

Tema 5.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Dr. Yuri Alberto Pérez Rúa

A. DEFINICIÓN

Complicaciones relacionadas con el embarazo, patología médica y/o instancia de riesgo relacionado a la salud. Aparición o incremento de las complicaciones que puedan ocasionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Secuelas transitorias y/o permanentes en la madre y el recién nacido

B. EPIDEMIOLOGÍA

Hacia el año 2000, la OMS lanza una iniciativa "REDUCIR LOS RIESGOS DEL EMBARAZO", esta propuesta para lograr una maternidad sin riesgo tiene una base conceptual en la carta de Ottawa de 1986, que promueve la salud y luego fomenta la salud de la madre y el recién nacido como se evidencia en un informe en la sede de la OMS en octubre del 2001. Cada año, según la OMS, quedan embarazadas cerca de 210 millones de mujeres, unas 30 millones sufren complicaciones y 515000 de estas mujeres mueren, 3 millones de bebés son mortinatos, unos 4 millones mueren en el primer año de vida y millones sufren alguna discapacidad, bien se sabe que estas tragedias son evitables.

La iniciativa de Reducir los Riesgos del Embarazo (RRE) fundamenta la OMS, en la declaración conjunta con UNICEF, el FNUAP y el Banco Mundial sobre la reducción de la mortalidad materna emitida en 1999. La base de esta iniciativa es la función activa de las mujeres, de los hombres, las familias, las comunidades y el desarrollo de sus capacidades para la salud, y, la elección de alternativas saludables es esencial para lograr mejoras en la salud de la madre y el recién nacido, además de asegurar un entorno familiar y comunitario de apoyo. Alrededor de un 15% del total de mujeres embarazadas, manifiestan complicaciones potencialmente mortales que requieren de atención calificada y en algunos casos una intervención obstétrica importante para que sobrevivan.

En Bolivia, el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) es la principal política dirigida a disminuir los riesgos a través de la mejora en la accesibilidad a los centros de salud, a partir de no tener costo la consulta externa o la internación, el control prenatal precoz y el parto institucional.

C. ETIOPATOGENÍA

Según el criterio para clasificar a las mujeres para el componente básico del control prenatal, aquellas que no califiquen tienen un factor de riesgo que debe seguirse con mayor

rigor y frecuencia, estableciendo conductas de manera distinta al del embarazo calificado para el componente básico. La calificación se realiza en base a 18 puntos, si una mujer embarazada coincide con alguno de estos puntos se considera como un factor de riesgo del embarazo.

Los 18 puntos son los siguientes:

1. Antecedentes obstétricos.

- a. Muerte fetal o neonatal previas.
- b. Antecedentes de 3 o mas abortos espontáneos consecutivos.
- c. Peso menor a 2500g del último bebé.
- d. Peso mayor a 4500g del último bebé.
- e. Hipertensión, Preeclampsia o Eclampsia en el último embarazo.
- f. Cirugías previas en el tracto reproductivo.

2. Embarazo actual.

- a. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.
- b. Menor de 16 años de edad.
- c. Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o anteriores.
- d. Hemorragia vaginal.
- e. Masa pélvica.
- f. Presión arterial diastólica de 90 mmHg o más durante el registro de datos.

3. Historia clínica general.

- a. Diabetes Mellitas insulino dependientes.
- b. Nefropatía.
- c. Cardiopatía.
- d. Consumo de drogas incluido el alcohol.
- e. CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O AFECCIÓN MÉDICA SEVERA.

D. MANIFESTACIONES CLINICAS

Fundamentalmente se basa en la evaluación inicial rápida, que determina rápidamente el grado de riesgo de la embarazada.

1. Sangrado vaginal en etapa inicial o avanzada del embarazo.
2. Convulsiones o estado inconsciente, con Presión Arterial mayor a 90 mmHg.
3. Fiebre alta, temperatura corporal de 38 °C o más.
4. Dolor Abdominal.
5. Rotura de Membranas.
6. Palidez marcada o cianosis.
7. Debilidad, caquexia, decaimiento evidente.

8. Sensaciones de desmayo o pérdida de la conciencia.
9. Cefaleas severas.
10. Visión borrosa.
11. Vómito.
12. Dificultad respiratoria.

E. CONTROL PRE NATAL

La atención de la mujer embarazada en instituciones de primer nivel de complejidad o en su vivienda, realizadas por el médico, partera calificada o agente de salud comunitario, debe recordar continuamente la capacidad resolutive tanto de su persona como de todo el apoyo que requiere para la resolución de un caso complicado. Es fundamental la identificación de factores de riesgo como se recomendó anteriormente, además de la capacidad de identificar clínicamente manifestaciones de la complicación de un embarazo de alto riesgo, que requiera un control especializado o una intervención sobre el mismo a fin de precautelar por la vida del binomio madre niño. La conducta clave es el evaluar adecuadamente para la derivación, esta puede presentarse en la primera consulta, la última o la única que pueda realizarse en la institución o su vivienda.

F. SIGNOS Y SÍNTOMAS IMPORTANTES

1. El peso.

El incremento anormal del mismo se lo identifica controlando el mismo y comparando con el último de referencia, registrado en la curva de control de incremento de peso materno del carné perinatal; si no se tiene datos de referencia, es importante aplicar el cálculo del mismo con tablas de percentiles diseñadas por el CLAP, que permite aproximarse al peso ideal según la talla y edad gestacional. El edema suele ser el signo mas evidente, pero además se tomará en cuenta un incremento anormal sin edema evidente (edema oculto) traducido por aumento de peso mayor a 500g por semana o de mas de 2000g por mes de embarazo, es claro que ambos signos alertan a una pre eclampsia.

2. Presión arterial.

Se refiere a la presión arterial durante la gestación, muy poco o nada se debe modificar, poco por haberse detectado en el inicio del embarazo, por los vómitos y pérdida de peso en muchas mujeres hay un ligero descenso de no menos 1 mmHg. Cualquier incremento debe ser considerado desde 2 puntos de vista, primero cualquier presión arterial cuya mínima sea mas 90 mmHg es considerada incrementada, segundo la presión de base de muchas mujeres es baja por lo cual el incremento de 20 mmHg de la mínima sobre la basal o 30 mmHg de la sistólica se considerará hipertensión arterial en el embarazo. Este es un signo clave de diagnostico de pre-eclampsia o hipertensión y embarazo.

3. Cefaleas y estado de conciencia.

La manifestación de dolor de cabeza es frecuente y como bien se sabe tiene múltiples etiologías, suele acompañarse de fotopsias, tinitus y mareos, asociados a edema y presión arterial elevada, evidencia clara de pre eclampsia. Cualquier alteración en el estado de conciencia como la somnolencia, convulsión o el coma, es evidencia de alteración del Sistema Nervioso Central, cuya causa mas frecuente es la eclampsia.

4. Actividad uterina.

Determinar si la actividad uterina es un trabajo de parto, evidenciada por modificaciones del cuello cervical y actividad uterina continua; la importancia radica además en determinar:

- a. Edad gestacional menor a 37 semanas que determina una amenaza de parto prematuro.
- b. La estática fetal para determinar la vía de terminación.
- c. El estado del útero, si existe cicatrices previas y el grado de dilatación cervical para determinar si se puede detener el trabajo de parto o es inminente el mismo, como la forma de terminación, vía vaginal o vía cesárea.
- d. El estado de las membranas, cuya rotura condiciona potencialmente una infección del contenido uterino, esta se agravara si el embarazo es pre término y aun más cuanto menor sea la edad gestacional.

5. Hemorragia genital.

La hemorragia en cualquier edad gestacional del embarazo es una emergencia, este siempre requiere de apoyo como sangre, laboratorios e intervenciones rápidas y eficaces pues la hemorragia amenaza la vida en cuestión de minutos.

G. VITALIDAD FETAL

La evaluación del feto, es la otra parte importante en la determinación de alto riesgo que comprometa la vida del mismo, cualquier modificación importante en la frecuencia cardiaca fetal que este fuera de los parámetros considerados clínicamente normales. No deberá jamás variar la frecuencia, así esta se encuentre dentro del rango, es decir la misma debe ser constante, de lo contrario estamos frente a Sufrimiento Fetal Agudo.

Los movimientos fetales, si estos disminuyen o desaparecen indicarán riesgo de muerte fetal. El crecimiento anormal del útero nos evidencia un producto pequeño, macrosómico o múltiple. La estática fetal por medio de las maniobras de Leopold, determina si hay situación transversa, presentación podálica o una desproporción céfalo pélvica.

H. LABORATORIO Y GABINETE

Todo examen de laboratorio que presente resultados fuera de parámetros normales debe ser analizado con precisión, considerar una anemia, infección de vías urinarias, infección sistémica, alteraciones hepáticas o renales, que ameritan un manejo especializado. Todo

informe ecográfico, radiológico u otro de gabinete, que reporte y además muestre imagen alterada considerar estado de la placenta, vitalidad fetal, masa pélvica o malformaciones fetales.

I. CONDUCTA Y PRONÓSTICO

La conducta básica es identificar los factores de riesgo, los signos y síntomas de alteración, con el fin de realizar una referencia al nivel correspondiente en forma adecuada. Identificar puntos vulnerables que ameriten una estabilización antes de la referencia, como la amenaza de parto prematuro o la eclampsia convulsiva. El pronóstico mejora cuando se aplican las normas de estabilización y se previenen las condiciones para la referencia, como el lugar, la comunicación y el consentimiento informado. La oportunidad radica en determinar los tiempos adecuados de referencia, tanto el tiempo de la distancia de transporte, como el momento oportuno de realizar la misma, velando por la atención y resolución inmediata del caso referido por el personal competente del nivel donde fue referido.

J. BIBLIOGRAFÍA

1. *Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Ensayo clínico aleatorizado de control Prenatal de la OMS. Ginebra, 2003.*
2. *Manejo de las complicaciones del Embarazo y el Parto. IMPAC – Departamento de Salud Reproductiva e investigaciones conexas. OMS, 2000.*
3. *Medicina Preventiva basada en la evidencia. Ministerio de Salud y Prevención Social. La Paz – Bolivia (lago Titikaka), Mayo 2002.*
4. *Modelo de Responsabilidad compartida. Prepararse para el parto y alistarse en caso de complicaciones. Programa Salud Materna Neonatal USAID. Acuerdo N° HRN-A-00-98-00043-00.*
5. *Perfil Socio Demográfico Municipal. Información para la toma de decisiones. Ministerio de Desarrollo Sostenible, Ministerio de Salud y Deportes, OPS, OMS. La Paz – Bolivia, 2004.*
6. *Alvarado JC. Manual de Obstetricia. Universidad San Marcos. Primera Edición. Lima: Editorial Litografía Gavelan Hnos., 1994.*
7. *Santarelli C. Individuos Familias y Comunidades. Reducir los riesgos del embarazo, para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. OMS, Ginebra, Noviembre 2002.*