

Práctica Médica Efectiva

Control Prenatal con enfoque de riesgo

Una herramienta indispensable para el médico general



• Volumen 3 - Número 9 •

Septiembre 2001

*"La sabiduría consiste
no solo en ver lo que
tienes ante ti,
sino prever lo
que va a venir".*

Terencio

- ¿Podemos prevenir las principales causas de mortalidad materna y perinatal?
- ¿Qué es riesgo, enfoque y factor de riesgo?
- ¿Qué es el riesgo preconcepcional?
- ¿Qué es el riesgo obstétrico?
- ¿Cómo se realiza el diagnóstico de embarazo con enfoque de riesgo?
- ¿Qué conducta médica debe seguirse en caso de un embarazo de bajo y alto riesgo?
- ¿Cuáles son los signos y síntomas de alarma que deben informarse a la mujer embarazada?
- ¿Cuál es el papel que tiene el médico general en el control prenatal con enfoque de riesgo?

Control prenatal con enfoque de riesgo

¿Podemos prevenir las principales causas de mortalidad materna y perinatal?

“Las principales causas de mortalidad materna y perinatal pueden prevenirse mediante la atención prenatal temprana, periódica y de alta calidad”.^{1,2}

En el año 1999, México registró 1,400 defunciones maternas por complicación del embarazo, parto y puerperio, con una tasa de 5.1 por 10 000 nacidos vivos registrados.³ El promedio nacional de consultas actualmente es bajo (3.39 por embarazada); de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) debería de ser 5.⁴

¿Qué es riesgo, enfoque y factor de riesgo?

El **riesgo** es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. **El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad.**

Factor de riesgo es toda característica o circunstancia observada en una persona, asociada con una alta probabilidad de experimentar un daño a su salud.⁵

¿Qué es el embarazo de bajo riesgo?

Es el embarazo en el cual no se ha identificado ningún factor de riesgo.²

¿Qué es el embarazo de alto riesgo?

Es el embarazo en el que existe un aumento en la probabilidad de sufrir daño, lesión o muerte fetal, materna o neonatal a consecuencia de un evento reproductivo.²

¿Qué es el riesgo preconcepcional?

Son las condiciones o factores pre-existentes que incrementan la probabilidad de complicación o daño cuando la mujer se va a embarazar.^{5,6}

Factores de riesgo preconcepcional⁵

Edad: menor de 16 y mayor de 35 años.

Intervalo intergenésico: cuando el tiempo entre embarazos es menor a dos años.

Paridad: en el primer embarazo y después del cuarto.

Antecedentes obstétricos: perinatales (2 o más abortos, óbito y muerte neonatal de causas desconocidas), producto macrosómico mayor de 3,800 gr. o de bajo peso menor de 2,500 gr., parto pretérmino menor de 37 semanas, más de una cesárea previa, Rh incompatible sensibilizada y sin sensibilizar, pre-eclampsia-eclampsia (PE).

Otras causas:

- Desnutrición aguda o crónica
- Infecciones crónicas: TORCH
- Enfermedades de transmisión sexual
- Enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, hepática, cardíaca, etc.
- Tabaquismo, etilismo y otras adicciones
- Epilepsia
- Antecedente familiar o productos con defecto genético o congénito
- Baja estatura (menor a 140 cm)

Toda paciente que tiene riesgo preconcepcional deberá ser canalizada al 2do. nivel de atención.

¿Qué es el riesgo obstétrico?

Es toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, el desarrollo del parto y el puerperio, que pueda alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

El **riesgo obstétrico** exige una vigilancia prenatal bien planeada para orientar adecuadamente a la embarazada y detectar oportunamente las complicaciones.^{1,6}

La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como de alto riesgo.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO¹

- **La adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 2 años**, tiene mayor probabilidad de padecer PE, prematuridad y bajo peso del producto al nacer. (Se considera edad ginecológica al tiempo transcurrido entre el inicio de la menarca y la fecha de fecundación).
- **Edad de 35 años o más**, se asocia con mayor ocurrencia de PE, inserción baja de placenta, atonía uterina posparto y riesgo genético para el producto.
- La **anemia** condiciona la presencia de infección de vías urinarias, cervicovaginitis y puede ocasionar amenaza de parto pretérmino (APP), ruptura prematura de membranas (RPM) y prematuridad.
- El **intervalo intergenésico menor de dos años**, tiene mayor probabilidad de presentar prematuridad y retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU).
- La **multigesta** puede presentar, con mayor frecuencia, inserción baja de placenta y atonía uterina posparto.
- El antecedente de **2 abortos** está relacionado con la probabilidad de una reincidencia en el 50% de los casos; 3 o más abortos espontáneos consecutivos, establecen el diagnóstico de aborto habitual.
- El antecedente de **PE** se asocia con una mayor probabilidad de recurrencia.
- El antecedente de **hemorragia en la 2ª mitad del embarazo**, hace más probable su recurrencia.
- El antecedente de **cesárea previa** se asocia con la probabilidad de presentar inserción baja de placenta, acretismo placentario y ruptura de cicatriz uterina durante el trabajo de parto. Este riesgo se incrementa conforme aumenta el número de cesáreas previas.
- Los antecedentes de **malformaciones congénitas**, en la pareja, aumentan la probabilidad de ocurrencia de malformaciones congénitas en el producto.
- El antecedente de **muerte fetal** en un embarazo anterior, tiene gran probabilidad de volver a presentarse ya que generalmente traduce patología crónica de base.
- Con el antecedente de **prematuridad** existe la probabilidad de volverse a presentar, así como partos pretérmino, RCIU y bajo peso al nacer.
- El antecedente de **hipertensión arterial** incrementa el riesgo de presentar PE, RCIU, muerte fetal y materna.
- El antecedente de diabetes se relaciona con una mayor probabilidad de presentar PE, aborto, pérdida fetal, defectos al

nacimiento, RCIU o microsomía fetal.

- El antecedente de **cardiopatía congénita o adquirida**, frecuentemente reumática, predispone a mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca materna en la 2ª mitad del embarazo o de productos con RCIU y muerte materna.
- El antecedente de **nefropatía** se asocia con mayor probabilidad de presentar parto pretérmino, RCIU, PE y muerte fetal.

La valoración de riesgo obstétrico nos indica la probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido.

¿Cómo se realiza el diagnóstico de embarazo con enfoque de riesgo?

El diagnóstico de alto riesgo se debe realizar desde antes de la gestación y continúa hasta después del parto.

Es el resultado de la valoración del riesgo preconcepcional; luego del examen inicial y la clasificación de los factores de riesgo, las pacientes se incluyen en las categorías de alto o bajo riesgo.

La detección o complementación diagnóstica de riesgo continuará durante toda la gestación, el trabajo de parto y el parto e inclusive durante el puerperio.

¿Qué conducta médica debe seguirse en caso de un embarazo de bajo y alto riesgo?

EMBARAZO DE BAJO RIESGO^{1,4,6,7}

En toda mujer embarazada la frecuencia de la consulta debe ser: a) **mensual** (durante los primeros 6 meses) b) **cada 15 días** (en el séptimo y octavo mes) y c) **cada 7 días** (durante el noveno mes).

La embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos 5 consultas de control prenatal. Cuando se detecta un embarazo de más de 40 semanas debe ser canalizada al 2º nivel de atención. Con la finalidad de identificar oportunamente algún factor de riesgo, se recomienda que a partir de la primera visita se atiendan los siguientes aspectos:

Acciones básicas en la consulta:

Feto:

1. Auscultar la frecuencia cardíaca fetal.
2. Tamaño actual del feto y cambios producidos.
3. Cantidad de líquido amniótico.
4. Presentación y situación (embarazo avanzado).
5. Actividad fetal.

Materna:

1. Historia clínica y exploración física completas.
2. Confirmar diagnóstico de embarazo y establecer fecha de la gestación por amenorrea.
3. Clasificar el nivel de riesgo.
4. Vigilar y registrar el incremento ponderal.
5. Medir el fondo uterino.
6. Examen general de orina.
7. Glucemia en ayuna (cifras ≥ 105 mg/dl referir a segundo nivel de atención).
8. Biometría hemática.
9. Grupo sanguíneo, Rh y de la pareja, en caso de que la mujer sea Rh negativo.
10. VDRL.
11. Ministrar ácido fólico (0.4 mg. diarios, desde 3 meses antes del

embarazo) y sulfato ferroso (durante la segunda mitad del embarazo, 60 mg. diarios de hierro elemental).

12. Aplicar toxoide tetánico (dos dosis).
13. Informar a la mujer embarazada sobre signos y síntomas de alarma.
14. Otros medicamentos sólo serán bajo indicación médica preferentemente después de la semana 14.
15. Citología exfoliativa de Papanicolaou en caso de no haberse realizado en los últimos tres años.
16. Realizar detección de VIH especialmente en parejas de alto riesgo.

No se deben prescribir polivitaminas ni otros medicamentos de manera rutinaria durante el embarazo normal o de bajo riesgo.

VIGILANCIA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO^{1,6}

Debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo y riesgo obstétrico, en el segundo nivel de atención con la finalidad de tener un control cuidadoso del bienestar materno-fetal. La frecuencia de la consulta debe modificarse de acuerdo con las complicaciones y los factores de riesgo presentes en cada caso en particular.

Toda mujer calificada con embarazo de alto riesgo debe referirse a un servicio de atención especializada, aun cuando no existan signos de alarma.

¿Cuáles son los signos y síntomas de alarma que deben informarse a la mujer embarazada?

El equipo multidisciplinario de salud debe informar a la embarazada, en su propio lenguaje, los siguientes signos y síntomas de alarma.^{4,7} En caso de presentarse alguno de ellos recomendarle que acuda inmediatamente a un servicio de urgencias obstétricas.

1. Hemorragia vaginal (sangrado por su parte).
2. Edema de cara o manos, en los pies si es más arriba del tobillo (hinchazón).
3. Síntomas de presión alta: cefaleas (dolor de cabeza) con visión borrosa, fosfenos (lucecitas) y acúfenos (zumbido de oídos).
4. Contracciones antes de tiempo (señales de dolor de parto en cualquier momento).
5. Pérdidas transvaginales (pérdida de líquido o flujo por su parte de mal olor, comezón o ardor).
6. Vómito persistente.
7. Fiebre (calentura) con o sin escalofríos.
8. Disuria (dolor o ardor al orinar, orina oscura o arenosa).
9. Cambios importantes de la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales.
10. Ruptura de la fuente.
11. Ataques o convulsiones.

Para que la atención prenatal sea exitosa, ésta debe ser oportuna, periódica y completa.

COMPLICACIONES MAYORES.^{1,2,7}

- ❖ Síndrome de aborto
- ❖ Hiperemesis gravídica
- ❖ Embarazo molar
- ❖ Embarazo ectópico
- ❖ Ruptura prematura de membranas

- ❖ Anormalidades de la situación y presentación fetal (al inicio de trabajo de parto)
- ❖ Pre-eclampsia-eclampsia
- ❖ Retraso en el crecimiento uterino
- ❖ Embarazo múltiple
- ❖ Nefropatía
- ❖ Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- ❖ Muerte fetal
- ❖ Inserción baja de placenta en caso de sangrado
- ❖ Diabetes gestacional (realizar tamiz entre la semana 24 y 28 de la gestación, dar 50 grs. de glucosa y obtener glicemia post-prandial de 1 hora. Se considera positivo un valor por arriba de 130 mg/dl, indicativo de realizar curva de tolerancia oral a la glucosa de 3 hrs).

¿Cuál es el papel que tiene el médico general en el control prenatal con enfoque de riesgo?

- Informar a la paciente de los cambios fisiológicos normales durante las etapas del estado grávido-puerperal.
- Explicar los signos de alarma que pueden presentarse durante el embarazo, parto y puerperio.
- Señalar la importancia de realizar regularmente la vigilancia prenatal y puerperal.
- Mencionar que es recomendable realizar el examen al recién nacido incluyendo el tamizaje neonatal.
- Enseñar la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida del recién nacido.
- Enseñar a incorporar hábitos higiénico-dietéticos y conductas favorables para la salud materna y del recién nacido.
- Disuadir sobre el consumo de alcohol, tabaco, fármacos psicoactivos y la automedicación.
- Dar orientación-consejería integral en planificación familiar y anticoncepción posparto.
- Explicar que la alimentación en el embarazo, debe contener: hidratos de carbono (50-60%), proteínas (12-15%) y lípidos (25-30%). La cantidad de energía debe ser acorde con la edad, estatura, tiempo de gestación, actividad física y el peso esperado para cada mujer. A partir de la vigésima semana se deben incrementar adicionalmente 300 Kilocalorías diarias al requerimiento energético total recomendado.
- Recomendar disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre de la gestación y explicar los riesgos posibles.

Referencias

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev Med IMSS 1998;36(1):45-60.
2. Instituto Nacional de Perinatología: Normas y procedimientos en Ginecología y Obstetricia. México D.F. 1998.
3. Dirección General de Estadística e Informática/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas en salud, mortalidad. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1999. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>
4. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 14 de julio de 1994. 1ª. secc.: 48-68.
5. Rodríguez HN, Cutié LE, Cordero IE. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ciencias Médicas; 1997.

6. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Maternidad saludable y sin riesgos... Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. 1ª ed. México; 2000.
7. Cunningham GF, Mac Donald CP, Gand FN, Leveno JQ, Geistrap CL et al. Williams Obstetricia. 20ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1998.
8. Villar J, Bergsjo P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. Acta Obstet Gynecol Scan 1997;76 (1) 1-14.

Nota: Si requiere mayor bibliografía sobre este tema, está a su disposición en el Centro de Información para Decisiones en Salud (CENIDS) Instituto Nacional de Salud Pública.

7ª. Cerrada de Fray Pedro de Gante No. 50. Col. Sección XVI Tlalpan. Del. Tlalpan C. P. 14000, México D. F.
Tel: 56 55 52 87, 56 55 42 24
Correo electrónico: cenids@cenids.insp.mx

Biblioteca Virtual de Salud / México, una biblioteca para la toma de decisiones en la práctica médica.

Consulte otros temas del Boletín Práctica Médica Efectiva en versión electrónica.: Web: <http://bvs.insp.mx>

Directorio:

Dr. Julio Frenk Mora.

Secretario de Salud.

Dr. Misael Uribe Esquivel.

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud.

Dr. Jaime Sepúlveda Amor.

Director General del Instituto Nacional de Salud Pública.

Gerencia Editorial:

Dr. Armando Vieyra Avila.

CENIDS. Instituto Nacional de Salud Pública.

Comité Editorial:

Dra. Gladys Faba Beaumont.

Directora del CENIDS. Instituto Nacional de Salud Pública.

Dr. Rolando Espinosa Morales.

CENIDS. Instituto Nacional de Salud Pública.

Dra. Ivonne Mejía Rodríguez.

CENIDS. Instituto Nacional de Salud Pública.

Dr. Leopoldo García Velasco.

CENIDS. Instituto Nacional de Salud Pública.

Autores:

Dra. Victoria Aguilar Moreno. Médica Gineco-Obstetra. Hospital General de Zona No 194. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Ricardo Muñoz Soto. Médico Gineco-Obstetra. Coordinador de Lineamientos Técnicos en el Área de Salud Perinatal. Dirección General de Salud Reproductiva.

Dr. José Luis Velasco Vite. Coordinador del Subcomponente de Planificación Familiar Posevento Obstétrico. Dirección General de Salud Reproductiva.

Dr. Evelio Cabezas García. Médico Gineco-Obstetra. Salud Perinatal. Dirección General de Salud Reproductiva

Dr. Francisco Ibarguengoitia Ochoa. Jefe del Departamento de Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología.

Dra. Rosa María Nuñez Urquiza. Directora General de Coordinación y Supervisión. Secretaría de Salud del Estado de Morelos.

Dra. Susana Cerón Mireles. Investigadora. Instituto Nacional de Salud Pública.

Se autoriza la reproducción parcial o total de este boletín, citando la fuente correspondiente. Copyright 2001.

Número de registro ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor 03- 2001- 031612162500- 01