

Embarazo, tercer trimestre

DR. RUBEN TLAPANCO BARBA



Puntos de interés especial:

- Al final del embarazo, el bebé puede aumentar entre 20 y 30 gramos diarios.
- ¿Cuándo debe nacer el bebé?
- ¿Cómo saber si el bebé se encuentra bien, dentro del útero?
- Contracciones, borramiento, dilatación y ruptura de la fuente.
- ¿Cómo saber cuándo hay que ir al hospital?

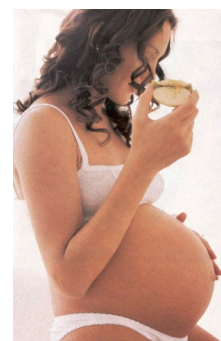
Contenido:

La recta final	1
Nacimiento de término, pre-término y post-término	1
Estudios para evaluar el bienestar del bebé	2
Cambios en el cuello uterino	3
Anestesia para el nacimiento	3
¿Parto o Cesárea?	3
Cuatro importantes aspectos a vigilar	4

La recta final

El tercer trimestre constituye la “recta final de la gestación”. Se inicia a partir de la semana 27-28 y es el periodo de mayor crecimiento del bebé, tal es que hacia las últimas semanas del embarazo, la ganancia de peso, que puede obtener es de 20 a 30 gramos diarios. Por este motivo la futura mamá comienza a sentir cierta fatiga, así como incomodidad y dificultad para moverse. El contenido del útero, es decir; el bebé, la placenta, el líquido amniótico y el mismo útero, pueden llegar a pesar entre 6 y 8 kilos en conjunto. Es importante vigilar estrechamente el peso de la mamá, ya que ella puede experimentar mayor apetito y tener una ganancia de peso

más allá de lo deseable. Ahora más que nunca las frutas y las verduras se deben utilizar como alimentos para “mitigar” el apetito entre comidas. También es recomendable restringir la sal, ya que promueve la retención de líquidos y por lo tanto facilita la hinchazón de pies y manos. La sal de mesa es un compuesto formado por “cloruro de sodio” y por lo tanto, todo lo que contenga sodio puede causar el mismo efecto de retención de líquidos. Muchos alimentos enlatados y embutidos tienen como preservador algún compuesto derivado del sodio. Lo mismo sucede con las frituras y botanas, por ello es importante restringir el consumo de este tipo de alimentos durante la etapa final del embarazo.



Los frutos y las verduras, además de aportar vitaminas y minerales nos ayudan a controlar el apetito.



Nacimiento de término, pre-término y post-término

El final del embarazo se encuentra cerca y siempre en la mente de los gineco-obstetras debe estar la consigna de “entregar un bebé”, en las mejores condiciones posibles. Parte de estas “condiciones favorables” las determina el grado de madurez y desarrollo

que haya alcanzado el bebé dentro del seno materno. Por ello la duración del embarazo es muy importante. Con base a estadísticas mundiales se sabe que los bebés adquieren una madurez adecuada después de la semana 37. Por lo tanto el nacimiento antes de esta semana

se considera como un nacimiento pre-término. Los bebés que por alguna circunstancia nacen antes de ese periodo cursan con inmadurez de muchos de sus órganos. Dependiendo de lo anticipado que sea el nacimiento, puede ser que aún no estén preparados

para succionar adecuadamente y por ello pueden tener problemas para alimentarse, o bien que aún no esté totalmente desarrollada su capacidad para controlar la temperatura fuera del ambiente materno. Todo esto puede resolverse con la implementación por parte de los neonatólogos (pediatras especializados en el manejo de los recién nacidos), de alimentadores especiales para bebés prematuros, o con el uso de incubadoras o cunas de calor radiante para el control de la temperatura. Pero el problema fundamental en los casos de nacimientos prematuros lo representa la inmadurez pulmonar, ya que la respiración del bebé es fundamental para su

vida y bienestar, una vez que ha salido al medio ambiente. Los bebés que nacen después de la semana 37, por lo general no presentan ese tipo de problemas y pueden bastarse a sí mismos de manera satisfactoria, recibiendo simplemente pequeños apoyos por parte de los neonatólogos. El periodo ideal para el nacimiento lo representa el lapso comprendido entre la semana 37 y la semana 41; posteriormente a esto se considera "nacimiento de post-término o embarazo prolongado", el cual no es deseable de ninguna manera, por varios motivos. En primer lugar, porque la placenta humana evoluciona hasta llegar a la semana 20 de la gestación,

posteriormente los cambios que presenta, ya no son de desarrollo, sino de involución. En pocas palabras, la placenta alcanza su plenitud en la semana 20 y después "tan solo envejece". En la gran mayoría de los casos la velocidad de ese "envejecimiento" es lenta y permite un nacimiento adecuado. Pero en otras ocasiones la placenta se "avejeta" antes de que se inicien las contracciones y ello nos obliga a realizar estudios que determinen ¿En que estado se encuentra la placenta? Y por supuesto el bebé.



Del adecuado estado que guarde la placenta, depende el bienestar del bebé.

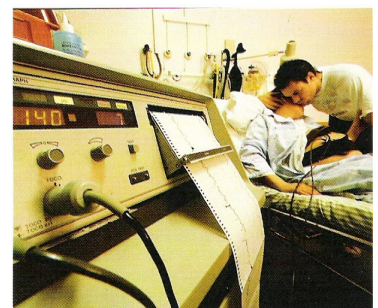
Estudios para evaluar el bienestar del bebé al final de la gestación

Como ya se mencionó, el bienestar fetal, depende directamente del adecuado funcionamiento de la placenta, la cual debe ser evaluada desde diversos puntos de vista. En primer lugar "su apariencia"; al revisar la placenta a través del ultrasonido, el gineco-obstetra puede clasificarla en 4 grados, (cero, uno, dos y tres). La mayoría de las placentas no llegan a obtener el grado tres, el cual se considera ya como un "envejecimiento placentario". Otro factor a revisar por el ultrasonido es la "cantidad de líquido amniótico". El líquido amniótico es producido directamente por la placenta, y su comportamiento es muy dinámico, alrededor de la semana 36 se recambia en su totalidad cada 3 horas. Este gran dinamismo del líquido amniótico implica que la placenta se encuentre funcionando adecuadamente. El hecho de que el líquido disminuya, significa que la placenta no lo ha producido en suficiente cantidad y de manera indirecta traduce una disminución del

funcionamiento placentario. Otro dato a vigilar mediante el ultrasonido es el crecimiento del bebé, si la placenta continúa nutriéndolo adecuadamente su "curva de crecimiento" debe ser satisfactoria. Como puede verse, el ultrasonido es de gran utilidad hacia el final del embarazo para determinar el buen funcionamiento de la placenta, con base a tres parámetros: 1) Aspecto de la placenta (grados cero, uno, dos y tres). 2) Cantidad de líquido amniótico y 3) Curva de crecimiento del bebé. También es útil para evaluar el funcionamiento de la placenta, un estudio llamado "registro cardiotoco-gráfico", el cual por un lado grafica la frecuencia cardíaca del bebé y por otro sus movimientos y las contracciones uterinas. En condiciones normales un adulto en reposo debe tener una frecuencia cardíaca de 70 a 80 latidos por minuto. Si esa persona realiza algún ejercicio, su frecuencia cardíaca debe aumentar, con la finalidad de enviar una mayor

cantidad de sangre a los pulmones para "oxigenarla" y compensar así esa demanda por aumento en la actividad física. La frecuencia cardíaca de los bebés es cercana al doble de la de los adultos (120 a 160 latidos por minuto), y también se incrementa ante factores tales como, sus propios movimientos o bien ante las contracciones uterinas. Este incremento en la frecuencia cardíaca del bebé tiene la finalidad de enviar más sangre a la placenta, para que se oxigene. Si la placenta funciona adecuadamente, la frecuencia cardíaca del bebé vuelve a la normalidad. Así pues, evaluando el comportamiento de la frecuencia cardíaca del bebé, y relacionándola con sus propios movimientos y con las contracciones uterinas, podemos tener un diagnóstico de cómo esta funcionando la placenta.

"Evaluando el comportamiento de la frecuencia cardíaca del bebé, se puede valorar el funcionamiento de la placenta"



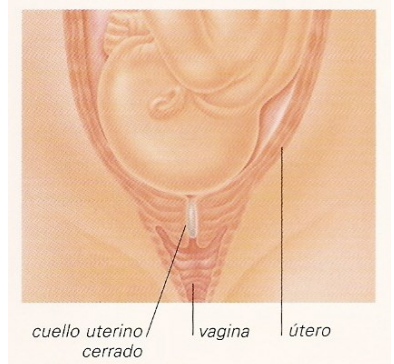
El registro cardiotocográfico, ayuda a evaluar el estado de la placenta.

Cambios en el cuello uterino

A partir de la semana 24 se pueden percibir una serie de “endurecimientos” del útero, que son las contracciones. Estas contracciones suaves y aisladas, se conocen como contracciones de “Braxton-Hicks”. Hacia el final del embarazo dichas contracciones se van incrementando y son las responsables de ciertos cambios en el cuello uterino, que permiten al gineco-obstetra realizar algún pronóstico con relación al momento del nacimiento. Al principio, el cuello del útero se encuentra ubicado hacia atrás,

pero paulatinamente se va haciendo hacia delante, para ponerse en dirección de la vagina. Al mismo tiempo el cuello va disminuyendo en longitud, a esto se le llama “borramiento” y también comienza abrirse, lo que se conoce como “dilatación”. Para que estos eventos se lleven a cabo se requiere que la cabeza del bebé se encuentre “encajada” y ello ocurre por lo general después de la semana 36. Evaluando periódicamente la velocidad con la que ocurren estos cambios, se puede tener una idea bastan-

te aproximada del momento del nacimiento. Para ello, es menester que las revisiones después de la semana 36, se realicen de manera semanal. Ahora bien, si el comportamiento del cuello es hasta cierto punto “predecible”, la ruptura de las membranas es totalmente fortuita, por lo que la salida de líquido, será uno de los aspectos más importantes a vigilar por parte de la mamá hacia el final del embarazo.



A partir de la semana 36, es conveniente evaluar el cuello del útero semanalmente.

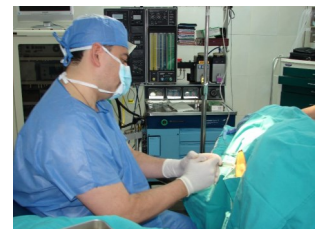
Anestesia para el nacimiento

“Parirás con dolor”. Esta fue la milenaria sentencia con al que Eva fue expulsada del paraíso. Actualmente la medicina moderna permite cambiar sustancialmente esta circunstancia y ofrece tanto a la futura mamá como a su bebé, métodos seguros de anestesia. Hace algunos años se utilizaba un procedimiento conocido como “raqia”, que consistía en la inyección dentro del líquido cefalorraquídeo de un anestésico, hoy en

día el medicamento ya no se inyecta en este sitio, sino que se aplica “alrededor” de las raíces nerviosas que son las encargadas de transmitir el dolor, con ello se consigue interrumpir la sensación dolorosa. Para inyectar ese medicamento el anesthesiólogo, primero anestesia la piel, posteriormente el tejido que se encuentra por debajo de ésta y ya, con toda esa zona “dormida”, coloca la aguja de bloqueo. Este tipo de

anestesia disminuye la sensibilidad de manera gradual, de la cintura hacia abajo y no afecta al bebé. Después de colocar el bloqueo, se deja una pequeña manguerita, por la cual se puede seguir pasando cuanto anestésico sea necesario, e inclusive, se puede prolongar durante las 24 hrs. posteriores al nacimiento, para evitar el dolor.

“La anestesia conocida como raquia, ya no es utilizada en la atención de partos ni Cesáreas”

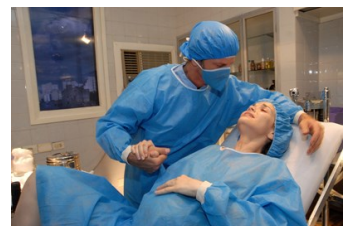


¿Parto o Cesárea?

Con mucha frecuencia las parejas se cuestionan sobre ¿Cuál será el desenlace de sus embarazos? Por regla general se entiende, que los embarazos normales culminan con partos normales, sin embargo existen múltiples factores que no se conocerán sino hasta el final de la gestación, como son: El peso final del bebé, la posición que

va a guardar al momento del trabajo de parto (de cabeza o sentado), si la pelvis de la futura mamá dará cabida adecuadamente al paso del bebé, etc. Se debe prestar “especial atención” al bienestar del bebé durante las últimas semanas del embarazo, así como durante el trabajo de parto, para asegurarse que el estado del

bebé sea óptimo. Si se evidencia que a través del parto existe algún riesgo que ponga en duda la obtención de un binomio (madre-hijo), en las “mejores condiciones” posibles; deberá considerarse entonces, la realización de una Cesárea.



Por regla general, los embarazos normales, terminan en partos normales.



DR. RUBEN TLAPANCO BARBA
GINECO OBSTETRA • PERINATÓLOGO • BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Hospital Angeles Pedregal
Camino a Santa Teresa # 1055, Centro de
Especialidades Quirúrgicas, Consultorio 482,
Col. Héroes de Padierna, Ciudad de México,
10700, D.F.

Teléfonos: 55 5568-3777, 55 5135-4956
Conmutador: 55 5449-5500 Ext. 4482
Correo: drtlapanco@femsalud.com
Sitio Web: femsalud.com

Cédulas profesionales y registros

MEDICO CIRUJANO: 831062
REGISTRO SSA: 103840
GINECO-OBSTETRICIA: AEIE 02279, CMGO-433
PERINATOLOGIA OBSTETRICA: 3270833
BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION: CMGO-006



Cuatro importantes aspectos a vigilar

Durante las últimas semanas del embarazo, los aspectos más relevantes a vigilar por parte de los futuros padres son cuatro: 1) Movimientos del bebé. Es muy importante vigilar el patrón de movimientos del bebé, si la futura mamá percibe que el bebé disminuye en su manera habitual de moverse, debe reportarlo de manera inmediata. 2) Contracciones uterinas: Vigilar si se presentan contracciones uterinas con una frecuencia de tres cada 10 minutos, y una duración entre 40 segundos y un minuto. Cuando ya se lleve una hora o más tiempo, con este patrón de contracciones, vale la pena establecer comunicación, ya que puede ser hora de trasladarnos al hospital. 3) Salida de líquido: El presentar

una salida abrupta de líquido por la vagina, puede indicarnos la ruptura de las membranas (la fuente). En ocasiones la presión que ejerce la cabeza del bebé sobre la vejiga, puede propiciar la salida involuntaria de orina, lo cual puede confundirnos con la ruptura de las membranas. Lo que se recomienda hacer en casos de duda, es colocar durante algunos minutos una toalla sanitaria delgada (tipo panty-protector), y después “olerla”. Todos somos “expertos” en saber a que huele la orina; pero el líquido amniótico “recuerda” el olor al cloro. En caso de que esto ocurra, es el momento de ponernos en contacto e ir al hospital. 4) Sangrado: En ocasiones cuando comienza la “dilatación” (apertura del cuello

uterino), puede haber un poco de sangrado (siempre en menor cantidad que una menstruación), si por alguna circunstancia se presentara un sangrado vaginal mayor a esto, es importante reportarlo. También es conveniente saber que cuando se inicia la dilatación se puede expulsar el “tapón mucoso” y que esto puede ocurrir días o incluso semanas antes del parto. Como siempre la “estrecha comunicación” entre la paciente y el médico es fundamental para lograr que el nacimiento del bebé, sea todo un éxito.



Es muy importante conocer “los cuatro aspectos” a vigilar, durante las últimas semanas del embarazo.

Resumen curricular y cargos desempeñados

Gineco-obstetra con sub-especialidades en Perinatología obstétrica, (embarazo de alto riesgo) y Biología de la Reproducción Humana, egresado del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE.

Presidente y socio Titular Emérito de la Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción, A.C.

Secretario General de la Federación Latino Americana de Sociedades de Esterilidad y Fertilidad.

Tesorero y Colegiado Titular Emérito del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.

Miembro del Cuerpo de Gobierno y Tesorero del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Miembro del Comité de Biología de la Reproducción del Consejo Mexicano de Ginecología y obstetricia, A.C.

Profesor Asociado del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Tesorero de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C.

Jefe del Departamento de Infertilidad del Instituto Nacional de Perinatología.

Subdirector de Gineco obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología.

Director Médico del Instituto Nacional de Perinatología.

Profesor Titular de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia por la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Perinatología, U.N.A.M.

Profesor Adjunto de la Especialidad de Biología de la Reproducción por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Profesor Titular del Diplomado en Infertilidad por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Editor del Boletín de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C. y del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Miembro del Comité Editorial de la Revista Ginecología y Obstetricia de México.

Fellow del American College of Obstetricians and Gynecologists.

Membership of la American Society for Reproductive Medicine.

Miembro de la Sociedad Médica del Hospital Angeles del Pedregal.