



Dos especialistas nos explican

Embarazo

ES UN DIAGNÓSTICO QUE PREOCUPA,
PERO GRACIAS A LOS AVANCES
MÉDICOS, HOY LA MAYORÍA DE
ESTE TIPO DE GESTACIONES
TIENEN UN FINAL FELIZ.



Embarazo de riesgo es un término que puede sonar muy alarmante. Pero si te han dicho que el tuyo lo es, lo primero que debes hacer es tranquilizarte. Es cierto que en este tipo de gestaciones hay más probabilidades de que la madre o el niño tengan algún problema, pero la mayoría de las veces esta calificación no significa necesariamente que durante los nueve meses vayan a presentarse complicaciones. Simplemente quiere decir que necesitarás más reposo y controles médicos más frecuentes que el resto de las embarazadas y que quizá tengas que tomar algún medicamento o suplemento alimenticio adicional. Como mucho, te pueden ingresar en el hospital para hacerte un seguimiento más exhaustivo o determinadas pruebas.

Hemos hablado con dos especialistas en tratar este tipo de embarazos: los doctores Marcos Órdenes, jefe de Obstetricia y Ginecología, y Juan Arbués, especialista en Medicina Fetal, ambos del Hospital Ruber Internacional. Ellos nos confirman que, siguiendo unos controles especiales, hoy la mayoría de las gestaciones de riesgo tienen un final feliz que no se habría conseguido antes.

♦ ¿Qué es embarazo de riesgo?

Todos los embarazos tienen siempre un cierto riesgo, pero los de alto riesgo son aquellos en los que la madre y/o el feto están más expuestos



las causas y sus tratamientos

de riesgo

a sufrir complicaciones serias. Para evitarlas, todas las gestantes a las que se les diagnostica una gestación de alto riesgo, por la causa que sea, deben seguir unos controles especiales y revisiones más frecuentes.

♦Una de las causas es la hipertensión arterial. ¿Puede indicar una grave amenaza para el feto y la madre? Sí, es cierto, por eso es importante distinguir entre hipertensión gestacional o transitoria, en la que sólo existe hipertensión, y la preeclampsia, en la que además de la hipertensión aparecen proteínas en la orina de la embarazada. Esta última situación puede derivar en complicaciones más graves, como la eclampsia (convulsiones) o el síndrome de Hellp, afección muy poco frecuente, pero con complicaciones muy serias para la madre, como alteraciones en la coagulación sanguínea con riesgo de muerte, daños irreversibles en el riñón o insuficiencia cardíaca y pulmonar.

♦¿Cómo se tratan estos casos?

En primer lugar hay que ingresar a la embarazada para realizarle un control estricto de la tensión, de las constantes y de la función renal. En el hospital también controlamos mejor el estado del feto y su crecimiento. En los casos más graves se utilizan fármacos antihipertensivos y anticonvulsivos. Y en los más graves aún, el tratamiento definitivo consistiría en finalizar el embarazo.

♦¿Son de riesgo todos los embarazos de mujeres mayores de 40 años? Aunque hay controversias acerca del papel que puede desempeñar la edad materna avanzada sobre el desenlace de la gestación, en general existe unanimidad en que las mujeres con más 40 años, sobre todo si es su primer hijo, tienen más riesgo de sufrir complicaciones. La hiper-

tensión o la diabetes aumentan de forma significativa a partir de esta edad. También parece existir unanimidad en cuanto al incremento de otras complicaciones, como abortos espontáneos, placenta previa, hemorragias postparto, un mayor número de cesáreas y un aumento del riesgo de síndrome de Down y otras malformaciones genéticas.

♦Entonces, ¿qué diferencias hay en el seguimiento de estas embarazadas respecto a las más jóvenes?

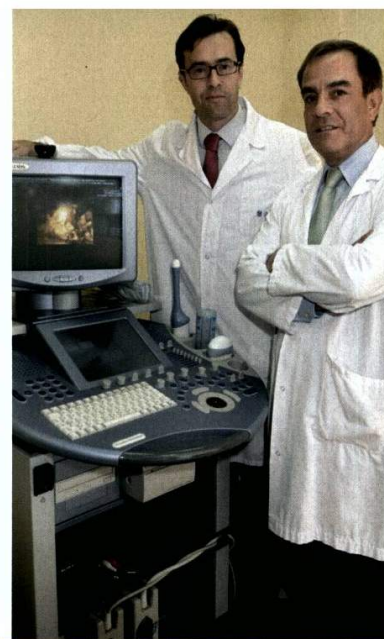
El control gestacional debe ser mucho más estricto, por eso se realizan más pruebas diagnósticas (por ejemplo, la amniocentesis o la ecografía Doppler) y más controles, tanto sobre la embarazada como sobre el feto, cuyo crecimiento debe vigilarse con mayor periodicidad.

♦En mujeres que han sufrido varios abortos previos, la gestación también se suele calificar de alto riesgo...

Así es. Más de tres abortos previos es lo que se conoce como abortos de repetición, aunque la probabilidad de que ocurra es muy baja, se sitúa entre 0,3% y 0,4%. En estos casos se requiere un estudio sistematizado que incluye una evaluación del útero, un estudio genético a la pareja y estudios microbiológicos, endocrinos e inmunológicos.

♦¿Y si esos abortos se producen por tener "cuello incompetente"?

La incompetencia cervical es cuando el cervix o cuello del útero se abre sin contracciones, alrededor de la semana 13 del embarazo, por lo que no puede retener al feto. Puede ser debida a un proceso traumático (partos complicados, legrados...) o a una malformación congénita, pero es algo fácil de detectar durante el embarazo, bien por el tacto o a través de las ecografías. El tratamiento consiste en cerrar el cuello uterino



Los motivos para diagnosticarlo

Las causas por las que un embarazo se considera de riesgo (medio, alto o muy alto) pueden ser enfermedades de la madre, del feto o circunstancias que surgen durante la gestación y que pueden poner en peligro a ambos.

DE RIESGO MEDIO

Gestaciones en menores de 17 años y en mayores de 38, en mujeres obesas, con anomalías en la pelvis, con Rh negativo, fumadoras...

diabetes gestacional, sospecha de malformación fetal, obesidad mórbida, preeclampsia leve.

DE RIESGO MUY ALTO:

Embarazos múltiples, malformaciones del útero, cardiopatías, diabetes previa (pregestacional), incontinencia cervical uterina, crecimiento intrauterino restringido, malformación del feto confirmada, placenta previa, preeclampsia grave, amenaza de parto prematuro, rotura de membrana.

DE RIESGO ALTO:

Anemia grave de la madre, gestación gemelar, mujeres operadas del útero o con historial obstétrico desfavorable, infecciones (toxoplasmosis, rubéola, herpes genital, etc.).



→ mediante una intervención muy sencilla, el cerclaje cervical, que se realiza entre las semanas 12 y 16.

❖ ¿Qué se hace ante una placenta previa (cuando la placenta se inserta en la parte baja del útero)?

El diagnóstico y seguimiento se realizan por ecografía, a través de la cual podemos ver la variedad de la placenta previa y su localización. Y es que la placenta puede estar algo baja, pero sin obstruir la salida, o desplazarse un poco hacia arriba con el crecimiento del útero. En caso de que sea placenta previa oclusiva, que cubra completamente el cuello uterino, de momento la única solución es la cesárea.

❖ ¿Qué problemas puede ocasionar un embarazo múltiple?

Los riesgos, que se incrementan aún más cuando los gemelos tienen una sola placenta, incluyen un retraso en el crecimiento de los fetos, una lesión neurológica... Pero sobre todo un parto prematuro, ya que la duración media de una gestación gemelar es de 35 semanas, que disminuye a 33 semanas cuando son triples o a 31 semanas cuando son cuádruples. Las medidas a tomar son descansar más, mayor vigilancia médica... Pero lo principal es prevenir. El número de gestaciones múltiples se ha multiplicado en los últimos años debido a

las técnicas de reproducción asistida, por eso hoy se aplican protocolos estrictos con el fin de evitar gestaciones de más de dos fetos.

❖ ¿Todos estos embarazos de riesgo suelen terminar en cesárea?

No. Depende del riesgo, aunque es cierto que en los embarazos de alto riesgo son más frecuentes las inducciones del parto y éstas sí terminan más habitualmente en cesárea.

❖ Si el problema es una enfermedad o malformación del feto, ¿se puede corregir antes de que nazca?

En muchos casos, sí. Se interviene siempre que se pueda mejorar un diagnóstico malo de entrada. Son enfermedades en las que se conoce su historial y en las que se produce un deterioro progresivo hasta que llega a ser irreversible o mortal si no se interviene antes de nacer. Se trata de frenar esta progresión y que el recién nacido nazca en las mejores condiciones posibles. La patología que más se interviene es el síndrome de transfusión feto-fetal, donde se ha demostrado que el tratamiento intrauterino mejora la supervivencia de los fetos y disminuye la tasa de secuelas neurológicas, y también se interviene en casos de anemia fetal severa, en el derrame pulmonar fetal, en ciertas cardiopatías...

❖ ¿Y en los casos de espina bífida?

Ahí se trataría de una cirugía fetal y esta práctica por ahora sólo está en fase experimental, es decir, que no existe aún un número suficiente de casos con buena evolución como para poder realizarla con garantías.

❖ ¿Cuál es la diferencia entre cirugía fetal e intervencionismo fetal?

En la cirugía fetal abierta hay que sacar al feto del útero para operarlo, y en esto la experiencia en nuestro país es muy limitada, se considera en fase experimental. En la cirugía endoscópica, que es la que realizamos nosotros y que nos está dando buenos resultados, para acceder al feto se introduce un sistema óptico intrauterino junto con el láser o el material a utilizar y se opera dentro.

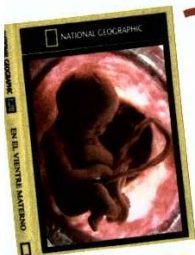
Un documental impresionante

El documental "Luchar por sobrevivir", de la serie "En el vientre materno", de National Geographic Channel, es la crónica de cuatro embarazos de riesgo con un pronóstico fatal y de cómo los médicos de Estados Unidos consiguieron solucionarlos. Rodado a lo largo de casi dos años, con imágenes del interior del útero de impresionante realismo, ecos en 3D y secuencias exclusivas de las intervenciones quirúrgicas, hace el seguimiento de cuatro casos:

el de un feto al que se intervino con cirugía no invasiva, introduciéndole un globo por la tráquea para abrir un pulmón atrofiado; el de una madre embarazada de sextillizos; el caso de Maysi, una niña que fue extraída del útero durante 20 minutos para extirparle un tumor, y el de un bebé que creció en la capa externa del útero (embarazo ectópico) y pudo ser mantenido hasta el parto por cesárea. En todos la medicina funcionó y hoy los niños están sanos y salvos. Son historias duras, pero con final feliz.

¿QUIERES VER UN AVANCE?

El canal National Geographic Channel emitirá documentales de "En el vientre materno" los domingos de noviembre, a las 15.30 h: "Gemelos idénticos" (día 6), "Gemelos, trillizos y cuatrillizos" (día 13), "Luchar por sobrevivir" (domingo 20) y "Mamíferos" (día 27). Puedes ver un avance de "Luchar por sobrevivir", en videoclips, en [crecefeliz.es](http://www.crecefeliz.es/Embarazo/Seguimiento-medico/Episodio-de-la-serie-En-el-ventre-materno) (<http://www.crecefeliz.es/Embarazo/Seguimiento-medico/Episodio-de-la-serie-En-el-ventre-materno>).



Verónica Palomo

Asesores: Dr. Marcos Órdenes, jefe de Obstetricia y Ginecología, y Dr. Juan Arbués, especialista en Medicina Fetal, de la Clínica Internacional Ruber de Madrid.