

# CUERPO EDITORIAL

## DIRECTORA

- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Consultorio Médico grupo del Sol, Limón, Costa Rica.

## CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carfín, Ministerio de Salud (MINSA). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

## COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad Maria Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.

## EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

## EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,  
Sabana Sur, San José-Costa Rica  
Teléfono: 8668002  
E-mail: [revistamedicasinergia@gmail.com](mailto:revistamedicasinergia@gmail.com)



## ENTIDAD EDITORA

### SOMEA

#### SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica  
Teléfono: 8668002  
[Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com](mailto:Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com)  
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



# Factores para un embarazo de riesgo

## Pregnancy risk factors

<sup>1</sup>Dr. Esteban Sanchez Gaitan

Red integrada de prestación de servicio de salud Huetar Atlantica, Limón, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-9137-2069>



RECIBIDO  
22/07/2019

CORREGIDO  
12/08/2019

ACEPTADO  
20/08/2019

### RESUMEN

El embarazo de riesgo se define como el embarazo en el que se detectan una o más factores que podrían causar un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente los resultados materno fetales. Algunos factores de riesgos atención son: edad materna, estilo de vida poco saludables, enfermedades co-existentes, etc. Es de suma importancia los controles periódicos y tempranos ya que al identificar un embarazo temprano se puede abordar con mejor calidad cualquier factor de riesgo que presente.

**PALABRAS CLAVE:** embarazo de alto riesgo, embarazo, embarazo en adolescencia , perinatología , embarazo múltiple.

### ABSTRACT

The risk pregnancy is defined as the pregnancy in which one or more factors are detected that could cause a risk for the current gestation, being able to negatively affect the maternal fetal outcomes. There are identified risk factors in which the attending physician pays more attention, these are maternal age, unhealthy lifestyle, co-existing diseases, etc. Periodic and early check-ups are important since identifying an early pregnancy can handle any risk factor you present with better quality.

**KEYWORDS:** pregnancy, high-risk ,pregnancy, pregnancy in adolescence, perinatology , pregnancy, multiple.

<sup>1</sup>Médico general graduado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), San José, Costa Rica. cod. [MED11209](#)  
[estebansanchezqaitan@hotmail.com](mailto:estebansanchezqaitan@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La gestación se caracteriza por enfrentar 3 situaciones: cambios físicos, anatómicos y fisiológicos por la existencia de un nuevo ser, alteración en la imagen corporal y la aceptación de un

rol social (1). A lo largo del desarrollo del embarazo puede aparecer factores que lleva a la mujer convertirse en un embarazo de riesgo, el cual se define como cualquier condición médica u



obstétrica inesperada o imprevista asociada con un embarazo con un peligro real o potencial para la salud o el bienestar de la madre o el feto (2). Según estudios se estima que hasta el 20% de los embarazos corresponde a embarazos de riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos (3).

El control prenatal es de suma importancia ya que mediante acciones sistemáticas periódicas se puede detectar factores que puedan condicionar morbilidad o mortalidad materna o perinatal. Los problemas perinatales que se desea prevenir son 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 pre-gestacionales. La atención de una embarazada denominada de alto riesgo no es solo de parte médica sino multidisciplinaria es decir de parte de familiares, amigos y profesionales sanitarios (4). Según Lafaurie, todas las mujeres con embarazos de alto riesgo requieren de atención especializada, interdisciplinaria e integral, incluyendo la valoración de las redes de apoyo social. Como afirma Torres, existe la percepción que califica a la gestación como un suceso grandioso y terrible, por lo que es fundamental que los profesionales no descuiden los eventos que generen alteraciones mayores, como lo es cursar un Embarazo de Alto Riesgo (5). Este artículo se enfoca en los factores de riesgo, con el fin de reconocerlo, abordarlo y brindar un tratamiento óptimo con el fin de evitar complicaciones.

## MÉTODO

Para la elaboración de este artículo se investigó y buscó en las bases de datos de Cochrane Library, PubMed y Sociedad de ginecología y Obstetricias, los artículos escogidos fueron los que tienen respaldo académico, actualizados, y de alta confianza. Para la búsqueda se usaron términos como: “control prenatal”, “embarazo de riesgo”, “investigación sobre droga en el embarazo”, “embarazo en la adolescencia”. Se seleccionaron los artículos que tuvieran mayor relevancia con los temas que se querían exponer en el artículo.

## EPIDEMIOLOGIA

Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos (3).

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 (6). La tasa de mortalidad perinatal del recién nacido en los EE. UU. es de aproximadamente 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).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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, además el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas (7).

## FACTORES DE RIESGO

En la valoración del riesgo perinatal distinguimos dos niveles de actuación; la clasificación de las gestantes en bajo riesgo o alto riesgo, en el que el objetivo es determinar cuáles son los embarazos que tienen una mayor probabilidad de presentar resultados perinatales adversos por estar asociados a uno o más factores de riesgo obstétrico. Ver **TABLA 1**.

Algunos de los factores específicos que podrían contribuir a que un embarazo sea de alto riesgo son los siguientes: (7).

### 1) Edad extrema de la madre.

Se distingue dos grupos bien diferenciados de mujeres con este factor de riesgo.

- **Mujer adolescente embarazada**

Se clasifica a la adolescencia en tres fases: temprana, de los 10 a los 13 años, media, de los 14 a los 16 años, y tardía, de los 17 a los 19 años. El embarazo en cualquiera de estas etapas adolescentes supone un riesgo potencial para la salud materno fetal, se sabe que el riesgo será mayor cuanto menor sea la edad de la adolescente embarazada, esto se debe a que el embarazo de la adolescente viene acompañado de inicio tardío del control prenatal y la falta de seguimiento de embarazo.

La gestante adolescente presenta un riesgo superior de trastornos

hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, parto prematuro, crecimiento intrauterino retardado, bajo peso al nacer, anemia y una mayor tasa de cesáreas y partos difíciles, Tienen mayor riesgo de abandono de los estudios y de depresión, así como un elevado índice de recurrencia en las siguientes generaciones. Todo esto conlleva a un problema de salud y social.

- **Mujeres de edad avanzada**

El retraso de la maternidad se ha convertido en un fenómeno de los países desarrollados, esto se debe por factores sociales, educacionales y económicos; la frecuencia varía entre el 9,6 y el 7,1 %.

Según estadísticas, en los Estados Unidos de América el número de primeros nacimientos por 1 000 mujeres de 35 a 39 años se ha incrementado en un 36 % en los últimos años, y la tasa entre las de 40 a 44 años ha llegado al 70 % (8).

Según un estudio realizado en Dinamarca en el cual se utilizó 369,516 embarazos, se realizó un seguimiento desde las 11-14 semanas de gestación hasta el parto o la interrupción del embarazo, se dividió en 2 grupos, uno en mujeres embarazadas de 35 a 39 años y el otro de 40 años a más y se compararon con las mujeres embarazadas de 20-34 años.

Este estudio dió como resultado que las mujeres mayores de 40 años tienen un mayor riesgo de anomalías cromosómicas, abortos espontáneos y nacimientos antes de las 34 semanas de gestación que las mujeres más jóvenes, no se observó un mayor riesgo de muerte fetal y otras malformaciones

<b>TABLA 1 factores de riesgo obstétrico</b>	
<b>Factores de riesgo sociodermográfico</b>	<b>Antecedentes reproductivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad materna ≤ 18 años</li> <li>• Edad materna ≥ 35 años</li> <li>• Obesidad: IMC ≥ 30</li> <li>• Delgadez: IMC &lt; 18,5</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Alcoholismo</li> <li>• Drogadicción</li> <li>• Nivel socioeconómico bajo</li> <li>• Riesgo laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esterilidad en tratamiento &gt; 2 años</li> <li>• Abortos de repetición</li> <li>• Antecedentes de prematuridad</li> <li>• Antecedentes de crecimiento intrauterino retardado</li> <li>• Antecedentes de muerte perinatal</li> <li>• Antecedentes de nacido con defecto congénito</li> <li>• Hijo con lesión neurológica residual</li> <li>• Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental)</li> <li>• Incompetencia cervical</li> <li>• Malformación uterina</li> </ul>
<b>Antecedente médicos</b>	<b>Factores de riesgo del embarazo actual</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Enfermedad cardíaca</li> <li>• Enfermedad renal</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Endocrinopatías</li> <li>• Enfermedad respiratoria crónica</li> <li>• Enfermedad hematológica</li> <li>• Epilepsia y otras enfermedades neurológicas</li> <li>• Enfermedad psiquiátrica</li> <li>• Enfermedad hepática con insuficiencia</li> <li>• Enfermedad autoinmune con afectación sistémica</li> <li>• Tromboembolismo</li> <li>• Patología médico-quirúrgica grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión inducida por el embarazo</li> <li>• Anemia grave</li> <li>• Diabetes gestacional</li> <li>• Infección urinaria de repetición</li> <li>• Infección de transmisión perinatal</li> <li>• Isoinmunización Rh</li> <li>• Embarazo múltiple</li> <li>• Polihidramnios / oligohidramnios</li> <li>• Hemorragia genital</li> <li>• Placenta previa en &gt; 32 semanas</li> <li>• Crecimiento intrauterino restringido</li> <li>• Defecto congénito fetal</li> <li>• Estática fetal anormal en &gt; 36 semanas</li> <li>• Amenaza de parto pretérmino</li> <li>• Rotura prematura de membranas</li> <li>• Tumoración uterina</li> <li>• Patología médico-quirúrgica grave</li> </ul>
<p><b>Fuente:</b> SEGO. Control prenatal del embarazo normal (MONOGRAMA EN Internet). Madrid; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2010 (acceso 18 de febrero de 2019); Disponible en : <a href="http://www.Prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/">www.Prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/</a></p>	

congénitas (9,10). La tendencia a retrasar el primer embarazo incrementa las complicaciones materno-fetales debido a que el sistema reproductor va envejeciendo. Estas complicaciones son: trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, mayor índice de cesáreas, puntuación baja en la escala de Apgar, muerte perinatal y bajo peso al

nacer (11). Jacobsson et al. reportaron un significativo incremento en el riesgo de diabetes gestacional en mujeres de 40-44 años de edad. En cuanto al crecimiento fetal, la tasa de nacidos pequeños para la edad gestacional es 66% más alta en mujeres > 40 años cuando se compara con mujeres entre 20-24 años de edad. Simchen et al. reportaron que en mujeres > 50 años, los

recién nacidos fueron significativamente más pequeños en comparación con pacientes entre 45-49 años; también se observó una mayor incidencia de parto prematuro (12).

En un estudio de cohorte retrospectiva que se realizó en Chile, en donde se estudió a 20.546 partos, de los cuales 16.338 (79,5%) fueron en mujeres de 20 o más años. De éstos, 13.361 (65%) ocurrieron en mujeres entre 20 y 34 años y 2.977 (14,5%) en mujeres de 35 años o más, correspondiendo a 2.234 (10,9%) entre 35 y 39 años y 743 (3,6%) en mujeres de 40 o más años. Del total de partos 4.456 (27,2%) ocurrieron en primigestas. Se concluyó que los grupos de mayor edad se asociaron significativamente a un aumento en la probabilidad de presentar complicaciones obstétricas y perinatales (13).

## **2) Falta o pocos de controles prenatales**

El control prenatal es un conjunto de acciones, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la mujer para el parto, la maternidad y la crianza (14).

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Los controles regulares ayudan a identificar patologías las cuales convertirían a la paciente como una paciente de mayor riesgo obstétrico y perinatal, el control prenatal también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el cuidado materno como una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados

del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, existen mujeres que no acceden a este control, esto puede deberse al difícil acceso al sistema de salud o a bajo nivel socioeconómico (15).

Existe múltiples estudios en donde evidencia los beneficios de un buen control prenatal sobre el desenlace del embarazo. La mayoría de lesiones y muertes maternas, así como aproximadamente 75% de las muertes neonatales, se podrían evitar si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto. Estos controles pueden ser

- **Control preconcepcional**

Lo óptimo es que toda mujer que desea quedar embarazada, inicien cuidados antes de la concepción. En este control se debe obtener la historia médica personal y reproductiva completa; la historia de salud de la pareja y las conductas de riesgo psicosocial. Se debe realizar un examen físico general, un examen ginecológico, PAP. Hay que desarrollar también exámenes de laboratorio según corresponda (Hematocrito-Hb, Urocultivo, Grupo Rh y Coombs, VDRL, VIH). Se considera que en mujeres sanas se puede comenzar a tomar ácido fólico (400 mg/día), idealmente dos meses antes de la concepción y continuarlo hasta al menos las 12 semanas (16).

Se recomienda ofrecer las vacunas para Rubeola, Varicela o Hepatitis B a las pacientes susceptibles y el embarazo debe evitarse por un mes luego de haber recibido la vacuna, aunque no hay evidencia que sugiera que sean dañinas si se embarazan antes.

- Control prenatal

Los controles deben comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de las 10 semanas, especialmente en pacientes con patologías crónicas o que hayan tenido abortos o malformaciones del tubo neural. Una revisión de *Cochrane* en el cual se incluyó países de alto, mediano y bajos ingresos, no se encontró evidencia fuerte en el número de partos prematuros y recién nacidos de bajo peso entre los grupos que recibieron un número reducido de controles prenatales (8, en países de altos ingresos y menos de 5, en países de bajos ingresos). Esto, comparado con los controles habituales. La frecuencia de los controles son determinados de acuerdo a las necesidades y riesgo de cada mujer o su feto y de las leyes de cada país (17,18).

Los objetivos del control prenatal son:

- a) Evaluar el estado de salud de la madre y el feto
- b) Establecer la edad gestacional
- c) Evaluar posibles riesgos y corregirlos
- d) Planificar los controles prenatales
- e) Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural

### 3) Estatura, peso, tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas

- Estatura

Las mujeres de estatura inferior a 1,50 m tienen más probabilidades de tener una pelvis pequeña, lo cual puede dificultar el paso del feto durante el parto a través del canal del parto.

- Peso

El bajo peso como el sobrepeso u obesidad se asocia a peores resultados perinatales.

Especialmente, las gestantes con obesidad presentan un riesgo aumentado de trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes, patología biliar, infecciones del tracto urinario, hemorragia posparto, enfermedad tromboembólica del embarazo, parto pretérmino, aborto, muerte perinatal y una mayor tasa de cesáreas (19). La obesidad se define como una cantidad excesiva de grasa corporal, se puede identificar mediante el cálculo del índice de masa corporal. En mujeres obesas con embarazo único, el aumento de peso recomendado es de 5 a 9 kg. Mientras, que en una obesa con embarazo múltiple el aumento de peso recomendado es de 11 a 19 kilos. Según estudios se indica que en mujeres obesas, el aumentar menos peso que la cantidad recomendada o bajar de peso durante el embarazo podría disminuir el riesgo de macrosomía. Sin embargo, las investigaciones sugieren que bajar de peso o subir muy poco peso durante el embarazo también aumenta el riesgo de tener un parto prematuro.

- Tabaquismo

La prevalencia de tabaquismo en mujeres en edad fértil es de aproximadamente 20-30% en países desarrollados. El tabaquismo durante el embarazo se ha relacionado con: desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro, mortinato, síndrome de distrés respiratorio del neonato, bajo peso de nacimiento, síndrome de muerte súbita, alteraciones neurocognitivas y defectos palatinos (20). El monóxido de carbono y la nicotina del humo de tabaco pueden interferir con el suministro de oxígeno al feto. La nicotina

cruza fácilmente la placenta, esta nicotina se concentra en la sangre fetal, en el líquido amniótico y en la leche materna.

- Alcohol

El alcohol es identificado como la principal causa prevenible de retardo mental. Investigaciones han demostrado que la ingesta promedio de un trago al día, pone al feto en riesgo de presentar al nacimiento retardo del crecimiento (21). A iguales cantidades de alcohol consumidas por la mujer gestante algunas células fetales mueren, otras disminuyen su proliferación y otras parecen no afectarse. Determinar la vulnerabilidad selectiva de cada célula es clave para comprender la patogenia. Los mecanismos ya identificados incluyen muerte celular, reducción de la proliferación, alteraciones de migración, pérdida de adhesión, alteraciones en la diferenciación y función celular y disregulación de genes. Además la ingesta de alcohol materna genera radicales libres produciendo mayor daño celular: daño mitocondrial por aumento del calcio intracelular, déficit de zinc que produce muerte selectiva de células de la cresta neural, estimulación del metabolismo de la enzima CYP2E1 del complejo citocromo P450 y constricción de arterias umbilicales en cada episodio de ingesta alcohólica con mecanismo de isquemia/reperfusión. También se ha demostrado que el alcohol afecta receptores de membranas de neurotransmisores y disminuye el crecimiento de dendritas; inhibe en forma competitiva la enzima que transforma retinol a ácido retinoico, metabolito que modula los genes que regulan el desarrollo y produce déficit de folato,

también fundamental en las etapas iniciales del período embrionario (21).

- Drogas

El consumo y dependencia de sustancias es uno de los problemas más serios para las sociedades de todo el mundo con alta morbilidad. El uso de drogas ilegales, como la cocaína, la heroína y la marihuana, conlleva riesgos importantes. Pueden causar abortos espontáneos, nacimientos prematuros y defectos de nacimiento. Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo de una mujer toxicómana son la hepatitis, la endocarditis y las enfermedades venéreas. Entre las complicaciones no infecciosas, la anemia es la más frecuente. La drogadicción suele condicionar un estilo de vida poco compatible con el cuidado de la salud personal. Además, uno de los efectos más importantes del consumo de drogas durante el embarazo, especialmente de las que tienen gran posibilidad de crear toxicomanía, es que tanto la madre como el feto presentan dependencia

- 4) Historia clínica personales patológicos como hipertensión crónica, diabetes, trastornos cardíacos, asma mal controlada, infecciones y trastornos de coagulación sanguínea.
- 5) Antecedentes quirúrgicos personales, como cirugía en el útero, que incluye múltiples cesáreas, muchas cirugías abdominales.
- 6) Complicaciones en el embarazo, como la ubicación anormal de la placenta, restricción del crecimiento fetal y sensibilización al Rh.
- 7) Embarazo múltiple.

## MEDIDAS PREVENTIVAS

Prevención primaria: que engloba promoción y protección a la salud

- Atención pre concepcional el cual tiene como objetivo promover la salud de la mujer y la de su futura descendencia, estas citas deben de formar parte de la asistencia prenatal, en esta consulta medica se identifica patologías maternas y se recomienda la toma de vitamina prenatal como ácido fólico a diario, también se brinda enseñanza sobre el peso.
- Atención prenatal periódica.
- Dieta saludable.
- Peso controlado
- No consumo de sustancias toxicas como el tabaquismo alcoholismo, drogas ilegales.

Prevención secundaria: consiste en el diagnóstico y tratamiento precoz.

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

## TASAS DE MORTALIDAD

La tasa de mortalidad maternas

Se define como el número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo durante este período o dentro de los 42 días posteriores al parto cada 100.000 nacidos vivos.

Las causas más comunes de muertes maternas en todo el mundo son

- Hemorragia
- Preeclampsia

- Sepsis
- Aborto
- Embolia pulmonar
- Complicaciones obstétricas
- Otros trastornos

Casi la mitad de las muertes maternas son evitables (19).

La tasa de mortalidad perinatal del recién nacido

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).

Las causas más comunes de muerte perinatal son

- Complicaciones obstétricas
- Trastornos maternos (p. ej., hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, trastornos autoinmunes)
- Infección
- Anomalías placentarias
- Malformaciones congénitas
- Parto pretérmino

## TRATAMIENTO

El tratamiento va a depender de la patología que sea identificado.

## CONCLUSION

El concepto **embarazo de riesgo** hace referencia a aquel en el que se detectan una o más circunstancias o factores que, por su naturaleza, pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente a los resultados maternofetales. La gineco-obstetricia actual ha logrado grandes éxitos en la

reducción de la morbimortalidad materna, por lo que actualmente se ha centrado la atención en los aspectos fetales y neonatales, así como en identificar al subgrupo de mujeres embarazadas que requiere de una mayor vigilancia y cuidado a consecuencia de presentar factores de riesgo claramente identificables, sea antes o durante el embarazo. Tengamos en cuenta que la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Sabemos que 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. En cuanto al embarazo en edades tempranas se ha visto que las edades extremas son un factor de riesgo de morbi mortalidad es por ello de suma importancia evaluar el aspecto de salud, social y emocional en la primera visita prenatal con la mujer adolescente embarazada, además de su nivel social y educativo, su autoestima, antecedentes psiquiátricos, recursos económicos, red de apoyo social y familiar con la que cuenta y a la pareja en caso de que la

haya. En la actualidad, la mujer decide en qué momento embarazarse, y cada vez más retrasa ese momento hasta lograr sus metas personales, lo que incrementa no sólo la edad a la que se embaraza, sino también, y de modo secundario, el riesgo de morbilidad. Además en el control prenatal, tenemos que identificar algunos hábitos que podría causar riesgo al embarazo como por ejemplo tabaquismo, alcoholismo y drogas ilegales. El consumo de tabaco durante el embarazo se ha evidenciado que tiene efectos prenatales y es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad infantil. El consumo de bebidas alcohólicas en el embarazo es un importante problema de salud pública, los niños expuestos están en alto riesgo de dificultades escolares, problemas legales, abuso de sustancias y problemas de salud mental. Por todo lo anterior que se recomienda una captación temprana con una buena identificación de factores de riesgo y abordarlos cada uno, ya que con eso se puede disminuir el porcentaje de complicaciones.

## REFERENCIAS

1. Ku, E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2014;18(1):1-7. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355009>
2. East CE, Biro MA, Fredericks S, Lau R. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019 04 01;. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000198.pub3>
3. Frederiksen LE, Ernst A, Brix N, Braskhøj Lauridsen LL, Roos L, Ramlau-Hansen CH, Ekelund CK. Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age. *Obstetrics & Gynecology*. 2018 03;131(3):457-463. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002504>
4. Iturra-Zamorano RS, Badilla-Otero MC, Velásquez-Muñoz AA. *Rev CONAMED*. [Internet] 2017. [Consultado 10 Oct 2019]; 2017; 22 (4) .Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79261>

5. Iturra-Zamorano RS, Badilla-Otero MC, VelásquezMuñoz AA. Vivencias de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile. *Rev CONAMED* 2017; 22(4): 174-178.
6. Holness N. High-Risk Pregnancy. *Nursing Clinics of North America*. 2018 06;53(2):241-251. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.010>
7. Donoso Bernaldes B, Oyarzún Ebensperger E. High risk pregnancy. *Medwave*. 2012 06 01;12(05):e5429-e5429. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.05.5429>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maternidad Saludable. Disponible en: [http:// www.col.ops-oms.org/familia/maternidad.htm](http://www.col.ops-oms.org/familia/maternidad.htm)
9. Iván García Alonsol ; María Mislaine Alemán MederosI. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. [Internet]2010. [Consultado 22 Oct 2019]; 36(4)481-489. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n4/gin02410.pdf>
10. Napoleón Baranda-Nájera,Dulce María Patiño-Rodríguez,Martha Laura Ramírez-Montiel,Jacqueline Rosales-Lucio,María de Lourdes Martínez-Zúñiga,José Jesús Prado-Alcázar,Nilson Agustín Contreras-Carreto. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Evidencia Medica e Investigacion en salud* [Internet] 2014[Consultado 22 Oct 2019];7(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo143c.pdf>
11. Curiel-Balsera E, Prieto-Palomino MA, Muñoz Bono J, Ruiz E, Galeas JL, Quesada García G. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome de HELLP que Ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecoobstétrica. *Med Intensiva*. 2011; 35 (8): 478-483
12. Chamy P V, Cardemil M F, Betancour M P, Ríos S M, Leighton V L. RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2009;74(6). <https://doi.org/10.4067/s0717-75262009000600003>
13. Gomez de la Rosa F, Marrugo-Arnedo CA, Florez-Tanus Á, López-Pájaro K, Mazenett-Granados E, Orozco-Africano J, Alvis-Guzmán N. Impacto económico y sanitario del control prenatal en embarazadas afiliadas al régimen subsidiado en Colombia durante 2014. *Salud Pública de México*. 2017 03 31;59(2):176. <https://doi.org/10.21149/7766>
14. Belizán JM, Villar J, Belizán MZ, Garrote N. Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario, Argentina. *Bol la Of Sanit Panam* 1979;86(2):121-130 [consultado en noviembre de 2015]
15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! panorama general ii Informe sobre la salud en el mundo 2005 [documento de internet]. Ginebra, 2005 [consultado el 6 de diciembre de 2015]. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2005/overview\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf)
16. Susana Aguilera P, Peter Soothill M. Control Prenatal. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 Nov;25(6):880-886. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70634-0)
17. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD000934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub2>
18. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 2014 06;2(6):e323-e333. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(14\)70227-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(14)70227-x)
19. AGUIRRE C V. Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 2007 09;23(3). <https://doi.org/10.4067/s0717-73482007000300004>

20. SEGO. Embarazo en la adolescencia. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2013 [acceso 18 de febrero de 2018]. Disponible en <http://www.prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/>
21. AROS A S. Exposición fetal a alcohol. *Revista chilena de pediatría*. 2008 Nov;79. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062008000700008>