

RECOMENDACIONES

ECOGRAFÍA SEMANA 12

En los próximos días se te va a realizar una ecografía en torno a la semana 12 de gestación. Para ello deberás acudir el día de la cita a la consulta de la **Unidad de Diagnóstico Prenatal y Patología Fetal** en alguno de estos centros:

**Centro Médico Quirónsalud
Manuel Siurot. Consulta 6**

📍 Avda. Manuel Siurot,
esquina Luca de Tena. Sevilla
☎️ Cita ISM: 955 095 096

**Hospital Quirónsalud
Infanta Luisa. Consulta 9**

📍 C/ San Jacinto 87. Sevilla
☎️ Cita ISM: 955 095 096

Por favor lee estas recomendaciones atentamente antes de acudir a la cita para la ecografía de la semana 12:

- **Acude 20-30 minutos antes de la hora de la cita**, ya que deberás pasar previamente a la **consulta de enfermería** para realizar medición de la tensión arterial.
- **Posteriormente, y antes de pasar a la consulta**, rogamos entregues también el volante de la compañía médica al personal de administración en el mostrador correspondiente.
- **Consentimiento Informado:** Una vez en la consulta deberás entregar el Consentimiento Informado del cribado que te dio tu ginecólogo habitual en la consulta, cumplimentado y firmado (ver también adjunto).
- **Evita aplicarte crema anti estrías, hidratante o aceite corporal en el abdomen**, al menos durante los 3 días anteriores al día de la cita. Así se evitarán interferencias en la transmisión de los ultrasonidos, obteniendo mejores imágenes.
- **Come de forma habitual el día de la cita.** No obstante, en el caso de que hayan transcurrido más de 2 horas desde la última comida, se aconseja tomar algún aperitivo azucarado media hora antes de la consulta.
- **2 acompañantes máximo:** Por las especiales características de las ecografías y en tu propio beneficio, se permite la presencia de un máximo de 2 acompañantes en la consulta.

- **Rogamos acudas sin niños a la consulta**, ya que su actividad puede distraer al especialista que realiza la exploración ecográfica. Es difícil que los menores comprendan el significado de este tipo de ecografía, y así se evitarán situaciones conflictivas en el caso de tener que informar del hallazgo de alguna alteración.
- **Rogamos desconectar los móviles** o habilitar la función de silencio en su defecto.
- **No está permitido la grabación de imágenes de la ecografía en la consulta.** Nuestro equipo te facilitará un informe escrito e imágenes de la exploración al finalizar la consulta.

Rogamos tengas en cuenta que...

- ✓ La ecografía de la semana 12 podrá ser realizada tanto vía vaginal como abdominal, incluso en ocasiones se combinan ambas vías para completar el estudio.
- ✓ Esta ecografía precoz se considera cada vez más importante, puesto que el diagnóstico de algunas anomalías se puede realizar precozmente y a su vez se pueden predecir algunas complicaciones del embarazo de forma temprana.

LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES DE ESTA ECOGRAFÍA DE LA SEMANA 12 SON:

- **Completar el cribado de cromosomopatías midiendo la Traslucencia Nucal (TN) y otros parámetros.** La medida de la TN se combina con la edad de la embarazada y con la analítica (previamente extraída) y nos proporcionará información sobre el riesgo de las anomalías cromosómicas más frecuentes.
- **Realizar un estudio de la anatomía fetal para descartar algunas anomalías anatómicas mayores** que ya pueden apreciarse en estas semanas. No obstante, en estas semanas el estudio anatómico es limitado por el reducido tamaño fetal por lo que se hará un estudio más detallado y en condiciones adecuadas en la semana 20 de embarazo.
- **Predecir el riesgo de desarrollar algunas complicaciones del embarazo**, como puede ser la hipertensión (preeclampsia precoz), e intentar prevenirla. Se realiza combinando las características maternas, algunos parámetros de la analítica del primer trimestre junto con la medición del flujo sanguíneo por las arterias uterinas.

RECUERDA

Traer la Cartilla de Embarazada y toda la documentación referente a tu embarazo.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIBADO DE CROMOSOMOPATIAS EN EL PRIMER TRIMESTRE

DOÑA DE AÑOS, CON
(NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DOMICILIO EN y DNI Nº

DOÑA DE AÑOS, CON
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

DOMICILIO EN y DNI Nº

EN CALIDAD DE DE
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

me ha informado de la posibilidad de efectuar una PRUEBA DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL PRIMER TRIMESTRE de mi gestación.

Se me ha explicado, he comprendido y he aceptado que:

1. Existen algunas alteraciones congénitas debidas a defectos cromosómicos, en las que falta o sobra de forma parcial o total alguno de los cromosomas de sus células. Que una de las más frecuentes es el síndrome de Down, en el que existe un cromosoma en exceso (el número 21 - trisomía 21-), que causa retraso mental y malformaciones en grado variable. Que el síndrome de Down se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 35 años, pero que, sin embargo, dos de cada tres nacidos con síndrome de Down lo hacen de madres menores de 35 años.
2. La prueba de cribado no es una prueba diagnóstica, el resultado permite determinar para cada embarazada el riesgo personalizado de que su hijo tenga un Síndrome de Down u otros síndromes (Edwards -trisomía 18- y Patau -trisomía 13-) es decir, alteraciones en los cromosomas que pueden tener graves consecuencias en su desarrollo físico y/o mental.
3. Esta prueba no supone riesgo para el embarazo y se realiza en dos pasos. El primer paso consiste en una extracción de sangre materna alrededor de semana 10 del embarazo, (entre las 8 - 13 semanas) y el segundo paso en la realización de una ecografía entre las semanas 11-13+6 para medir la translucencia nucal del feto. Los resultados se ofrecen en forma de cifras, un índice de riesgo que expresa la probabilidad de que mi hijo tenga una anomalía cromosómica. Dicha cifra se calcula a partir de una fórmula que tiene en cuenta la edad materna, el resultado de las determinaciones bioquímicas y la medida de la translucencia nucal. Se considera que es alto riesgo la prueba cuando el riesgo estimado en dicho análisis sea igual o superior a una cifra predeterminada (generalmente 1 en 250).
4. Mediante el cribado combinado de primer trimestre se obtiene una tasa de detección de estas alteraciones cromosómicas de hasta el 85% - 90%, con una tasa de falsos positivos de entre el 3% - 5%.
5. El resultado de alto riesgo no significa que el feto esté afecto, sólo plantea a los padres la opción de decidir realizar pruebas adicionales.

Actualmente existen tests prenatales no invasivos que mediante el análisis de ADN fetal en sangre materna pueden detectar estas anomalías cromosómicas (trisomías 21, 13 y 18) sin riesgos asociados. La especificidad y sensibilidad de estas pruebas es superior a la del cribado combinado de primer trimestre explicado anteriormente (publicado 99% de sensibilidad con <0.1% de falsos positivos para trisomía 21). Es preciso un informe médico para el laboratorio de referencia donde se vaya a realizar que, en caso de estar interesada, mi médico me facilitará, así como información acerca del coste de las mismas.

Las pruebas diagnósticas son la biopsia corial y la amniocentesis, según esté disponible el resultado del cribado antes de semana 15 o después de la 16. Estas pruebas se realizan de forma voluntaria y siempre podré rehusarlas. La decisión de realizar o no esta confirmación diagnóstica seguirá siendo mía. Hay aproximadamente un 1% de posibilidades de que el embarazo se interrumpa como consecuencia de la prueba invasiva (biopsia corial o amniocentesis) y de otros riesgos asociados como son la inmunización Rh en caso de madres Rh negativas, la rotura o la infección de la bolsa amniótica, etc.

Así pues, se me ha informado sobre las limitaciones inherentes a la prueba de cribado de cromosopatías en el primer trimestre.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance de la prueba de cribado de cromosopatías en el primer trimestre.

Y en tales condiciones, **CONSIENTO** que se me realice la prueba de cribado de cromosopatías en el primer trimestre.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo. EL/LA MÉDICO

Fdo. LA PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACIÓN

DOÑA DE AÑOS, CON
(NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DOMICILIO EN y DNI N°

DOÑA DE AÑOS, CON
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

DOMICILIO EN y DNI N°

EN CALIDAD DE DE
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir la prueba de cribado de cromosopatías en el primer trimestre, que doy con esta fecha finalizada.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo. EL/LA MÉDICO

Fdo. LA PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

DETECCIÓN PRECOZ 'SCREENING' DEL SÍNDROME DE DOWN PRIMER TRIMESTRE

Código
barras

(8 a 13 semanas y 6 días)

DATOS DE LA GESTANTE

(La extracción de sangre debe realizarse entre las 8-10 semanas de gestación)

APELLIDOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN:

PESO (KG):

PACIENTE DIABÉTICA (INSULINODEPENDIENTE): SÍ NO

DATOS ECOGRÁFICOS (IMPRESINDIBLE PARA EL ESTUDIO)

(Los datos ecográficos deben corresponder al período comprendido entre las 11-13 semanas y 6 días de gestación)

TRANSLUCENCIA NUCAL: mm C.R.L.: mm

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA:

SEMANAS Y DÍAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA ECOGRAFÍA:

SEMANAS: Y DÍAS:

NÚMERO DE EMBRIONES OBSERVADOS:

INSTRUCCIONES

ENVIAR AL LABORATORIO UNA FOTOCOPIA DEL INFORME MÉDICO ECOGRÁFICO.

Es OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS DATOS

DR./DRA. SOLICITANTE:

FIRMA:

SOLICITUD DE CITA

ECOGRAFÍA SEMANA 12

Solicita la cita para la ecografía de la semana 12 en nuestra **Unidad de Diagnóstico Prenatal y Patología Fetal**, en alguno de los siguientes centros y especialistas:

**CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD
MANUEL SIUROT**

- CONSULTA 6 -

Dra. Ana Castro Artero
Dra. Cristina Martínez Pancorbo
Dr. Manuel Perea Brenes
Dra. Rosa Fernández Macías
Dra. Teodora Alb Lucano

**HOSPITAL QUIRÓNSALUD
INFANTA LUISA**

- CONSULTA 9 -

Dra. Ana Castro Artero
Dr. Manuel Vargas Broquetas

Fecha recomendada* (a cumplimentar por el especialista):

Entre el y el*

* Si no hubiese cita disponible con el cuadro médico indicado en la fecha prescrita, rogamos contactar con **ISM, Instituto Sevillano de la Mujer** en el **955 095 096**. Allí tomarán tus datos y te informarán telefónicamente de la cita que nuestra **Unidad de Diagnóstico Prenatal y Patología Fetal** puede ofrecerte.

El día de la cita es:

Fdo.: