



Federación Colombiana de Asociaciones de
Perinatología y Medicina Materno Fetal
FECOPEN

Embarazo de Alto Riesgo

Definiciones

Embarazo de bajo riesgo: es el que transcurre en patrones de normalidad o sin patología dentro de los cambios que esperaríamos encontrar en la madre y que conlleva un feto y recién nacido con un adecuado crecimiento y desarrollo biopsicosocial (Ej. mujer sin condiciones anormales como una paciente joven de 20-26 años, sana, sin evidencia o antecedentes de enfermedad, que no toma alcohol y no fuma).

Embarazo de alto riesgo: Se reconocen como embarazos de Alto Riesgo aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbilidad materna y perinatal superior a la de la población general. En estos casos es de suma importancia identificar tempranamente los factores de riesgo y valorar su importancia relativa frente al resultado perinatal, para realizar la intervención pertinente y disminuir así las consecuencias adversas de los mismos.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquella característica o circunstancia identificable que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad. Cada factor de riesgo tiene un impacto, prevalencia y complicaciones específicos para la madre, el feto o ambos.

Se consideran cuatro grandes grupos:

- **Psicosociales:** El stress psicosocial aumenta posibilidad de resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas y un 44% para complicaciones neonatales, siendo un factor crítico determinante del resultado perinatal cuando las embarazadas no presentan factores de riesgo biomédicos. La ansiedad, el soporte familiar inadecuado
- **Antecedentes médicos:** El embarazo es un gran desafío fisiológico para la mujer, porque condiciona una serie de cambios que ponen a prueba su capacidad de adaptación y su reserva, y las patologías que alteran esta capacidad de adaptación pueden manifestarse significativamente durante el embarazo. Las patologías crónicas maternas que pueden afectar el embarazo son diversas, pero algunas de ellas tienden a complicarse más en este estado.

Entre las complicaciones más frecuentes están la descompensación de la Hipertensión Arterial Crónica con el consiguiente daño para el feto, la Pre-eclampsia añadida o no a la hipertensión, que en algunos casos puede ser agravada con riesgo, en este caso para la vida de la mujer, la Diabetes

Gestacional, los problemas tromboembólicos con las complicaciones propias de esta patología hasta llegar al tromboembolismo pulmonar, alteraciones del sistema endocrino como el hipo e hipertiroidismo.

La asociación de hipertensión materna con embarazo es una de las principales causas de muerte materna, así como de muerte fetal, crecimiento intrauterino retardado, desprendimiento placentario y sufrimiento fetal agudo. Su detección y tratamiento precoz mejoran el resultado perinatal y disminuyen las complicaciones maternas.

- **Antecedentes reproductivos:** Total de embarazos y partos; abortos, ectópicos, molas; parto prematuro o prolongado, intervalos intergenésicos cortos; placenta previa, desprendimiento placentario; ruptura prematura de membranas; polihidramnios, oligoamnios(exceso o escasez de líquido amniótico), retardo en el crecimiento intrauterino; parto por cesárea; retención placentaria o infecciones en el postparto; hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y bajo peso al nacer.

Categorías de riesgo

Riesgo bajo

Gestantes en las que no se han podido identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguientes.

Riesgo medio (I)

Anomalías pélvicas
Cardiopatía leve
Condiciones socioeconómicas desfavorables
Embarazo no deseado
Estatura baja
Control insuficiente de la gestación
Esterilidad previa
Fumadora habitual
Edad inferior a 16 años o superior a 38 años
Gestante Rh negativo
Gran multiparidad
Incremento excesivo o insuficiente de peso
Obesidad no mórbida

Riesgo de ETS

Infección urinaria o bacteriuria asintomática
Riesgo laboral
Sangrado genital en el primer trimestre
Periodo intergenésico inferior a 12 meses

Riesgo alto (II)

Anemia grave
Cardiopatía moderada
Cirugía uterina previa
Diabetes gestacional
Embarazo gemelar
Endocrinopatía
Obesidad mórbida
Preeclampsia leve
Infección materna:
- Hepatitis B, Sífilis, Herpes tipo II, Citomegalovirus, Rubeola, Toxoplasmosis, VIH, Pielonefritis, Estreptococo beta- hemolítico
Sospecha de malformación fetal

Riesgo muy alto (III)

Amenaza de parto prematuro
Cardiopatías severas Diabetes
pregestacional Drogadicción y
alcoholismo Malformación fetal
confirmada
Gestación múltiple (más de 2 fetos)
Muerte fetal confirmada
Muerte perinatal recurrente
Incompetencia cervical
Retraso del crecimiento intrauterino
Patología asociada grave
Placenta previa
Preeclampsia grave
Rotura prematura de membranas en el pretérmino

RIESGO DEL PARTO ASOCIADO A PATOLOGIA MATERNA

	DIABETES	HIPERTENSION CRONICA	CIRUGIA UTERINA	CARDIOPATIA
FRECUENCIA	0.3% - 1%	0.3%-2%	2%-3%	1%-2%
Riesgo materno en el parto	Traumatismo obstétrico. Descompensación metabólica	DPPNI (4% de las hipertensas). Accidente cerebrovascular. Eclampsia sobreagregada	Rotura uterina Mayor frecuencia de intervenciones obstétricas	Insuficiencia cardíaca. Edema pulmonar agudo Enfermedad tromboembólica Endocarditis bacteriana
Riesgo fetoneonatal	Malformaciones Macrosomía Infección neonatal Hipoglicemia	RCIU Sufrimiento fetal agudo	Derivado del riesgo materno. Traumatismo obstétrico	RCIU Prematuridad Sufrimiento fetal agudo Depresión neonatal

Controles generales en gestaciones de alto riesgo

- Primera consulta

Anamnesis:

Filiación
Antecedentes familiares
Antecedentes personales
Antecedentes obstétricos y ginecológicos
Gestación actual

En cuanto a exámenes de laboratorio y demás exploraciones complementarias iniciales serán básicamente las mismas que el control de un embarazo normal de bajo riesgo. Además, pediremos aquellas pruebas que nos ayuden más al control de la patología propia de cada paciente (electrocardiograma, ecocardiografía en patología cardíaca, marcadores serológicos en infecciones virales, etc.), y cuando corresponda, interconsulta a nutricionista, psicólogo, genetista y otros especialistas clínicos o quirúrgicos

- Consultas posteriores

La frecuencia de cada visita y las exploraciones complementarias vendrán determinadas por el tipo de enfermedad y por la severidad de la misma.

Siempre habrá que controlar:

- Peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca
- Latidos cardíacos fetales, movimientos fetales, altura o tamaño uterino y detección de actividad uterina.
- El examen vaginal ("tacto") se indica siempre en la primera consulta (además de la exploración con espéculo), y cuando esté indicado valorar cambios en el cuello si la paciente presenta actividad uterina (contracciones).
- Periódicamente y de acuerdo a la presunción del riesgo se realizarán ecografías para evaluar el desarrollo y bienestar fetal, estimar el peso y el volumen del líquido amniótico y otros parámetros según cada caso particular.
- Si el riesgo se deriva de una enfermedad preexistente o concurrente con el embarazo se deberá hacer el seguimiento específico. Si la paciente es hipertensa crónica se indican exámenes para valorar función renal, fondo de ojo y monitoreo de tensión arterial; si es diabética, determinaciones seriadas de glucosa en sangre y orina además de otros exámenes para evaluar el control metabólico y ecografías para valorar anatomía y desarrollo fetal.

Un hecho importante en el control del embarazo de alto riesgo obstétrico es mantener a la paciente informada de:

Pronóstico de su gestación, influencia de la gestación en su enfermedad de base, posibles complicaciones que pueden esperarse y su frecuencia aproximada, posible prevención y/o tratamiento de las complicaciones, frecuencia de consultas y de exámenes especiales o ecografías que se prevé va a necesitar, signos de alarma previsibles por los que deberá acudir al hospital antes de las visitas programadas

La vía y momento de finalización del embarazo dependerá en cada caso concreto de las particularidades del mismo, teniendo siempre en cuenta la existencia de dos pacientes (al menos) y la interdependencia entre ellos y procurando siempre su bienestar.