

Antes o alrededor de las 10 a 12 semanas de embarazo, es posible que podamos escuchar los latidos del corazón de su bebé por primera vez. Por lo general, los latidos del corazón se pueden escuchar con una máquina de ultrasonido o un instrumento especial llamado Doppler.

Entre las 15 y 22 semanas (idealmente entre 15 y 18 semanas), se le ofrecerá un análisis de sangre opcional para una prueba genética llamada Alfetoproteína del suero materno (AFPSM), una prueba Quad o prueba prenatal no invasiva (PPNI).

La prueba de detección Quad mide cuatro sustancias en la sangre de la madre para detectar posibles elevaciones que pueden necesitar mayor atención. Las elevaciones con estas sustancias pueden ayudar a detectar el síndrome de Down o un defecto de nacimiento alrededor del cordón umbilical del bebé o a lo largo de la médula espinal. Esto es sólo una evaluación. Un resultado positivo no significa que su bebé tenga una de estas condiciones, sino simplemente significa que debemos examinarlo más de cerca.

Alrededor de las 20 semanas, se le solicitará una ecografía completa para chequear a su bebé. Esta ecografía es la más importante y examina todos los órganos de su bebé y se asegura de que estén creciendo adecuadamente. Esta ecografía NO se realizará en el departamento de salud. La ubicación de las pruebas variará según los recursos locales. Se le comunicará cuándo se realizará esta cita.

Alrededor de las 24 semanas, haremos arreglos para que usted se realice una prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) para ver si tiene diabetes gestacional. También revisaremos los análisis de laboratorio para ver si tiene anemia. Si su análisis de sangre inicial mostró que su tipo de sangre era Rh negativo, también se le realizarán análisis de sangre para verificar esto.

Aproximadamente a las 28 semanas, se le ofrecerá la vacuna Tdap. Esto ayuda a proteger a su bebé de la tos ferina, que puede ser mortal para los bebés pequeños. Los bebés no nacen con un sistema inmunológico robusto; sin embargo, la mamá puede transmitir protección a su recién nacido cuando le administran la inyección en este momento. Si tiene un tipo de sangre negativo, debe esperar recibir una inyección de RhoGAM en esta visita. Esto es muy importante para evitar que su bebé desarrolle un tipo específico de anemia que puede ocurrir si usted tiene un tipo de sangre negativo y él tiene un tipo de sangre positivo.

Alrededor de las 36 semanas, se recolectará un hisopo para estreptococos del grupo B (EGB). EGB es un tipo de bacteria que vive en el sistema gastrointestinal de la madre. No causa daño a la madre, pero si tiene un crecimiento excesivo, puede ingresar al tracto vaginal y pasar al bebé durante el parto. Los bebés que se encuentran con estas bacterias pueden desarrollar neumonía por estreptococos del grupo B. Para evitar esto, las madres que dan positivo en este hisopo reciben antibióticos durante el parto para ayudar a proteger al bebé.

¿CUÁLES SON LAS PRUEBAS PRENATALES OPCIONALES?

Temprano en su embarazo, obtendremos sus antecedentes familiares para evaluar los factores de riesgo de trastornos genéticos específicos y hablaremos sobre estos hallazgos y sus implicaciones para su embarazo.

Todas las mujeres embarazadas, independientemente de su edad, pueden hacerse pruebas para detectar ciertos trastornos genéticos causados por anomalías cromosómicas.

Tiene tres opciones:

1. Ninguna prueba de trastornos genéticos (aún se realizan ecografías y pruebas de laboratorio de rutina).

2. Pruebas prenatales no invasivas (PPNI), también conocidas como ADN libre de células, que utilizan sangre de la madre en lugar de tejido fetal. Hay tres opciones que incluyen:
 - PPNI: partículas del ADN de su bebé provenientes de la placenta circulan en su sangre. Estos se pueden separar y analizar en busca de cromosomas adicionales o faltantes. Los resultados se informan como “bajo riesgo” o “alto riesgo”. Dado que esta prueba analiza el ADN de su bebé, es posible determinar el sexo de su bebé.
 - Prueba de portador: algunas familias tienen una condición genética que se transmite de generación en generación. Háganos saber si tiene conocimiento de alguna condición genética en su familia. La prueba de portador verifica si la madre tiene un gen de una afección que pueda transmitirse al bebé. Una madre es “portadora” cuando tiene un gen, pero no está afectada personalmente. Si las pruebas muestran que usted es portador, el siguiente paso es realizar la prueba al padre para ver si él también es portador. Le pueden hacer pruebas para detectar las afecciones más comunes que a menudo se transmiten, incluso si no hay antecedentes familiares. Estos incluyen fibrosis quística, atrofia muscular espinal, distrofia muscular de Duchenne y/o síndrome de X frágil.
3. Prueba de diagnóstico realizada por un especialista e implica tomar tejido de la placenta (muestra de vellosidades coriónicas; puede ser una opción para dar seguimiento a los hallazgos iniciales) o líquido alrededor del bebé (amniocentesis). Estas pruebas no pueden encontrar defectos estructurales. Este es el más preciso, pero tiene un ligero riesgo de aborto espontáneo.

Estas pruebas son opcionales y si un resultado es de “alto riesgo”, no significa que su bebé tenga un defecto de nacimiento. Si el resultado es de “alto riesgo”, le ofreceremos una derivación a un especialista para que le asesore sobre pruebas más exhaustivas. Además, los resultados de “bajo riesgo” no pueden ofrecer una seguridad total de que su bebé no tendrá problemas.

TERAPIA CON ASPIRINA

Se ha demostrado que la terapia con aspirina en dosis bajas disminuye las posibilidades de desarrollar una afección llamada preeclampsia y reduce el riesgo de que su bebé nazca demasiado pronto. La preeclampsia es un aumento repentino de la presión arterial durante el embarazo o inmediatamente después del parto que puede afectar múltiples sistemas de órganos del cuerpo. En casos graves, puede provocar convulsiones. Los estudios han demostrado que la aspirina en dosis bajas puede reducir el riesgo de desarrollar preeclampsia y tener un bebé demasiado pronto (antes de las 37 semanas) hasta en un 25%.

Si un proveedor le indica que comience a tomar aspirina en dosis bajas, es porque tiene factores de riesgo que aumentan su probabilidad de desarrollar preeclampsia. La aspirina en dosis bajas funciona mejor si se comienza a administrar entre las semanas 12 y 28 del embarazo. Tomará una dosis baja de aspirina (81 mg) una vez al día, hasta el día en que nazca el bebé. La aspirina es segura durante el embarazo si se toma según las indicaciones. Su seguro puede cubrir el costo de la aspirina, por lo que es posible que le receten una receta. También está disponible de venta libre.

¿TENDRÉ UNA CITA DESPUÉS DEL PARTO?

Dependiendo del proveedor de parto, es posible que la atiendan en su consultorio o que la atiendan en su departamento de salud local. Si la atienden en el departamento de salud, nos gustaría verla 1 o 2 semanas después del parto y nuevamente a las 6 semanas. La cita de 1 a 2 semanas garantiza que usted no tenga problemas y que esté manejando bien la transición de un nuevo bebé. Hablaremos diferentes opciones de control de la natalidad en esta visita y solidificaremos estos planes en su visita de 6 semanas.

En su cita de 6 semanas, verificaremos que no tenga ningún signo de depresión posparto, que se haya curado de cualquier incisión/desgarro del parto y decidiremos los planes para anticonceptivos.