

## Embarazo de alto riesgo. ¿Para quién?

Marco A. Ávila-Vergara\*

<sup>a</sup>Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Sinaloa.

<sup>b</sup>Departamento Clínico de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Regional No. 1, Culiacán, Sinaloa. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recibido 05 agosto 2013; aceptado 25 noviembre 2013

“México está lejos de cumplir la Meta del Milenio en Mortalidad Materna en 2015”

CONEVAL. Nov. 2012

### 1. Introducción

El concepto de “normalidad” en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado.<sup>1</sup> Según la OMS el parto normal es de comienzo espontáneo, con bajo riesgo al comienzo del parto y manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las 37 a 42 semanas completas de gestación. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. Al definir parto normal se han tomado en cuenta dos factores: riesgo del embarazo y el curso de la labor de parto y nacimiento. De manera general 70 a 80 % de los partos son de bajo riesgo.

En los países en desarrollo como México se intenta que toda mujer tenga un parto seguro, según el Plan Nacional de Desarrollo (PND).<sup>2</sup>

El punto de partida para lograr un parto seguro es la evaluación del riesgo. Por lo tanto debe tenerse muy claro qué es un parto natural o normal. Una afirmación muy frecuente es “un nacimiento sólo puede ser declarado normal retrospectivamente”. Lo cual significa que todo parto debería ser vigilado como si fuera un parto complicado o de alto riesgo. Este concepto tiene las desventajas que un evento fisiológico como el parto, se convierta en un procedimiento médico que interfiere la libertad de la mujer a experimentar el nacimiento de sus hijos a su manera y en el sitio que ella elija; conlleva intervenciones innecesarias y su aplicación requiere de todo un grupo de personal cali-

ficado y hospitales bien equipados con el consiguiente costo.

El fenómeno mundial de la creciente emigración a la ciudad, está haciendo que un gran número de mujeres emigren a la ciudad y dar a luz en unidades obstétricas, tengan partos normales o complicados. Hay una tendencia muy marcada de tratar todos los partos rutinariamente con el mismo alto grado de intervencionismo, sean complicados o no.

Las recomendaciones para la aplicación de las intervenciones que favorezcan el proceso del parto sin complicaciones, no son específicos para una región o país. Deben partir de la mejor evidencia disponible y establecer las guías clínicas para la atención del parto normal y complicado.

Entonces el punto de partida es el análisis de los factores de riesgo. En la práctica médica común empieza durante el período prenatal. Algunos autores han propuesto que puede conseguirse simplemente determinando la edad materna, estatura, paridad, preguntando acerca de complicaciones obstétricas, como muertes fetales intrauterinas previas o cesáreas, y buscando posibles anomalías en el presente embarazo como preeclampsia, embarazo múltiple, hemorragia anteparto, anemia severa.<sup>3</sup> O sistemas de puntuación del riesgo.<sup>4-7</sup> El valor predictivo de estos sistemas está muy lejos del 100%.

Desde hace décadas, lo que se conoce como “enfoque de riesgos” ha determinado decisiones acerca del parto, el lugar, su tipo y las personas que lo asisten.<sup>8</sup> El problema con muchos de estos sistemas es que han catalogado a un desproporcionado número de mujeres como de riesgo, con la posibilidad de que acaben teniendo un alto grado de intervencionismo durante el

\*Dr. Marco Antonio Ávila Vergara. Dirección: Facultad de Medicina. UAS. Av. Cedros y Calle Sauces S/N, Fraccionamiento los Fresnos. Culiacán, Sinaloa. CP 80019. Fax 01(667) 753 88 01 E-mail: marco555444@msn.com

parto. Otro problema añadido es que, a pesar de una escrupulosa clasificación, el enfoque de los riesgos falla significativamente a la hora de identificar a muchas de las mujeres, que de hecho necesitarán asistencia para un parto complicado. Así mismo, muchas de las mujeres etiquetadas de “alto riesgo” tendrán partos perfectamente normales.

Durante el parto recobra sentido el aforismo de Jacques Monod. “La vida es producto del azar y la necesidad”, de su ensayo sobre la filosofía natural de la biología moderna. Así, para definir un embarazo de alto riesgo, es necesario considerar la biología de la reproducción del humano y las complicaciones inherentes del proceso de nacer. Además, la necesidad de contar con los mejores instrumentos de reconocimiento de los factores de riesgo durante los períodos preconcepcional y durante el embarazo; la identificación del desarrollo del feto en las mejores condiciones maternas y al momento de la labor de parto, el menor número de intervenciones.

Conocer la probabilidad que cada paciente tiene de presentar un embarazo complicado, es una tarea no terminada. La evaluación del riesgo debe considerar, además de los factores personales, los niveles de asistencia.

## 2. Embarazo de alto riesgo

**Definición 1** Según la NOM-007-SSA2-1993 embarazo de alto riesgo es “Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario”.

La identificación del embarazo de alto riesgo distingue dos brazos principales:<sup>9</sup>

1. Alto riesgo obstétrico
2. Alto riesgo fetal

Los objetivos comunes son que la madre reciba la mejor oportunidad de atención médica para un parto con las menores complicaciones, y el nacimiento de un bebé vivo sin desventajas físicas y mentales.

El resultado primario de las intervenciones se mide como muerte materna y muerte fetal. Los resultados

secundarios son variados, de acuerdo a la condición particular que presente la madre o el feto y se expresan como la morbilidad asociada al factor considerado de riesgo.

Según la OMS “La evaluación de los riesgos no es una medida única que se haga simplemente una sola vez, sino que es un procedimiento continuo durante todo el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la decisión de referir a la mujer a niveles atención más especializados”

Las guías clínicas recomiendan para su identificación los siguientes rubros:<sup>10-12</sup>

Antes del embarazo son importantes las siguientes preguntas:

- ¿Inmunizaciones?
- ¿Evaluación del riesgo pregestacional?
- ¿Evaluación del ambiente laboral/estilos de vida/nutricional?
- ¿Tamizaje de enfermedades infecciosas/ETS?
- ¿Evaluación del riesgo genético?
- ¿Tratamiento de infertilidad?

Durante el embarazo: Si presenta alguna de las siguientes condiciones médicas:

### Cardiovascular

- Enfermedad cardíaca confirmada
- Hipertensión

### Respiratoria

- Asma
- Fibrosis quística

### Hematológica

- Hemoglobinopatías
- Antecedente de tromboembolia
- Trombocitopenia ( $\leq 100,000$ )
- Enfermedad de Von Willebrand
- Hemorragia
- Isoinmunización materno-fetal

### Infecciosos

- HIV
- Hepatitis
- TORSCH
- TB

## Inmunológicos

- LES
- Escleroderma

## Endocrinos

- Hipertiroidismo/hipotiroidismo inestable
- Diabetes

## Renal

- Función anormal renal

## Neurológica

- Epilepsia
- Miastenia gravis
- Accidente cerebrovascular previo
- Trastornos de la columna vertebral
- Déficit neurológico
- Fractura de pelvis

## Gastrointestinal

- Pruebas funcionales hepáticas anormales, enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa

## Psiquiátricas

- Depresión
- Complicaciones en embarazos anteriores
- Muerte fetal (óbito) o del neonato relacionada al parto
- Encefalopatía hipóxico-isquémica
- Preeclampsia/eclampsia/HELLP
- Parto pretérmino
- Ruptura uterina, “incisión en ancla”, cesárea corporal
- Hemorragia post-parto primaria
- Retención de placenta
- Cesárea previa
- Distocia de hombros

Si desarrolla en el curso del embarazo actual alguna de las siguientes condiciones:

## Embarazo múltiple

- Placenta previa
- EHAE
- APP
- RPM
- DPPNI
- Anemia ( $Hb \leq 8.5g/dL$ ) al inicio del parto
- Óbito
- Inducción del parto
- Presentaciones de nalgas, situación transversa
- $IMC \geq 35Kg/m^2$
- Hemorragia recurrente anteparto
- Feto pequeño (SGA/IUGR)
- FCF anormal
- Oligohidramnios/polihidramnios

De acuerdo al factor de riesgo identificado se establecen los cuidados médicos, así como la programación y atención del parto (vaginal o cesárea).<sup>13,14</sup> Ver Cuadro 1.

### 3. Comentario

La asignación de un estado de alto riesgo a la mujer embarazada, a menudo resulta en magnificar un problema clínico y una cascada de intervenciones tecnológicas pueden seguir, a los cuidados clínicos habituales.

El “Ethos” del médico que atiende un parto, parte de que el embarazo es un proceso fisiológico, no una enfermedad; y que el nacimiento natural es por la vía vaginal. Estamos muy lejos aún de prever un mal resultado perinatal. La paradoja sigue presente. Una mujer que cursa con embarazo normal y sin antecedentes de riesgo, de un día a otro ya no late el corazón del feto o la madre presenta una complicación de manera súbita y morir, a pesar de cumplir un régimen de atención prenatal adecuada.

Esto plantea problemas para la investigación y práctica clínica que se basa en sistemas de puntuación de alto riesgo para caracterizar la probabilidad de eventos adversos (verosimilitud).

Actualmente está a valoración si la alta tecnología aplicada al binomio madre-feto realmente disminuye la morbilidad y mortalidad fetal, ya que los sistemas de evaluación basados en categorías y puntuaciones, no son lo suficientemente robustos para esta tarea.<sup>15-17</sup>

**Cuadro 2.** Tiempo de interrupción del embarazo complicado

<b>Factores</b>	<b>Edad gestacional (semanas)</b>
<b>PLACENTARIOS Y UTERINOS</b>	
Placenta previa	36-37
Acretismo placentario	34-35
Cesárea previa "clásica" corporal	36-37
Miomectomía intramural	37-38
<b>FETALES</b>	
Restricción del crecimiento fetal intrauterino, si no hay otras complicaciones	38-39
Restricción del crecimiento fetal intrauterino, con otras complicaciones concurrentes	34-37
Gemelos, bicorionicos/biamnióticos	38
Gemelos, monocorionicos/biamnióticos	34-37
Oligohidramnios, aislado y persistente	36-37
<b>MATERNAS</b>	
Hipertensión crónica, controlada médicamente	37-39
Hipertensión gestacional	37-38
Preeclampsia leve	37
Preeclampsia severa	Al diagnosticarse
Diabetes pregestacional bien controlada	40 No se recomienda inductoconducción
Diabetes pregestacional descontrolada	34-39
Diabetes gestacional bien controlada	40 No se recomienda inductoconducción
Diabetes gestacional descontrolada	34-39
<b>OBSTÉTRICAS</b>	
Antecedente de óbito	39-40. No se recomienda inductoconducción
RPM	34 semanas o después
Electiva*	39

## Referencias

1. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1996.
2. Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018. Gobierno de la República. Estados Unidos Mexicanos.
3. De Groot ANJA, Slort W, Van Roosmalen J. Assessment of the risk approach to maternity care in a district hospital in rural Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;40:33-37.
4. Coopland AT, Peddle LJ, Baskett TF, Rollwagen R, Simpson A, Parker E. A simplified antepartum high-risk pregnancy scoring form: statistical analysis of 5459 cases. *CMA Journal* 1977;116(7):999-1001.
5. Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew M, Neilson J. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, 2nd edition, Oxford University Press, 1995.
6. Hobel CJ, Hyvarinen MA, Okada DM. Prenatal and intrapartum high-risk screening. I. Prediction of the high risk neonate, *Am J Obstet Gynecol* 1973;117(1):1-9
7. Nesbitt REL Jr. *JAMA* 1969;208(1):158-160.
8. Organización Panamericana de la Salud. El enfoque epidemiológico de riesgo en la atención a la salud. En: *Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno-infantil*. 2a edición. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 7; 1999. Capítulo 2: pp. 12-36.
9. Aubry RH, Pennington JC. Identification and evaluation of high-risk pregnancy: the perinatal concept. *Clin Obstet Gynecol* 1973;16(1):3-27.
10. Akkerman D, Cleland L, Croft G, et al. Routine prenatal care. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Updated July 2012.
11. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal Care. Clinical Guideline*. RCGO Press, London 2008.
12. Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and The Royal College of Midwives. September 2010.
13. National Guideline Clearinghouse. NGC 007174 Antenatal care, 2011.
14. National Guideline Clearinghouse. NGC 009032 Cesarean section, 2011.
15. Pattinson R, Kerber K, Buchmann E, et al. Stillbirths: how can health systems deliver for mothers and babies?, *Lancet* 2011;377:1610-1623.
16. Alfirevic Z, Stampa T, Gyte GML. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *The Cochrane Library* 2013, Issue 11.
17. Orleans M, Haverkamp AD. Are there health risks in using risking systems? *Health Policy* 1987;7:297-307.