



DOI: 10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.371-380

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1030>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 371-380






Embarazo de alto riesgo

High-risk pregnancy

Gravidez de alto risco

Juana Kou Guzmán¹; Ana María Viteri Rojas²; Alida Bella Vallejo López³

RECIBIDO: 15/09/2022 **ACEPTADO:** 20/11/2022 **PUBLICADO:** 01/02/2023

1. Magíster en Educación Superior; Obstetríz; Docente en la Facultad de Ciencias Médicas; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; juana.koug@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-4917-1148>
2. Especialista en Cirugía General; Doctora en Medicina y Cirugía; Docente en la Facultad de Ciencias Médicas; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; anyviteri031@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5279-0089>
3. Magíster en Diseño Curricular; Licenciada en Imagenología; Docente de Nivelación en la Facultad de Ciencias Médicas; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; alida.vallejol@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0001-7859-5268>

CORRESPONDENCIA

Alida Bella Vallejo López

alida.vallejol@ug.edu.ec

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El embarazo de alto riesgo es aquel en que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño. Esta situación es más evidente en los países en vías de desarrollo.

Objetivo: Concientizar la importancia de realizar controles adecuados durante el periodo de embarazo para prevenir el riesgo de complicaciones durante el parto.

Material y método: La presente investigación utilizó una revisión bibliográfica obtenida en fuentes confiables de especialistas, de bases de datos Redalyc, Scielo, entre otros, para el presente artículo se consideraron 16 por ser relacionados al tema.

Conclusiones: Un embarazo de alto riesgo, puede presentar diversos factores que tienen relación directa con el estilo de vida, edad, estado de salud y enfermedades preexistentes en la madre, para evitar los riesgos en la salud de la madre y el nuevo ser, es imprescindible que lleve una vigilancia del proceso de embarazo.

Palabras clave: Embarazo, Riesgo, Controles, Mortalidad.

ABSTRACT

High-risk pregnancy is one in which the probability of illness or death before, during or after delivery is higher than usual for both mother and child. This situation is more evident in developing countries.

Objective: To raise awareness of the importance of performing adequate controls during pregnancy to prevent the risk of complications during childbirth.

Material and method: The present research used a bibliographic review obtained from reliable sources of specialists, from Redalyc, Scielo databases, among others, for the present article 16 were considered for being related to the subject.

Conclusions: A high-risk pregnancy may present various factors that are directly related to lifestyle, age, health status and pre-existing diseases in the mother, to avoid health risks to the mother and the new being, it is essential to carry a monitoring of the pregnancy process.

Keywords: Pregnancy, Risk, Controls, Mortality.

RESUMO

A gravidez de alto risco é aquela em que a probabilidade de doença ou morte antes, durante ou após o parto é maior do que o habitual, tanto para a mãe como para a criança. Esta situação é mais evidente nos países em desenvolvimento.

Objetivo: Sensibilizar para a importância de um rastreio adequado durante a gravidez, a fim de prevenir o risco de complicações durante o parto.

Material e método: A presente investigação utilizou uma revisão bibliográfica obtida de fontes fiáveis de especialistas, Redalyc, bases de dados Scielo, entre outras, 16 foram consideradas para o presente artigo por estarem relacionadas com o assunto.

Conclusões: Uma gravidez de alto risco pode apresentar vários factores directamente relacionados com o estilo de vida, idade, estado de saúde e doenças pré-existentes na mãe, para evitar riscos para a saúde da mãe e do novo ser, é essencial que o processo de gravidez seja monitorizado.

Palavras-chave: Gravidez, Risco, Controlos, Mortalidade.

Introducción

El proceso de gestación es el acto mediante el cual se desarrolla una nueva vida en el vientre materno. Todos los embarazos implican algunos riesgos, por esa razón se debe mantener un plan de controles médicos que garanticen la vida y normal desarrollo de la madre y del bebé, sin embargo, se puede presentar un embarazo de alto riesgo en pacientes adolescentes, con problemas de salud pre existentes o con edad avanzada entre algunos factores que influyen en esta etapa.

Las mujeres gestantes viven un proceso de adaptación a su embarazo, el mismo que es afrontado a través de patrones de respuesta adaptativos y des adaptativos. (Lederman y Weis, 2019).

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”.

En un embarazo de alto riesgo hay más peligro para la salud de la madre y la del feto es decir con una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto, constituye un problema de salud pública de considerable magnitud; de acuerdo con los altos índices de morbilidad perinatal, según publicaciones nacionales, las tasas de morbilidad perinatal muy elevadas (45 %), y se observa un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo entre 20 a 30 %.

Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil, esto significa que una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado. “El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las re-

giones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas”; “Colombia es el cuarto país de Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna, después de Bolivia, Perú y Paraguay; para el año 2011 era de 68.82”. La mortalidad materno-infantil refleja el grado de desarrollo social y económico de un país, por lo que la salud reproductiva es una prioridad sanitaria.

La Organización Mundial de la salud (OMS) estima que en el mundo mueren aproximadamente 585.000 mujeres al año por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El 99% de estas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo, donde las tasas más altas de mortalidad se pueden observar en África, Asia, América Latina y el Caribe. Se calcula que en 2005 hubo alrededor de 536.000 muertes maternas en todo el mundo. (Rojas, 2006) Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, por lo que su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo. Sin embargo, existen problemas perinatales como la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones; y desde el punto de vista materno, la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales, que requieren de estrategias orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos, esta catástrofe que hoy en día se produce a diario y es que un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adverso, dando una muestra que no hay un control adecuado ni un interés de llegar a saber que en su vientre llevan una vida.

Igualmente se destaca la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y obstétricos sobre la ocurrencia de la muerte materna, como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste, accesibilidad a servicios de salud y utilización de los mismos, entre

otros. Los factores de riesgo obstétrico son características o circunstancias detectables en el embarazo que puede afectar la salud de la madre y el feto.

Según las circunstancias, el proveedor de atención médica podría recomendarte.

Los embarazos en adolescentes generan un estado emocional depresivo que afecta la salud de la gestante ocasionando inapetencia y mala nutrición. También los factores socioculturales, económicos y educativos, es otra causa importante porque sus recursos económicos no son suficientes, viven en sectores alejados o no cuentan con un grado de escolaridad, afectando al acceso de información e impidiendo que puedan realizarse los controles pertinentes.

Desarrollo

En la actualidad, la salud de la madre continúa siendo un problema en la mayoría de los países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad en que vive la mayor parte de sus poblaciones y de las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. Para el caso de la población de mujeres en edad reproductiva, su perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas especialmente a eventos obstétricos.

Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) de los países menos desarrollados. Además, están estrechamente asociadas a la mortalidad fetal y a condiciones precarias de salud y crecimiento para los niños, las intervenciones para prevenir y tratar las complicaciones del embarazo y el parto están bien documentadas, pero es necesario lograr un mayor compromiso y más inversiones para aumentar su disponibilidad (CABRERA CANSINO, 2018).

En la Constitución del Ecuador en el artículo 43 el estado garantiza a las mujeres

embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a no ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral, y a la gratuidad de los servicios durante el embarazo o salud materna. El estado respalda que ninguna mujer puede ser discriminada por su embarazo en su entorno social, educativo o laboral, garantizando una salud integral durante su embarazo, parto y posparto, comprendiendo el bienestar físico, mental social y espiritual de las adolescentes (Asamblea Nacional Constituyente A. 2008).

Según el (MSP, 2008), determina: Se habla de un control prenatal precoz, cuando se inicia lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo. Es un control prenatal periódico cuando, la mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento), el primer control en las primeras 20 semanas, el segundo entre las semanas 22 y 27 de gestación, el tercero en las semanas 28 y 33 de gestación, el cuarto en las 34 a 37 semanas y el quinto entre las 38 y 40 semanas de gestación, con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR OPS/OMS. MSP.

En ocasiones, un embarazo de alto riesgo es el resultado de una enfermedad presente desde antes del embarazo, en otros casos, una enfermedad de la madre o del bebé que se presenta durante el embarazo hace que este sea de alto riesgo y si llegan a tener un embarazo de alto riesgo, puedes considerar varias pruebas o procedimientos además de los exámenes de detección prenatales de rutina. Se acepta generalmente que la patología de alteración del bienestar fetal se asocia con hipoxia del feto por nacer, la cual asocia a varias complicaciones obstétricas, afectando el nacimiento normal del intercambio gaseoso de feto y parturienta (Arias Matos, 2021).

Se considera que los factores biológicos influyen a la presencia de complicaciones por ejemplo las infecciones de vías urinarias, vaginales o uterinas, cuando las mujeres no reciben un tratamiento oportuno antes del embarazo, que puede llevar a ocasionar abortos espontáneos principalmente en el primer trimestre del embarazo, ruptura prematura de membrana, complicaciones en el puerperio como las hemorragias post parto. Estas complicaciones pueden originar un déficit del aporte de nutrientes a través de la placenta, el retardo del crecimiento del feto, el bajo peso al nacer por el deficiente estado nutricional de la gestante, efectos que, si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo por un profesional en la salud, pueden conllevar a la muerte del feto y de la madre, incidiendo en la tasa de mortalidad infantil.

Los estudios previos encontrados sobre los factores de riesgo obstétrico en embarazadas proporcionan alguna información relevante.

Un estudio sobre los “Riesgos Obstétricos en el embarazo en adolescentes” encontró presencia de anemia en las embarazadas adolescentes en un 49,36%, porcentaje muy similar al de las embarazadas en edades adultas, el cual fue de un 43,67%. No se encontraron diferencias entre el grupo de adolescentes y el grupo de adultas tanto para las infecciones de vías urinarias (10,75% en ambos grupos), para la diabetes gestacional se presentó en un 1,26% en las adolescentes, lo que representa la mitad de lo encontrado en el grupo de 20 a 29 años (2,53%). El porcentaje de embarazadas adolescentes que cursaron con anemia fue de 14,55%, de las cuales un 8,7%, y en el grupo de adultas fue de 20,25% de las cuales un 9,4% de todas estas complicaciones mencionadas se asoció a los parto prematuro. (Angelica Diaz, 2002).

En el año 2008, en el Hospital “Homero Castanier Crespo” en la ciudad de Cuenca, se estudió las “complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital “Homero Castanier

Crespo” cuyos hallazgos fueron que la mayoría de las adolescentes tenían entre 16 y 19 años de edad, constituyendo las embarazadas menores de 16 años un 9,49% del total del grupo analizado. La presencia de anemia en las embarazadas adolescentes fue de un 49,36%, porcentaje muy similar al del grupo control (43,67%), infecciones del tracto urinario (ITU) estuvieron presentes en el 13,29% de las embarazadas adolescentes, próximo al doble de lo presentado en el grupo control, el 1.26% de las adolescentes presentaron Diabetes Gestacional y el porcentaje de embarazadas adolescentes que cursaron con Ruptura Prematura de Membrana (RPM) fue de 14,55%, de las cuales un 8,7% estuvo asociado a parto prematuro, en el grupo control fue de 20,25% de éstas un 9,4% se asoció a parto prematuro. En el año 2015, en el Hospital “Regional Isidro Ayora” en la ciudad de Loja el Dr. Calva Jirón estudió “Los riesgos obstétricos más frecuentes a desarrollar en el embarazo”, dando como resultado que las adolescentes entre las edades de 12 –16 años las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia las Amenazas de parto pre término 37%, infecciones maternas 24%, pre eclampsia 17%, ruptura prematura de membranas 10%. Además, unas de las principales causas por las que no se pueden prevenir o detectar a tiempo estas complicaciones, es porque las embarazadas no se realizan los controles oportunos durante el embarazo. (Jirón, 2015).

En la Provincia de Esmeraldas se han realizado muy pocas investigaciones referentes a los riesgos obstétricos. En el año 2013 en el Hospital “Divina Providencia” del Cantón San Lorenzo, la Obstetra Viviana García Córdova, investigó los “Factores de riesgos Obstétricos en el embarazo” dando como resultado que el 26% de las usuarias durante la gestación presentaron amenaza de parto pre término, seguido del 22% de infecciones de vías urinarias, el 7% refleja que los abortos espontáneos, el 7% representa preeclampsia, 4% diabetes gestacional,

esto puede estar relacionado a la falta de controles prenatales, bajo nivel de escolaridad siendo una de las causas principales que produce pérdidas de vidas maternas y fetales en el Ecuador.(Cordova, 2013).

Para el período 2005 - 2011, la tasa de mortalidad materna en Sucre presentó una tendencia fluctuante: en 2007 fue de 99.7 por cien mil NV; luego descendió a 43.7 por cien mil NV en 2008, y terminó en 2011 con 84,0 por cien mil NV, es decir, superó en 15 puntos la tasa de mortalidad en Colombia, que para el mismo año fue de 68,8 por cien mil NV.

Se considera como principales factores de alto riesgo en las pacientes embarazadas: bajo nivel socioeconómico (65 %), antecedentes familiares de hipertensión arterial (76 %), hipertensión arterial (34 %), inasistencia al control prenatal (74 %), hábitos cafeínicos (65 %), hábitos tabáquicos (20 %), preeclampsia grave (63 %). Y el síndrome de HELLP (6 %) es la complicación materna preponderante.

Por otra parte, Torres Gutiérrez plantea en relación con la parte emocional que rodea al embarazo de alto riesgo que es necesario partir de dos afirmaciones esenciales: la primera, que el embarazo es una situación natural, resultado de la acción de un instinto básico y constituye la culminación de la sexualidad adulta; la segunda, que casi todas las mujeres desean tener un hijo. "Las fantasías de las no embarazadas alrededor de la maternidad son casi universales". Además, señala el autor al respecto que todas las mujeres que han vivido la experiencia la califican como significativa e intensa; la perciben como un suceso grandioso y terrible, que las acerca a los misterios de la vida y de la muerte. Por la misma razón, experimentan ambivalencia frente al embarazo. Tienen intenso deseo de ser madres, pero temen a la experiencia o al resultado. El estrés del embarazo es debido, en gran parte, al presagio del parto, pero aceptar el embarazo implica asumir esa amenaza inevitable, según este investigador.

Uranga y Williams indican que entre las medidas Preventivas para el Embarazo de Alto Riesgo se encuentran: la prevención primaria, que engloba pro-moción y protección a la salud; prevención secundaria, que consiste en el diagnóstico y tratamiento precoz para limitar el daño; la prevención terciaria, representada por rehabilitación y el desarrollo del mecanismo social que inserte a todas las embarazadas de alto riesgo a un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Para prevenir problemas y evitar riesgos se realizan algunas sugerencias como:

Controles gestacionales periódicos: El embarazo es un periodo en el cual se producen cambios en el cuerpo de la madre por el desarrollo del bebé, por esta razón de acudir a las citas médicas de control que garanticen la buena salud de la madre y del bebé.

Dieta saludable: Durante el embarazo, la madre necesita ingerir ácido fólico, proteínas, calcio y hierro. Una vitamina prenatal a diario puede ayudar a completar las carencias.

Control de peso: Aumentar la cantidad adecuada de peso para la salud de tu bebé siguiendo las indicaciones del especialista durante el embarazo y después del parto.

Clasificación del riesgo en el embarazo o riesgo obstétrico.

- **Riesgo medio o1:** Anomalía pélvica identificada clínica, baja estatura materna (< 1.5 metros), cardiopatía 1: que no limita su actividad física, condiciones socioeconómicas desfavorables, patología psicosocial, control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1a visita después de la semana 20, edad extrema: menores de 15 años o mayores de 35,esterilidad previa de 2 o más años, fumadora habitual, fecha de la última menstruación incierta, gestante con Rh negativo, gran Multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas,

hemorragia del primer trimestre de embarazo, incompatibilidad Rh, incremento de peso menor de 5 Kg o superior a 15 Kg al final del embarazo, infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo) Obesidad (IMC >30).

- **Riesgo alto o 2:** Anemia grave $Hb < 9$ g/dl o hematocrito $< 25\%$, cirugía uterina previa, diabetes gestacional, embarazo gemelar o múltiple, embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación. Enfermedades endocrinológicas, hemorragia en el segundo y /o en el tercer trimestre, historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico, infección materna: virus de la hepatitis B o C, toxoplasmosis, piel nefritis, rubeola, sífilis, HIV, estreptococo B, obesidad mórbida (IMC >40) y pre eclampsia leve (TAD ≥ 90 mmHg y/o TAS ≥ 140 mmHg) y Sospecha de malformación fetal.
- **Riesgo muy alto o 3:** Amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37), cardiopatías 3 o 4: importante limitación de su actividad física o ésta provoca su descompensación, diabetes mellitus previa a la gestación, consumo de tóxicos (alcohol, drogas), malformación uterina, muerte perinatal recurrente, placenta previa, pre eclampsia grave (TAD ≥ 110 mmHg y/o TAS ≥ 160 mmHg, retraso del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas y positividad al VIH SIDA.

Diagnóstico de la condición fetal:

Existen una serie de elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal como son: Latidos cardiacos fetales, movimientos fetales, tamaño uterino, estimación clínica del peso fetal y estimación clínica del volumen de líquido amniótico. El procedimiento diagnóstico que estudia el comportamiento de la Frecuencia Cardiaca Fetal en relación con la vitalidad y movimientos del feto y

las contracciones uterina se denomina Monitoreo Electrónico del feto, la cual nos advierte precozmente la hipoxia del feto, y podemos prevenir, alteración neurológica y consecuente fallecimiento del Recién Nacido (Arias Matos, 2021).

Latidos cardiacos fetales: Se pueden percibir con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Se pueden percibir la frecuencia cardiaca con ultrasonido desde las 10 semanas, su presencia es un signo de vida fetal, se considera como normal en el rango de 120 -160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, siendo signo sospechoso de hipoxia fetal. El monitoreo electrónico fetal anteparto consiste en la valoración de los latidos cardiacos fetales a través de un registro continuo de los latidos cardiacos fetales, a través de un monitor, quien se encarga de graficar la frecuencia cardiaca fetal por un tiempo no menor a 20 minutos, en el queda plasmado todas las características, que nos permite cuantificar los elementos de la frecuencia cardiaca fetal, que a la interpretación nos dará un diagnóstico. Esta prueba se basa en la evaluación del sistema nervioso, en caso de estar en buenas condiciones reaccionará con aceleraciones transitorias como respuesta a los movimientos fetales, el estudio tiene una especificidad del 90% en gestantes normales y en gestantes con patología llega hasta el 99%, el problema de la prueba es su baja sensibilidad 45 a 50%, por ello es necesario hacer otra prueba cuando este sale no re-activo (Zorrilla Espinoza, 2020).

Movimientos fetales: La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal es un signo de salud fetal y la disminución significativa de la actividad fetal hace sospechar de hipoxia fetal. (Robledo, 2014)

Tamaño uterino: Sirve para una estimación de tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal, este instrumento para retardo del crecimiento intrauterino, tiene una sensibilidad de 56%, especificidad 91%, valor predictivo positivo 80% y valor predictivo negativo 77%. Debe enfatizarse que este instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional en relación a una altura uterina determinada.

Estimación clínica del peso fetal: Permite evaluar el tamaño del bebe, su crecimiento dentro del útero y si pudiera existir algún tipo de trastorno, basado en las mediciones de tres parámetros: la circunferencia abdominal, el perímetro de la cabeza y la longitud del fémur. Existe además una fórmula, llamada regla de Dexeus pues fue creada por el conocido ginecólogo “Santiago Dexeus”, que se utiliza para estimar el peso del bebe durante la gestación, que es estimativa ya que cada bebe tiene su propio ritmo de desarrollo y su particular herencia genética que determinan el feto. Según la fórmula para calcular el peso del feto al nacer, el feto duplica su peso cada mes desde el tercero hasta el sexto y a partir del sexto aumenta 700 gramos por mes. (Robledo, 2014).

En un embarazo de alto riesgo, la madre, el feto o el neonato tienen un aumento de las probabilidades de presentar enfermedades y muerte antes o después del parto. En 2015, la tasa de mortalidad materna global en los Estados Unidos fue de 14/100.000 partos; la incidencia según la OMS es 3 o 4 veces más alta en las mujeres no blancas. La tasa de mortalidad materna es mayor en los EE.UU. que en otros países occidentales (p. ej., Alemania, Países Bajos, Polonia, España, Suecia, Suiza, Reino Unido).

Las causas más comunes de muerte perinatal son:

- Complicaciones obstétricas. Trastornos maternos (p. ej., hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, trastornos autoinmunes).

- Anomalías placentarias. Malformaciones congénitas.
- Infección. Parto pretérmino.

Otras características maternas que aumentan el riesgo de mortalidad perinatal incluyen la edad materna (mucho más joven o mayor que la media), no estar casada, el tabaquismo y los embarazos múltiples.

Evaluación del riesgo durante el embarazo

La evaluación del riesgo es parte de la atención prenatal de rutina. El riesgo también se evalúa durante o al poco tiempo de comenzar el trabajo de parto y en cualquier momento en que los eventos puedan modificar el estado del riesgo. Los factores de riesgo se evalúan de manera sistemática porque cada factor presente aumenta el riesgo global.

Se desarrollaron varios sistemas de seguimiento del embarazo y evaluación del riesgo. El sistema más utilizado es el Pregnancy Assessment Monitoring System (PRAMS), que es un proyecto de los CDC y los Departamentos de salud estatales. El PRAMS proporciona información a los departamentos de salud estatales que se usan para mejorar la salud de las madres y los recién nacidos. El PRAMS también permite a los CDC y los estados controlar los cambios en los indicadores de salud (p. ej., el embarazo no deseado, la atención prenatal, la lactancia materna, el tabaquismo, el alcoholismo, la salud infantil).

Los embarazos de alto riesgo requieren control estricto y a veces deben ser derivados a un centro perinatal. Cuando se requiere derivación, la transferencia antes del parto disminuye las tasas de morbilidad neonatal mucho más que la derivación después del parto.

Las razones más comunes para la derivación antes del parto son:

Trabajo de parto pre término (a menudo debido a rotura prematura de membranas), preeclampsia, hemorragia, trastornos pre-

existentes o en desarrollo (p. ej., diabetes, hipertensión, obesidad grave).

Casi la mitad de las muertes maternas son evitables. La tasa de mortalidad perinatal del recién nacido en los EE. UU. en los últimos años se ha mencionado que eta entre los 6 a 7/1000 partos; las muertes se dividen casi por igual entre el período fetal tardío (edad gestacional > 28 semanas) y durante el período neonatal precoz (< 7 días después del nacimiento).

Todo embarazo que tiene controles adecuados y sigue las recomendaciones del especialista, puede prevenir o disminuir el riesgo de complicaciones que afecten a la salud de la madre y del neonato.

Conclusión

Un embarazo de alto riesgo, puede presentar diversos factores que tienen relación directa con el estilo de vida, edad, estado de salud y enfermedades preexistentes en la madre, para evitar los riesgos en la salud de la madre y el nuevo ser, es imprescindible que lleve una vigilancia del proceso de embarazo considerando también una buena nutrición y exámenes para verificar que no existen alteraciones funcionales en el metabolismo de la madre, exámenes como la ecografía y control del crecimiento y de los latidos cardiacos del neonato que sirven para detectar y prevenir complicaciones pre parto.

Bibliografía

Say L, Chou D, Gemmill A, et al: Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2 (6): e323-33, 2014. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.

AlejandroSchuller W, G. B.-G. (2010). estudio de las gestantes de edad avanzada. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692007000100005

Alonsol, I. G., & Mederos, M. M. (2010). Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Obtenido de [http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/40418](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400002AlvaradoPérez, J. M. (2013). obesidad factor predisponente para desarrollar preeclampsia. Obtenido de <a href=)

Anna Kristell Nolasco-Blé, *. R.-H.-G. (2012). Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom124e.pdf>

Anónimo. (8 de Abril de 2012). Diabetes se puede tratar. Obtenido de http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101311028/-1/Diabetes_se_puede_tratar.html#.Vwcm0PnhDIV

Anónimo. (agosto de 2013). Por qué es importante controlar la diabetes. Obtenido de <http://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/guia-para-personas-diabetes-tipo-1-tipo-2/Pages/care.aspx>

Kennedy shiver (2012) obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n3/v32n3a09.pdf>

REPOSITORIO PUCESE (2012) OBTENIDO POR: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/890/1/REYES%20ARBOLEDA%20%20PAULETT.pdf>

Arias Matos, C. L. (2021). Valoración del monitoreo electrónico fetal anteparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal en pacientes con gestación mayor de 37 semanas en el Hospital General De Oxapam-Pa-Cerro De Pasco 2019.

Cabrera Cansino, C. G. (2018). Monitoreo fetal anteparto para determinar la pérdida de bienestar fetal en gestantes con preeclampsia Hospital La Caleta julio-diciembre 2017.

Asamblea Nacional Constituyente, A. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Montecrsiti, Manabí: Ediciones Legales. Asamblea Nacional Constituyente, A. (2013). Código de la Niñez y Adolescencia. Quito, Ecuador: Ediciones Legales.

INEC. (2016). Índice de nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años. Quito, Ecuador.

Lederman & Weis, T. (2019). Factores que inciden en el desarrollo de los adolescentes. Informe Anual de la ONU. 34

MIES, M. d. (2017). Tasa anual de enfermedades en adolescentes y embarazo prematuro. Quito, Ecuador.

MSP, M. d. (2008). Código de Salud. Quito, Ecuador.

UNICEF. (2017). Protección para las adolescentes con embarazos prematuros ante el abandono de la familia. España.



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Kou Guzmán, J., Viteri Rojas, A. M., & Vallejo López, A. B. (2023). Embarazo de alto riesgo. RECIAMUC, 7(1), 371-380. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.371-380](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.371-380)