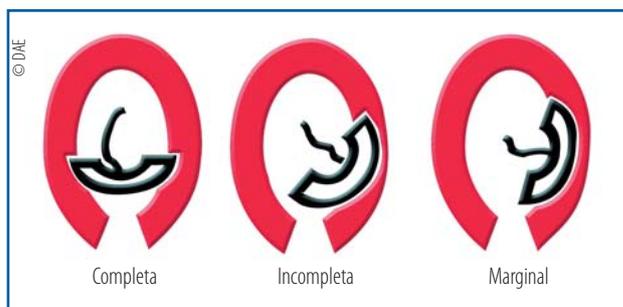


Imagen 3. Placenta previa

La cigosidad

- Monocigóticas (1/3 de los casos): proviene de un cigoto único (un solo óvulo fecundado) que se divide posteriormente a la fecundación y genera gemelos idénticos.
- Dicigóticas (2/3 de los casos): proviene de dos óvulos diferentes que generan dos gemelos no idénticos.

La corionicidad

- Bicoriales (5/7 casos): cada gemelo tiene su placenta. Todos los dicigóticos lo son por definición y una parte muy pequeña de los monocigóticos.
- Monocoriales (2/7 casos): los gemelos comparten la placenta y están unidos por conexiones vasculares placentarias. Aproximadamente, 2/3 de los monocigóticos son monocoriales. Dentro de los monocoriales, los fetos pueden tener dos bolsas amnióticas (monocorial biamniótica, la más frecuente) o estar en la misma bolsa (monocorial monoamniótica, que es excepcional, ya que se da en un 1%, aproximadamente, de las monocoriales).

Diagnóstico

- Clínico: tamaño uterino mayor de lo habitual según la amenorrea. Mayor subjetividad de gestación, etc.
- Ecográfico: evidencia de dos o más embriones. Por la ecografía sólo a veces puede diagnosticarse en el primer trimestre el tipo de gestación multifetal.

Conducta durante la gestación y complicaciones

La GM tiene un importante incremento del riesgo y de la morbimortalidad perinatal. La mortalidad perinatal se incrementa hasta el 10%, por lo que se deberá considerar la GM como una gestación de riesgo y se ha de controlar como tal. En la GM, el riesgo de patología obstétrica asociada está incrementado.

Retraso del crecimiento intrauterino

El crecimiento fetal anormal es una de las causas que incrementan de una manera importante la muerte fetal. Para definir el feto con retraso del crecimiento intrauterino, o mejor dicho, el recién nacido que no tiene un desarrollo adecuado para su edad gestacional, se ha establecido por consenso que se valorará el peso al nacer y que será un RN de bajo peso o un RCIU cuando su peso esté por debajo del percentil 10, o dos desviaciones estándar por debajo de lo establecido en la curva de normalidad para la población a la que pertenece.

Etiología

Las causas del RCIU se dividen en tres grupos:

- Placentarias.
- Fetales intrínsecas (de base genética o no).
- Maternas.

Diagnóstico

El diagnóstico se establece por ecografía o por exploración clínica, en la medición de la altura uterina. Ésta es una de las exploraciones más sencillas, pero de mayor importancia en la gestación, ya que puede detectar una mayoría importante de los retrasos, dado que la periodicidad de las ecografías (a las 20 y a las 34 semanas) hace difícil detectar los retrasos tardíos o muy precoces.

Tratamiento

No existe un tratamiento eficaz. Cuando el RCIU se debe a causas fetales intrínsecas, el pronóstico suele ser muy malo. En los casos de patología placentaria, el mejor tratamiento es la monitorización fetal estricta mediante NST y doppler, y la finalización programada de la gestación cuando hay evidencias de que el riesgo de lesión o de muerte fetal es elevado. En todos los casos debe realizarse maduración fetal con corticoides en el momento del diagnóstico, si se prevé que el parto será antes de las 34 semanas.

Te conviene recordar...

- ✓ La calificación de embarazo de riesgo viene determinada por una evaluación individualizada de cada gestación. Para ello se valoran las circunstancias personales de la gestante y su pareja, por lo que se realiza una historia clínica completa donde la anamnesis es primordial. Posteriormente, se efectúa una exploración física general y obstétrica-ginecológica, que permitirá evaluar la capacidad física y psíquica de la gestante para tolerar la gestación y el parto.
- ✓ Una vez obtenida la información y evaluado el estado de salud de los dos miembros de la pareja se asigna a la gestante un nivel de riesgo provisional hasta la valoración de las primeras pruebas complementarias. La inclusión de una gestante en un grupo de riesgo no significa que no pueda cambiar de grupo con la evolución de la gestación, por lo que se ha de considerar esta primera calificación como provisional y tener presente que las calificaciones de riesgo son dinámicas y están expuestas a revisión permanentemente.
- ✓ Las patologías del embarazo se clasifican en dos grandes apartados: de la primera mitad de la gestación, que es el primer trimestre (aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional, hiperemesis gravídica e incompetencia cervical) y de la segunda mitad, que son el segundo y el tercer trimestres (amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, estados hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, placenta previa, gestación cronológicamente prolongada, gestación múltiple y retraso del crecimiento intrauterino).



BIBLIOGRAFÍA

- Cabero KL. Patología infecciosa en ginecología y obstetricia. Barcelona: Editorial Mediscrit; 1999.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Protocolos de actuación en atención a la mujer. Cáceres: Junta de Extremadura; 2001.
- González-Merlo J, del Sol JR. Obstetricia. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
- Kitzinger S. El nuevo gran libro del embarazo y el parto. Barcelona: Medici; 2004.
- Seguranyes G. Enfermería maternal. Barcelona: Masson; 2003.