



Mamá
sabe bien

LUISINA TRONCOSO

CAROLINA HORVATH



CONSEJOS PARA EL EMBARAZO Y LA CRIANZA
DE LOS PRIMEROS AÑOS EN **MÚLTIPLES**

 Planeta



Mamá
sabe bien

LUISINA TRONCOSO

CAROLINA HORVATH



CONSEJOS PARA EL EMBARAZO Y LA CRIANZA
DE LOS PRIMEROS AÑOS EN MÚLTIPLES

 Planeta

ÍNDICE

Introducción	9
CAPÍTULO UNO. La noticia	11
Pánico, sorpresa... ¡y alegría! Por Caro	13
Una rareza que es cada día más común. Por la doctora Josefina Páez	14
La increíble aventura. Por Kari Gao	23
Un fresco impresionista. Por Lucas Regolo	28
CAPÍTULO DOS. El embarazo	31
Beta... ¡positiva! Por Caro	32
Los embarazos múltiples. Por la doctora Cecilia Botazzi	35
La elección del equipo médico	43
¿En qué fijarse para decidir en qué lugar programar el nacimiento de tus hijas/os? Por el profesor Gonzalo Luis Mariani	44
Una experiencia como ninguna otra	46
CAPÍTULO TRES. El nacimiento	49
Parir a dos bebés. Por Caro	50
Partos seguros y respetados. Por el profesor Gonzalo Luis Mariani	53
La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NEO o UCIN)	60
Los partos múltiples. Por la doctora Mariana Aramendi	62
El plan de parto	63

CAPÍTULO CUATRO. Volver a casa	65
Tres hijos y una ciudad vacía. Por Caro	66
Cómo preparar la vuelta a casa. Por Cintia F. Molina V.	69
La salud mental materna. Puerperio, <i>baby blues</i> y depresión posparto. Por la licenciada Agustina Ramírez Bustos	83
CAPÍTULO CINCO. La alimentación en los primeros meses del bebé	99
Buscá tus redes de sostén y apoyo	100
Nuestra lactancia. Por Caro	102
De lo más lindo que sentí en mi vida. Por Agustina Comelli	126
CAPÍTULO SEIS. El sueño	129
Lo mejor es... ¡lo que funciona! Por Caro	130
El sueño en múltiples. Por Vanina Schoijett	133
Dulces sueños	149
CAPÍTULO SIETE. La alimentación familiar	151
Un mundo nuevo. Por Caro	152
Recomendaciones nutricionales para la gestación. Por la doctora Lucía A. di Napoli	155
El inicio de la alimentación complementaria. Por Mariel Anahí Schupak	160
Abrazar el caos. Por Caro	168
Bibliografía del capítulo 7	168
Un lenguaje inventado. Por Joana D'Alessio	170
Agradecimientos	175

CAPÍTULO UNO

LA NOTICIA

Permítannos decirles algo, queridos futuros padres de múltiples: todos los sentimientos están permitidos. Cuando se enteran de que están esperando gemelos, trillizos, cuatrillizos o más, es normal sentir una amplia gama de emociones. Pueden sentirse eufóricos y llenos de vértigo, o tal vez un poco aturdidos, como si estuvieran en una intersección de "¿Qué está pasando aquí?" y "¿Qué hacemos ahora?". Es normal sentir estrés, miedo y ansiedad. Y eso está perfectamente bien. No hay una forma correcta o incorrecta de sentirse cuando se trata de la noticia de que van a tener uno o más bebés. Lo que sí es seguro es que es una gran noticia. Así que no se sientan avergonzados, ni culpables, ni juzgados por lo que están sintiendo. Es totalmente normal cuestionarse todo cuando se enfrentan a lo desconocido. Simplemente recuerden que, a veces, las mejores cosas de la vida llegan de sorpresa.

Ahora, prepárense para una amplia variedad de comentarios. Una de las razones por las que escribimos este libro es para contrarrestar la negatividad a la que a menudo se enfrentan los futuros padres de múltiples cuando comparten la noticia y reciben comentarios poco entusiastas. No se preocupen si han escuchado o pronto escuchan alguna versión de estas declaraciones: "Me siento muy afortunado de haber zafado de eso", "Gemelos, la que te espera", "Doble problema, lo siento mucho", "Uno es bastante difícil. No sé cómo vas a hacer con dos", "Sería mi peor pesadilla". La mayoría de nosotros tememos a lo desconocido, así que no es de extrañar que este tipo de comentarios provengan de personas que no tienen experiencia práctica con múltiples. Pero no permitan que esos comentarios socaven su entusiasmo y felicidad. Ustedes pueden con esto y les felicitamos por la noticia.

Pánico, sorpresa, miedo... ¡y alegría!

POR CARO

"¡Me vas a matar!", dijo. Su cara se iba transformando mientras hacía la ecografía, y en esos segundos eternos, entendí todo.

Los dos embriones que decidimos transferir (ella, nuestra médica y nosotras) estaban ahí, muy campantes y bien agorraditos.

Sentí una mezcla de pánico absoluto, sorpresa, alegría y miedo. Todo junto, en ese instante.

Era un martes. Martes 13 de agosto de 2019.

Sí, claro que sabíamos que era posible un embarazo múltiple, pero las chances eran bajas: ninguno de los dos era un "superembrión", yo ya tenía casi 40 años, las estadísticas decían que era difícil y varias cosas más.

Si prendían los dos, no me preocupaba mucho un después con dos bebés, pero un embarazo múltiple sí me daba mucho miedo. Me imaginaba reposo, muchas consultas médicas, riesgos varios, bebés prematuros, cesárea obligatoria... No podía pensar en nada lindo, todas las ideas en mi cabeza eran feas.

Pero cuando fuimos ese día con Viole, mi compañera, estábamos tranquilas. Habíamos descartado por completo que fueran dos bebés después de tres betas con valores "normales". Se bromeaba con el tema en casa y todo. Hasta intercambié mensajes de alivio con amigas. Nos habíamos arriesgado pero habíamos "zafado". ILUSAS.

El fin de semana previo a la eco habíamos estado con Lui en Montevideo dando talleres y yo había dejado a mi hija mayor

por primera vez durante unos días. En el viaje empezaron las náuseas, comer se me hacía difícil y estaba muy cansada. Estaba muy fastidiosa y Lui ya me miraba raro. Sentía todo como muy exagerado, pero nunca pensé de nuevo en que fueran dos.

Esperaba esa eco con ansiedad. Quería confirmar que bebé estuviera bien, que tuviera latidos, y seguir participando. Pero tuvimos sorpresas.

Estaba todo bien, doblemente bien.

Una rareza que es cada día más común

POR LA DOCTORA JOSEFINA PÁEZ

GINECÓLOGA ESPECIALISTA EN MEDICINA REPRODUCTIVA.
MIEMBRO DE SAMER. MN 141488.

El embarazo múltiple es raro en la especie humana. En general, la incidencia de este tipo de embarazos sobre la población es:

- * Embarazo gemelar: 1 de cada 80 embarazos. Sin embargo, su frecuencia varía según la región. Así, por ejemplo, entre la población japonesa es menor y entre los nigerianos mayor. En España la incidencia es aproximadamente de un 1,25 %.
- * Embarazos triples: 1 de cada 6400.
- * Embarazos cuádruples: 1 de cada 52 000.
- * Los quintillizos son rarísimos.

Sin embargo, este tipo de embarazos han aumentado significativamente en la actualidad por dos motivos:

- * Los tratamientos con técnicas de reproducción asistida.
- * La edad de las primíparas, que actualmente es más elevada. La mujer con la edad tiene mayor probabilidad de sufrir trastornos menstruales, por lo que la ovulación doble es más frecuente.

Según la RED LARA (Red Latinoamericana de Reproducción Asistida), una de las complicaciones más frecuentes de los programas de fertilización *in vitro* es la gestación múltiple.

A nivel latinoamericano, en 1999, e independientemente de la edad, en 996 embarazos logrados por FIV se reportó una tasa de multigestación global (2 sacos) del 27,7 % y multigestación extrema (tres sacos) del 8,9 % que también está en relación directa con el número de embriones transferidos: con dos transferidos las tasas fueron de 14,4 % y 0,7 % respectivamente, mientras que con cinco fueron 43,6 % y 18,8 %. El último reporte del CEMEFES (Centro Médico de Fertilidad y Esterilidad en Quito, Ecuador) al Registro Latinoamericano fue el correspondiente al año 2000.

Probabilidad de embarazo de gemelos en FIV

Según los datos recopilados de 22 países europeos por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), tras un FIV o un ICSI, el 73,6 % de los embarazos son de un solo bebé (embarazos únicos), mientras que el 24,4 % son gemelares.

Por otro lado, según el informe estadístico de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) de 2019, la tasa de parto gemelar con óvulos propios por cada transferencia en España se sitúa en el 10,8 % en este año. Sin embargo, en años anteriores este porcentaje era superior. Por ejemplo, la tasa de parto gemelar en el año 2000 era del 28,7 %.

Probabilidad de gemelos idénticos

A pesar de que la mayoría de embarazos múltiples derivados de la fecundación *in vitro* son de mellizos (gemelos dicigóticos), parece haber también una mayor tendencia a los embarazos de gemelos (gemelos monocigóticos).

Se calcula que hay un aumento de aproximadamente un 1,5-2 % de los embarazos de gemelos monocigóticos. Esto significa que, aun transfiriendo un solo embrión, habría una pequeña posibilidad de embarazo de gemelos en la FIV.

Según datos de la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría) de 2011, en la Argentina hay 700 000 nacimientos al año, de los cuales 1,8 % son múltiples (12 600). Es decir, 1 de cada 55.

El objetivo actual es que, por técnicas de reproducción asistida, el embarazo gemelar no supere el 10 % en cada centro de fertilidad y para ello la tendencia es la de transferir un solo embrión en estadio de blastocisto (5.º o 6.º día de desarrollo).

¿Por qué la tendencia de transferir al embrión en el estadio de blastocisto?

Según la RED LARA, la transferencia de blastocistos en día 5 o 6 tiene la ventaja de lograr una mejor sincronización entre el estadio embrionario y el grado de receptividad endometrial, así como el de eliminar aquellos embriones incapaces de desarrollarse después de la activación del genoma cigótico debido a defectos genéticos o metabólicos.

Hasta hace poco, los sistemas de cultivo celular *in vitro* no eran capaces de mantener adecuadamente el desarrollo embrionario hasta el estadio de blastocisto sin el uso adicional

de cocultivos. La introducción de medios de cultivo de tipo secuencial ha incrementado considerablemente la posibilidad de obtener *in vitro* embriones en estadio de blastocisto sin necesidad de cocultivos. Se ha sugerido que la transferencia de estos en el día 5 o 6 aumenta el potencial de implantación mejorando las tasas de embarazo, con la ventaja adicional de lograr éxito transfiriendo solo uno o dos blastocistos y, por tanto, disminuyendo la posibilidad de embarazos múltiples y aumentando la eficiencia global de la fertilización *in vitro*. En pacientes que desarrollan tres o más embriones de ocho células en el día 3, extender su cultivo en el medio secuencial hasta el estadio de blastocisto ha logrado tasas de implantación por embrión del orden del 40 %, con tasas de embarazo del 65 % por transferencia.

Si bien existe la posibilidad de gestación doble transfiriendo un solo embrión (gemelarización), la probabilidad es realmente baja.

Entonces, si se transfiere un solo embrión, ¿también podrían o no ser múltiples?

Como mencionamos, la tendencia actual en todo el mundo es la de transferir un solo embrión en estadio de blastocisto (5.º o 6.º día de desarrollo). Pero a veces, teniendo en cuenta la edad de la paciente, el tipo de ovario de la misma (en cuanto a reserva ovárica y características metabólicas del ovario), la calidad morfológica de los embriones (que no es garantía de calidad genética), la historia previa de infertilidad, o si son óvulos propios o donados, etc., se puede considerar la transferencia de dos embriones. No más. También (y por supuesto)

se tiene en consideración lo que piensan y sienten (el deseo) quienes intervienen en el proyecto de gestación.

Sin hacer tratamiento, ¿cómo es que un embarazo termina siendo de mellizos, trillizos o más?

Esta situación puede generarse de manera espontánea cuando una persona ovula dos ovocitos del mismo ovario o un ovocito de cada ovario, y cada uno de ellos es fertilizado por un espermatozoide. El 75 % de los gemelos son de este tipo y son los que clásicamente se denominan mellizos. Trillizos o cuatrillizos espontáneos son infrecuentes.

¿Cuál es la diferencia entre mellizos y gemelos?

En realidad, se trata de tres tipos de gemelos:

0 Monocigóticos o gemelos idénticos (1 óvulo + 1 espermatozoide).

Son aquellos en los que tras la fecundación de 1 óvulo y 1 espermatozoide se forma un huevo, y durante los siguientes 14 días, mientras se va desarrollando, sufre una división por causas desconocidas. Se obtienen así dos huevos idénticos que se conocen como gemelos. El 25 % de los gemelos son de este tipo.

Se caracterizan porque:

- * Serán del mismo sexo.
- * Se parecerán mucho en cuanto a color de los ojos, tamaño, etc.

- * Dentro de este grupo de gemelos monocigóticos existen diferentes tipos, según compartan placenta, bolsa de aguas y cordón umbilical:

Monocigóticos monoplacentarios biamnióticos: 1 placenta, 2 bolsas de agua, 2 cordones umbilicales.

Monocigóticos monoplacentarios monoamnióticos: 1 placenta, 1 bolsa de agua, 2 cordones umbilicales.

Monocigóticos diplacentarios biamnióticos: 2 placentas, 2 bolsas de agua, 2 cordones umbilicales.

2 Dicigóticos o gemelos no idénticos, que son los que clásicamente se denominan mellizos (2 óvulos + 2 espermatozoides).

Son aquellos que se originan por la fecundación de dos óvulos con dos espermatozoides.

Se caracterizan porque:

- * Podrán tener o no el mismo sexo.
- * Siempre habrá dos placentas, dos bolsas y dos cordones.
- * Podrán presentar características físicas diferentes, como los hermanos nacidos de dos embarazos diferentes.

3 Trillizos.

El embarazo triple es frecuente sobre todo en personas sometidas a tratamientos de estimulación ovárica, por problemas de fertilidad, pero en el embarazo espontáneo también puede tener lugar.

En el caso de trillizos se pueden dar:

- * 3 ovocitos fecundados por 3 espermatozoides (tres individuos diferentes). El parecido entre los trillizos es relativo.

- * 1 ovocito fecundado por 1 espermatozoide que posteriormente se divide en tres. Los trillizos son casi idénticos y del mismo sexo.
- * 2 ovocitos fecundados por 2 espermatozoides y uno de los óvulos fecundados se divide posteriormente. Dos son muy parecidos y del mismo sexo, y el tercero es algo diferente.

¿Cualquier persona gestante puede llevar adelante un embarazo múltiple?

Para empezar, hablamos de embarazo de alto riesgo:

- * Cuando es gemelar o múltiple.
- * Cuando hay antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores: abortos, prematuridad, hipertensión.
- * Si la paciente es menor de 18 años o mayor de 40 años.
- * Si tiene una historia familiar de anomalías hereditarias.
- * Si padece alguna enfermedad (anemia, hepatitis, desnutrición, diabetes, obesidad, hipertensión, enfermedades infecciosas...).
- * Si tiene alguna adicción (alcoholismo, tabaquismo, etc.).

Actualmente, con el uso de la ecografía, el embarazo gemelar (o de tres o más fetos) se diagnostica precozmente, hacia la semana cinco en la ecografía vaginal, donde se puede observar la existencia de una o varias imágenes; si se utiliza una ecografía abdominal, el diagnóstico se retrasa una semana. Según las características de la ecografía se podrá confirmar también el tipo de embarazo gemelar.

El aumento de peso que presenta un embarazo gemelar es mayor que el embarazo único, siendo, en general, de apro-

ximadamente 14-15 kilogramos. En el caso de trillizos el aumento de peso es más acusado, entre 19 y 23 kilogramos.

La sintomatología, en general, es la misma que en el embarazo único, destacando la mayor frecuencia de aparición de edemas, hipertensión y albúmina en orina.

En cuanto al aparato digestivo se observa un aumento de los síntomas propios de la gestación, como las náuseas, la pirosis o acidez y el estreñimiento. En caso de trillizos, las náuseas y el cansancio se presentan con más frecuencia.

Posiblemente sea el útero el órgano que sufre lógicamente más cambios para poder albergar dos o más fetos. Este crecimiento aumentado se pone de manifiesto ya a partir de los siete meses, donde el volumen del embarazo gemelar es igual que el de un embarazo único al final de la gestación.

Hasta la semana 30 el crecimiento de los bebés es el mismo que en el embarazo único; a partir de entonces se ralentiza.

Es importante plantearse un embarazo múltiple con calma. Se debe organizar todo desde el primer trimestre, que es cuando la madre todavía está ágil, para que cuando llegue el momento del parto no la sorprenda.

¿Qué consejos les das a tus pacientes cursando este tipo de embarazo?

Es fundamental en cualquier embarazo, pero en estos en particular, hacer un muy buen control obstétrico, en maternidades capaces de abordar el desafío, con un servicio de neonatología bien preparado (por la alta posibilidad de prematuridad) y mucha organización de la familia. Además, es fundamental el reposo, la hidratación y una buena alimentación.

En embarazos gemelares o de trillizos, el ginecólogo recomienda reposo y, por tanto, baja laboral aproximadamente a partir del sexto o séptimo mes, dependiendo siempre de la evolución del embarazo y de la presentación de comorbilidades.

¿Hasta qué semana acompañás a tus pacientes (ya embarazadas) y cuándo derivás al obstetra? ¿Por qué?

Generalmente evalúo a mis pacientes todo el primer trimestre (hasta semana 13) mientras van conociendo al obstetra (pero las acompaño siempre que me necesiten). Considero fundamental nuestro seguimiento durante el primer trimestre porque hay que regular bien la medicación que usamos como soporte de la fase lútea (habitualmente los obstetras generales, que no hacen fertilidad, no lo manejan), por ejemplo: los estrógenos y sobre todo la progesterona.

Además pido todos los estudios de rutina del primer trimestre (laboratorio específico completo, análisis de orina, ecografías seriadas y NT Plus) y ofrezco la realización del test de ADN fetal en sangre materna (para evaluar las cromosomopatías más frecuentes) que hoy ofrece la ciencia.

Los especialistas en medicina reproductiva además somos un nexo entre otras especialidades médicas que deberán intervenir en el logro del objetivo (recién nacidos vivos y sanos) y que son fundamentales en muchos casos (endocrinólogos, hematólogos, nutricionistas, etc.).

Nuestro aporte es desde la ciencia, pero sobre todo cuidamos, protegemos y contenemos.