

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Dr. Angel Gonzalo Díaz

BIBLIOTECA
CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
Y DESARROLLO HUMANO (CLAP)
MONTEVIDEO - URUGUAY
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

El embarazo de alto riesgo es aquél en donde el feto y/o la madre tienen una alta probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.

1. MORTALIDAD PERINATAL

La tasa de mortalidad sigue siendo el instrumento más importante para medir los riesgos perinatales. No obstante, indicadores no tan groseros, como ser: peso del neonato, evaluación del estado neurológico al nacer, al año, maduración psiconeurológica en la primer infancia, etc. podrían llegar a ser mucho más valiosos en la medida que constituyeran una información accesible.

En la figura 1, se esquematizan los criterios de clasificación de las tasas de mortalidad fetal e infantil.

BIBLIOTECA
CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
Y DESARROLLO HUMANO (CLAP)
MONTEVIDEO - URUGUAY
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Figura 1

2.

A la izquierda figura la mortalidad fetal, dividida en sus tres componentes, temprana, intermedia y tardía. La temprana está comprendida entre el inicio de la concepción y las veinte semanas de gestación, en donde el producto adquiere un peso alrededor de 500 g. Este período es también considerado como aborto. La mortalidad fetal intermedia está comprendida entre las 20 y 28 semanas de gestación (con peso de los productos entre 500 y 1000 g aproximadamente). La mortalidad fetal tardía es la que acontece entre las 28 semanas y el parto. Mientras que la intermedia considera el período del parto de feto inmaduro, la tardía lo hace con el de prematuro, de término y de posttérmino. Esta división de la mortalidad fetal en tres componentes se fundamenta en que las causas de muerte del producto de la gestación son distintas para cada uno de los períodos considerados. La mortalidad infantil es la que acontece en el primer año de vida. Se divide en la del primer mes (mortalidad neonatal) y la de los meses siguientes (mortalidad postneonatal). Esta diferencia se basa en el hecho de que la mortalidad neonatal se debe en gran parte a causas vinculadas con el proceso reproductivo (endógenas) mientras que la postneonatal depende más de factores exógenos, vinculados con el medio ambiente en que el niño se desarrolla (infecciones, problemas nutricionales, etc.).

Como la mortalidad fetal tardía y la neonatal guardan entre sí estrecha relación por depender presuntamente de causas similares, su suma se consideró un lógico indicador de la eficacia del proceso reproductivo. Este concepto, llamado mortalidad perinatal hasta el año 1968 consideró la suma de la mortalidad fetal tardía y la neonatal (desde las 28 semanas de gestación hasta el primer mes de vida). Desde esa fecha la mortalidad perinatal fue restringida a la suma de la fetal tardía y la neonatal precoz, la de la primera semana de vida, excluyendo por lo tanto las tres semanas siguientes incluidas anteriormente. Esta restricción se basó en el hecho de que si bien en la mortalidad neonatal (la del primer mes) pesan fundamentalmente factores causales vinculados con el proceso de gestación, a medida que se aleja del momento del parto aumenta la influencia de los factores ambientales. En la primera semana de vida, éstos juegan muy poco, por lo que se podría asegurar que la problemática del embarazo y parto lo hacen en forma casi exclusiva. Este concepto restringido sería, por lo tanto, un indicador mucho más fiel que el anterior.

Quando la mortalidad infantil se reduce, la disminución más rápida se produce en el grupo etáreo comprendido entre los 28 días y 1 año. La disminución menor se produce en la mortalidad neonatal precoz. Los países con mejores tasas tienen una mortalidad perinatal con sus dos componentes fetal y neonatal precoz idénticos.

Si bien todas las mortalidades mencionadas están vinculadas fundamentalmente a problemas extrasectoriales, tales como condiciones socio-económicas o ambientales, la mortalidad perinatal es la más estrechamente vinculada al proceso de atención médica.

2. FACTORES DE RIESGO PERINATAL

Como la mayoría de los embarazos comienzan y terminan normalmente, es importante descubrir temprano aquéllos en donde existen factores que puedan incrementar la vulnerabilidad del binomio madre-hijo. *Es sobre estos últimos como lo que se debe*

Estos factores de riesgo perinatal, según el momento en que pueden llegar a ser identificados, se clasifican en: preconcepcionales, del embarazo, del parto, del postparto y neonatales.

Los factores preconcepcionales son aquellos que preexisten el embarazo. Están constituidos por los biológicos (edad, paridad, talla, etc.), económicos y sociales (clase social, nivel educacional, recursos de saneamiento ambiental, etc.).

Los factores del embarazo son aquéllos que irrumpen cuando la gestación ya ha comenzado. Se incluyen aquí los que dependen de la atención médica (control prenatal) o de la propia embarazada (Curva de peso, hábito de fumar, toxemia, hemorragia ante-parto, etc.).

Entre los factores del parto, postparto y del recién nacido figuran con relevancia los que dependen de las características del proceso de atención médica de cada uno de estos períodos. Aquí están comprendidos las técnicas y procedimientos utilizados, la capacitación del personal, el equipamiento, lugar de atención, etc.

Resulta evidente que cada uno de los factores anteriormente mencionados influyen sobre los que aparecen en las etapas sucesivas. El juego de interrelaciones puede esquematizarse en tres etapas.

En la etapa 1 de la figura 2 se muestra que los factores preconcepcionales son condicionantes de los del embarazo, parto, postparto y del recién nacido, así como los del embarazo influyen sobre los de postparto y recién nacido. Son efectos a corto plazo que se evidencian sobre el estado de salud de la madre y de su hijo.

Figura 2

En la etapa 2 se señala la influencia que los factores preconceptionales del embarazo, parto y postparto tienen a mediano plazo sobre la capacidad reproductiva de la embarazada para las gestaciones ulteriores.

En la etapa 3 se muestra que el efecto de los factores sobre el recién nacido puede, a largo plazo, comprometer la capacidad reproductiva de éste, cuando, si sobrevive, llega a la edad adulta con secuelas.

Tanto los efectos a mediano plazo de la etapa 2 como los a largo plazo de la etapa 3 se manifestarán como factores que deberán ser incluidos entre los preconceptionales para las gestaciones siguientes.

Este esquema de interrelaciones resulta importante si se piensa en términos preventivos. Es indispensable que se determine el riesgo obstétrico de una mujer en cualquiera de estas etapas para poder tomar racionalmente las medidas de prevención y tratamiento que corresponden.

Se debe resaltar además la importancia de los factores preconceptionales como eslabón fundamental de esta cadena y la trascendencia que en el tiempo pueden llegar a tener todos los factores.

De la amplia nómina de factores de riesgo que inciden en la evolución del embarazo y de su producto se pueden diferenciar aquéllos que generan un riesgo potencial de aquellos otros que determinan un riesgo real por presentar una patología ya establecida (figura 3).

TIPO DE RIESGO	ACCIONES MEDICAS REQUERIDAS
POTENCIAL	CONTROL
CON PATOLOGIA ABORDABLE	TRATAMIENTO
REAL	DERIVACION
CON PATOLOGIA NO ABORDABLE	

Figura 3

Entre los primeros figuran fundamentalmente los preconceptionales (clase, social, estado civil, nivel educacional, paridad, edad materna, etc.). Entre los segundos están incluidos los cuadros que configuran la patología ya establecida: toxemia, diabetes, hemorragia, enfermedad hemolítica feto-neonatal, anemia, etc.).

Cada uno de estos tipos de riesgo requiere en cuanto a su atención obstétrica y neonatal distintas modalidades operativas.

Las gestantes que presentan factores que hacen a un riesgo potencial constituyen un grupo vulnerable que requiere control de atención médica prenatal, obstétrica y neonatal durante el parto (accesibilidad asegurada). El objetivo fundamental en este grupo es controlar la evolución del proceso para evitar que el riesgo se convierta en real.

El segundo grupo de factores que determinan cuadros patológicos da origen a su vez a la constitución de dos grupos vulnerables con las pacientes que padecen los daños referidos. Uno incluirá a aquéllos cuya patología puede ser abordada eficazmente en los centros en donde son captados. El otro sería el que requiere su derivación en el momento oportuno durante el embarazo o para el parto, hacia centros de mayor complejidad.

La identificación, ponderación, jerarquización y el conocimiento de la potenciación de los factores de riesgo perinatal es fundamental para la elaboración de criterios que permitan caracterizar el riesgo de una embarazada así como normatizar la derivación. Solamente así se podrán formular políticas enmarcadas en programas específicos que supriman o neutralicen sus efectos.

Para lograr estos objetivos es necesario realizar una investigación prospectiva sobre los factores de riesgo perinatal.

Esta tarea, está aún pendiente en América Latina.

En este momento el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP-OPS/OMS) está desarrollando una guía ágil que permita, en la primera consulta prenatal, la identificación de los embarazos de alto riesgo.

El material utilizado en esta investigación corresponde a datos recogidos con la Historia Clínica Perinatal, que el CLAP promueve. (*)

3. HISTORIA CLINICA PERINATAL

3.1. Consideraciones Generales y Objetivos

La historia clínica es un instrumento de valor indiscutido en la práctica de la medicina. Es un elemento facilitador, tanto para el equipo de atención como para la institución en donde ésta se brinda.

(*) HISTORIA CLINICA PERINATAL - PROPUESTA DE UN MODELO
Belizán, J.M., Díaz, A.G., Giacomini, H., Horcher, R., Martell, M., Oneto, M., Quaranta, P., Schwarcz, R.L. Ministerio de Bienestar Social de la República Argentina, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Buenos Aires, Noviembre 1976.

La situación existente en casi todos los países de América Latina, demuestra que este recurso no está bien aprovechado, a pesar del convencimiento cada vez más generalizado de que podría ser un factor fundamental en la solución de las fallas detectadas en la atención de la madre y su hijo.

^{La} Esta historia clínica perinatal responde a los siguientes objetivos:

OBJETIVOS ESPECIFICOS

**HISTORIA
CLINICA
PERINATAL**

Normatizar y unificar
la recolección de datos

Facilitar la comunica-
ción intra y extramural

Facilitar la auditoría
médica

Ser un registro de da-
tos de interés legal

Conocer las caracterís-
ticas de la población
atendida

Facilitar la investiga-
ción médica

Ayudar en la capacita-
ción del equipo de sa-
lud

Servir de base
para planificar
la atención mé-
dica de la emba-
razada y su hijo

Figura 4

3.2. Características

Esta Historia Clínica Perinatal uniformiza el contenido de la documentación correspondiente a un acontecimiento obstétrico (embarazo, parto y puerperio) y al recién nacido en el período neonatal inmediato.

Sus formularios contienen un listado de preguntas que en su mayoría se contestan con respuestas cerradas. En todos los casos existen, además, espacios libres para los comentarios que se consideren necesarios.

La diagramación general de la historia y el instructivo para ser llenado facilita que los datos considerados de importancia sean sistemática y uniformemente recabados y registrados en el momento de la atención. Esta característica, además de ser de mucho valor como ayuda para el cumplimiento de las normas, constituye un recurso docente en cuanto estimula a recordarla.

El ordenamiento de los datos permite su recolección y volcado en un tiempo más breve y agiliza su ulterior análisis, ya sea por quien los recogió como también por aquél que, no habiéndolo hecho, necesita información incluida en la historia.

La historia clínica perinatal está constituida por cuatro módulos integrados que corresponden a distintas etapas del proceso de atención. Se desarrollan en períodos y lugares distintos y pueden estar a cargo de diferentes miembros del equipo de salud.

La Historia, además, cuenta con un carné perinatal y un resumen estadístico perinatal codificado.

Figura 6

3.3. Carné Perinatal

La falta de datos en algún período del proceso de atención médica compromete la calidad de la asistencia de las etapas siguientes.

Esta situación se presenta, por ejemplo, toda vez que el parto no se realiza en la misma institución en donde se efectúa el control prenatal. Lo mismo ocurre cuando el control postparto y pediátrico se realiza fuera de la institución donde nació el niño.

El Carné Perinatal es un instrumento que constituye un nexo entre los distintos períodos de la atención y por ello tiende a evitar el problema mencionado.

Este Carné debe estar siempre en poder de la embarazada, quien lo utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal.

Con el Carné Perinatal se asegura:

1. Que los datos fundamentales relativos al control prenatal, al ser registrados sistemáticamente en cada consulta, lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, sea a nivel de otro consultorio externo o en el lugar de internación.

2. Que los datos de más relevancia de la internación durante el embarazo, parto y postparto lleguen al conocimiento de quien tiene a su cargo el control del puerperio.

3. Que los datos más importantes para el seguimiento del recién nacido lleguen al conocimiento de quien tiene a su cargo el control del niño.

3.4. Resumen Estadístico Perinatal Codificado

El resumen estadístico perinatal es un formulario codificado en 80 columnas.

Se llena a través de una revisión de la Historia Clínica Perinatal y permite el volcado directo de datos del embarazo, parto, puerperio y neonato a la tarjeta de computación.

El análisis puede ser realizado por medio de equipos mecanizados o computadores electrónicos.

A través del mismo pueden obtenerse estadísticas y realizar investigaciones con suma facilidad.

Se han colocado en el mismo aquellos datos más relevantes que permitan caracterizar a la población atendida, evaluar la calidad de la atención y el rendimiento de la institución.

4. INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL RESUMEN ESTADISTICO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL

Sobre la base de 9.758 partos consecutivos se realizó un primer Diagnóstico de Situación Perinatal (*).

A continuación se expresan algunos de los hallazgos que surgen de esta investigación, como por ejemplo, el de la importancia del bajo peso al nacer sobre la morbilidad perinatal.

1) De la curva de peso intrauterino en función de la edad gestacional construida con los nacimientos vivos de una institución de Argentina, se destaca que el peso al nacer desde las 32 semanas de edad gestacional, es mayor que el de las curvas patrón de otras regiones (p.ej. curva de Lubchenco, de Denver, Colorado, U.S.A.). El percentilo 10 de la Fig. 7 corresponde aproximadamente al percentilo 25 de la curva de peso de Colorado. Muchos recién nacidos clasificados como de peso adecuado para su edad gestacional por la curva patrón de Colorado, son en realidad pequeños para la edad por la curva local, y por ello de alto riesgo. De este resultado se destaca la necesidad de conocer las curvas patrón locales para predecir este riesgo perinatal.

2) Otro hallazgo es el de la importante contribución que tienen los nacidos de embarazos dobles en el aumento de la incidencia de bajo peso al nacer. En la Fig. 8 se destaca que el percentilo 50 del peso de los nacimientos dobles es de 920 gramos menos que el de los embarazos únicos. En particular, los recién nacidos de muy bajo peso (< 1.500 gramos) cuya mortalidad es cercana al 100% en América Latina, representa el 10% de los embarazos dobles, y sólo el 1% de los únicos. El bajo peso al nacer de los embarazos dobles se explica por presentar una mayor incidencia de partos prematuros y de desnutrición intrauterina.

La importante contribución del embarazo sobre la mortalidad perinatal se ilustra en la Fig. 9.

(*) DIAZ, A.G., FESCINA, R.H., COLLIA, F.C., URMAN, J., SCHWARCZ, R.L., GARCIA BERTONE, A.J., GRASSIS, M., GARAY, C., LEZAMA, C., RAMIREZ, M., ILLIA, R., PANAL, M., HORCHER, R., TENZER, S.M. Diagnóstico de Situación Perinatal. Resultados obtenidos con la Aplicación de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Sardá de Buenos Aires. Datos correspondientes a 9.758 partos consecutivos desde Julio de 1976 a Diciembre de 1978. Noviembre de 1979. Publicación Científica del CLAP N° 846.

Fig.7. Percentiles 10, 25, 50, 75 y 90 del peso de los Recién Nacidos vivos en función de la edad gestacional.

Fig.8. Distribución del peso al nacer en embarazos únicos y dobles (gemelares).

Fig.9. Tasa de mortalidad específica fetal intermedia y tardía y neonatal precoz de embarazos únicos con y sin patología materna y de embarazos dobles (gemelares).

Identificación de los Embarazos de Alto Riesgo

El material utilizado en esta investigación corresponde a 15.000 partos consecutivos del actual banco de datos obtenidos con la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Materno-Infantil "Ramón Sárdá" de Buenos Aires.

Las razones de este estudio son:

1) Alrededor del 10% de los embarazos son responsables de la mayor parte de la morbimortalidad perinatal.

2) La gran mayoría de estos embarazos de alto riesgo están asociados con factores preconceptionales que, por lo tanto, ya están presentes en la primera consulta prenatal.

3) Si se lograran identificar estos factores, jerarquizarlos y medir su grado de potenciación, se podría tener un puntaje que orientara precozmente al equipo de salud en cuanto al riesgo de cada embarazo.

4) Si en base a los resultados de esta investigación se lograra diseñar una guía sencilla y ágil, el instrumento serviría para ser usado por personal de baja complejidad para definir criterios de derivación.

5) No existen hasta la fecha en América Latina criterios de selección de embarazos de alto riesgo que respondan a los requerimientos mencionados anteriormente ni tampoco puntajes que procedan del análisis de un número tan importante de casos recogidos prospectivamente.

6) Si bien los resultados que se obtengan tendrán validez fundamentalmente para la población estudiada (Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá" de Buenos Aires), el esquema podrá probarse en otros lugares para adecuarlo a las realidades locales. Un paso inmediato es analizar el funcionamiento del puntaje en la Provincia de Neuquén, Argentina, en los tres niveles de complejidad de la atención perinatal, así como en todos los otros centros en donde se ha implementado la Historia Clínica Perinatal.