

El enfoque de riesgo en los cuidados materno-perinatales

EDGAR IVÁN ORTIZ LIZCANO

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

UNIVERSIDAD DEL VALLE (COLOMBIA)

Resumen

El enfoque de riesgo es una metodología que mide la proporción de ocurrencia de un daño en presencia o ausencia del factor de riesgo.

Palabras clave

Riesgo; daño; metodología; riesgo relativo.

Se entiende por atención prenatal (control antenatal, asistencia prenatal, control prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

La atención prenatal adecuada en cantidad, calidad, contenidos, oportuna y diferenciada acorde al riesgo tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

Aplicada en forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas de salud pública, como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales.

Además de la mejoría en la tasa de mortalidad perinatal y la razón de mortalidad materna que pueden asociarse con la inclusión del cuidado prenatal extensivo en los programas materno-infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difícil de medir, pero no menos importantes.

Despejar las dudas de las gestantes y sus familias, alejar sus miedos y tabúes, respetando las pautas culturales, lograr un mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, con una actitud más positiva hacia la maternidad y hacia el espaciamiento de los embarazos, promover hábitos familiares saludables, con mejor disposición para el control del crecimiento y del desarrollo ulterior del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, son ejemplos de las múltiples ventajas que tiene un buen programa de cuidados prenatales.

Con los cuidados prenatales se persigue:

- la detección de enfermedades maternas subclínicas;
- el reconocimiento de los factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo normal del embarazo;
- la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo;
- la vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal;
- la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo;
- la preparación psicofísica para el nacimiento;
- la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Para el reconocimiento de los factores de riesgo que puedan incrementar la probabilidad de daño en cualquier momento de la gestación se requiere una adecuada evaluación de la historia clínica de la gestante, de sus paraclínicos y la realización de un cuidadoso examen clínico obstétrico.

Sin embargo, la evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de *riesgo* es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con un daño o evento adverso no siempre está definida. Por ejemplo, en ocasiones, el daño «muerte fetal» deriva claramente de un factor conocido, pero en otras la relación es mucho más difícil de establecer, por desconocimiento del factor o factores intervinientes, o por la dificultad en establecer el peso individual de cada uno de ellos en el resultado adverso cuando el problema es multifactorial.

Los primeros sistemas de evaluación de riesgo fueron elaborados en base a la observación y la experiencia de sus autores y solo recientemente han sido sometidos a evaluaciones, persistiendo aún dudas sobre su efectividad para discriminar a las mujeres, niñas o niños que sufrirán el evento de quienes no lo harán. Los sistemas basados en puntaje adolecen aún de exactitud en el valor o punto de corte asignado a cada factor o a sus asociaciones. Hay grandes variaciones, de acuerdo a su aplicación, según se trate de individuos o poblaciones. Para que estos factores sean más adecuados, deberían evaluarse en cada lugar luego de conocer el real peso que tienen localmente.

Una vez identificados los factores de riesgo debe considerarse si estos son modificables o no y proceder con intervenciones basadas en la evidencia a eliminar o atenuar la probabilidad de daño materno perinatal. Para ello es muy importante tener en cuenta la capacidad resolutoria de las instituciones que realizan la atención prenatal y el parto y definir el nivel de atención requerido para garantizar las intervenciones que se precisan para lograr este objetivo.

No obstante, existe una subutilización de esta oferta de servicios por una sobrestimación de los factores de riesgo que pudiesen ser intervenidos en los niveles básicos de atención.

Esta situación genera remisiones innecesarias a niveles de mayor complejidad para la atención prenatal y el parto, afectando la oportunidad de atención que deberían tener en esos niveles las gestantes clasificadas como muy alto riesgo obstétrico y afectando además de manera importante los entornos familiares por los costos y los traumatismos que implica el desplazamiento a instituciones localizadas por fuera del entorno de residencia de la embarazada.

Criterios para clasificación del embarazo de bajo y alto riesgo obstétrico

Para implementar las actividades de normatización del cuidado prenatal dirigido a las mujeres con embarazos de bajo riesgo de complicaciones, es necesario identificarlas.

Este objetivo se logra al constatar la presencia o la ausencia de factores de riesgo. La presencia en la embarazada de algunas de estas características la califican dentro del grupo de alto riesgo y la excluyen del cuidado prenatal de bajo riesgo.

Se requiere una correcta anamnesis de la historia clínica, el apoyo de paraclínicos y adecuado examen clínico de toda gestante para garantizar la identificación de factores de riesgo. Cuando se usa la historia clínica perinatal simplificada (HCPS) del Centro Latinoamericano de Perinatología de la Organización Panamericana de la Salud (CLAP-OPS), esta facilita la identificación de los factores de riesgo, los cuales están impresos en color amarillo.

Hay acuerdo en considerar a las gestantes de 15 a 35 años, como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal, neonatal y los defectos congénitos suelen ser más frecuentes en la adolescencia temprana (menores de 15 años) como a partir de los 35 años.

La fuerte asociación existente entre malos resultados perinatales y bajo nivel socio-educacional obliga a considerar estas variables toda vez que se evalúa una gestante. Las malas condiciones socio-educacionales se asocian a un menor número de consultas prenatales, a familias más numerosas, a hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo físico, al mantenimiento de la actividad laboral hasta

etapas más avanzadas del embarazo, a menor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de gestaciones en uniones inestables.

Los aspectos enunciados previamente se vinculan además a determinados grupos étnicos. Los pueblos indígenas y las poblaciones afrodescendientes constituyen más del 40 % de la población de la región. Hay etnias que presentan riesgos perinatales específicos, independientemente de su condición socioeconómico-cultural; se puede citar a manera de ejemplo la anemia falciforme en las poblaciones afrodescendientes. Además de su importancia demográfica y por condiciones clínicas particulares, estos grupos poblacionales viven en condiciones más desfavorables que otros grupos.

Se tratará investigar en los parientes cercanos (madre, padre, hijos, hermanos, pareja) de la gestante si existe algún antecedente que obligue a adoptar medidas especiales de diagnóstico o de tratamiento.

En ocasiones, es imprescindible evaluar el grado de daño que una enfermedad preexistente o la violencia pudo haber causado y como ello puede repercutir desfavorablemente sobre el embarazo actual.

Los datos relativos a los embarazos anteriores tienen valor para el pronóstico del actual embarazo. Hay una tendencia a que el riesgo se repita.

Se deben jerarquizar aquellos datos que por su relevancia puedan influir sobre los resultados del embarazo actual; por ejemplo, tres abortos espontáneos consecutivos obligan al prestador a valorar esta condición y desarrollar las actividades que se consideren apropiadas para evitar un nuevo aborto.

Las nulíparas requerirán una atención especial ya que además de no tener un canal de parto probado, presentan patologías que suelen ser más comunes en ellas (por ejemplo, pre-eclampsia).

Las grandes multíparas requerirán cuidados especiales en el momento del parto, durante el alumbramiento y en el puerperio, ya que la sobre-distensión de la fibra uterina se vincula con mayor riesgo de atonía uterina y hemorragia.

La finalización del embarazo anterior es un dato de jerarquía cuando indique un corto intervalo intergenésico. Un grupo técnico reunido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha recomendado un espaciamiento de por lo menos 24 meses luego del nacimiento de un hijo vivo o de 6 meses en caso de aborto y un futuro embarazo, con la intención de reducir resultados adversos maternos, perinatales y neonatales. Nuevos estudios han confirmado esa misma tendencia. Es importante tener en cuenta estos conceptos para asesorar a las mujeres acerca de cuál es el momento biológico más apropiado para un nuevo embarazo.

Debe darse importancia al antecedente de un recién nacido con peso menor a 2.500 gramos, ya que esto expone a la gestante a mayor probabilidad de repetir el nacimiento de otro hijo con bajo peso al nacer. Aquellas gestantes con antecedentes de macrosomía fetal corren mayor riesgo de presentar un nuevo embarazo con un feto macrosómico; esto debería generar actividades para descartar posibles alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. La macrosomía fetal se puede acompañar de mayor intervencionismo obstétrico y por ende de mayor morbi-mortalidad perinatal.

El antecedente de embarazo múltiple obliga a descartar en forma exhaustiva un nuevo embarazo múltiple. Los embarazos múltiples exponen

a las mujeres y a sus hijos a serios riesgos. La mortalidad fetal es 10 veces mayor que para los embarazos únicos. El alto índice de prematuridad y bajo peso se asocian a una alta mortalidad neonatal. La anemia, la preeclampsia, la hiperémesis gravídica, la atonía uterina y la hemorragia postparto suelen verse más frecuentemente en los embarazos múltiples.

Es importante determinar si el embarazo no estaba planificado, ya que con frecuencia hay una asociación entre embarazos no planeados y embarazos no deseados.

Cuando los embarazos no son deseados, aumenta la probabilidad de que aparezcan complicaciones tales como:

- maniobras abortivas en ámbitos de riesgo;
- sintomatología física de rechazo (hiperemesis gravídica);
- repercusiones emocionales que influirán sobre la gestante y su hijo (depresión, menor cuidado personal, conductas de riesgo, menor cuidado de su hijo).

Relevar el uso de métodos contraceptivos y el fracaso del método usado especialmente en aquellas mujeres que no planificaron el embarazo constituye una información muy valiosa tanto desde el punto de vista poblacional (puesto que esto permite a los gestores establecer análisis sobre la accesibilidad a los métodos), como del punto de vista individual ya que se podrá determinar, en casos de fracaso de métodos, las estrategias para brindar la contracepción apropiada a esa mujer una vez que finalice el embarazo actual.

Estilos de vida de riesgo: existen estilos de vida que pueden ser riesgosos para la mujer y su futuro hijo. El embarazo suele ser un

momento especial en el que la mayoría de las mujeres están dispuestas a hacer «sacrificios» para garantizar la salud de su futuro hijo.

Por esta razón, muchos programas para el cese del tabaquismo, el alcohol y las drogas suelen tener más éxito durante este período. También, ocurre lo mismo con los aspectos vinculados a la violencia contra la mujer. Las mujeres que sufrieron violencia durante períodos prolongados y lo han aceptado, están dispuestas a buscar ayuda mientras están embarazadas.

Aun sabiendo que es difícil para los prestadores interrogar estos aspectos y que también es complejo para las mujeres admitir algunas de estas situaciones y que pueden variar a lo largo del embarazo, se recomienda interrogar estos aspectos. Esta búsqueda en diferentes instancias permitirá constatar si las intervenciones desarrolladas son exitosas o por el contrario si fracasan.

Consumo de café y bebidas cola: para las mujeres embarazadas con alto consumo diario de cafeína (más de 300 mg por día) se recomienda la reducción de la ingesta diaria de cafeína durante el embarazo para reducir el riesgo de pérdida del embarazo y de recién nacidos de bajo peso.

Tabaquismo activo: el tabaco es una de las drogas más frecuentemente consumidas. La OMS estima que en los países desarrollados el consumo de tabaco por parte de las mujeres se encuentra por encima del 20 %, mientras que en los países en vías de desarrollo las cifras de mujeres que fuman se ubican en torno al 9 % con amplias oscilaciones. Muchas de estas mujeres continúan fumando durante el embarazo.

El humo del cigarrillo contiene más de 2.500 productos químicos, muchos de ellos altamente nocivos y otros de efecto desconocido. Los efectos del tabaco no solo pueden dañar a la mujer, sino que su uso durante el embarazo puede provocar serios daños al feto y a los recién

nacidos. Está demostrado que su consumo en el embarazo en forma aislada o continua aumenta el riesgo reproductivo.

El consumo de cigarrillos durante el embarazo ha sido asociado con:

- Bajo peso al nacer
- Restricción en el crecimiento fetal
- Partos de pretérmino
- Muerte fetal
- Mayor ingreso a cuidados intensivos neonatales

Los hijos de mujeres fumadoras pesan al nacer, en promedio, entre 200 y 400 g menos que los hijos de mujeres no fumadoras. Esta diferencia de peso guarda relación con el número de cigarrillos diarios. Se calcula que cada cigarrillo/día, puede ser responsable de 10 gramos menos de peso al nacer. Las mujeres que continúan fumando durante el embarazo presentan un incremento del 17 % de recién nacido con BPN.

También se ha confirmado la asociación entre el hábito de fumar y la prematurez, en aquellas mujeres que dejan de fumar durante el embarazo la proporción de partos prematuros se reduce en un 15 %. El principal componente del BPN en el caso de las fumadoras es el RCI y secundariamente la prematurez.

Si la madre logra cesar el uso del tabaco en el primer trimestre del embarazo, casi no se notarían diferencias entre los hijos de madres fumadoras y no fumadoras. Incluso, si la gestante solo cesa de fumar en el tercer trimestre, es probable que mejore el crecimiento fetal.

Los cigarrillos se asocian con el doble de probabilidad de que las mujeres que fuman durante el embarazo desarrollen problemas vinculados a la placenta (placenta previa, desprendimiento prematuro de

placenta), si se las compara con mujeres no fumadoras. También se ha visto un aumento en el riesgo de rotura prematura de membranas en las mujeres que fuman durante el embarazo. Cuando estas complicaciones se producen antes de las 37 semanas se asocian con prematuridad (OMS).

El hábito de fumar, en particular en grupos de mujeres que además presenten otra condición de riesgo (mayores de 35 años, grandes multíparas, otras condiciones médicas graves, otras adicciones, etc.) ha sido asociado con mayor mortalidad perinatal. Esta asociación persiste clara en los países en vías de desarrollo en los cuales las prevalencias son altas y donde las fumadoras seguramente concentran una mayor proporción de otros factores de riesgo (socioculturales, económicos, de atención, etc.).

Tabaquismo pasivo: ser fumadora pasiva durante el embarazo también puede aumentar las probabilidades de una RCIU, con riesgo de BPN.

Los padres que continúen fumando una vez nacido el niño deberán hacerlo al aire libre. Los niños expuestos al humo del tabaco sufren más frecuentemente infecciones respiratorias bajas y otitis. Los niños que están expuestos en los primeros años de vida al humo de tabaco tienen más probabilidad de desarrollar asma.

Deberán establecerse programas de cesación de tabaquismo para aquellas gestantes que lo necesiten. Es probable obtener éxito si las mujeres ya han tenido otros intentos por dejar de fumar, tienen parejas que no fuman y/o tienen apoyo familiar para dejar el cigarrillo.

Consumo de alcohol: el consumo de alcohol durante el embarazo se ha asociado con defectos físicos y psíquicos al nacer que reciben el nombre de síndrome alcohólico fetal (SAF). No se han demostrado niveles de

seguridad para beber alcohol durante el embarazo y la lactancia, por lo cual no se recomienda el consumo de alcohol durante el embarazo.

El alcohol atraviesa la placenta y es metabolizado muy lentamente, por lo que los niveles en la sangre del feto suelen ser mucho más altos y permanecer por mucho más tiempo que en la madre. Este efecto puede ser teratogénico. El SAF es una de las causas más comunes de retardo mental y es totalmente prevenible. Además de los síntomas neurológicos, suelen ser pequeños para la edad gestacional y tener alteraciones morfológicas características (ojos y nariz pequeños, mejillas planas) y en ocasiones algunas variedades de cardiopatía congénita.

Las alteraciones morfológicas suelen vincularse con el alcohol están relacionados con el consumo en el tercer trimestre. Pero el efecto del alcohol sobre el cerebro fetal se produce durante todo el embarazo.

Además de los aspectos vinculados al SAF, el consumo de alcohol durante el embarazo ha sido asociado con mayor riesgo de aborto, muerte fetal y BPN.

Finalmente, el consumo de alcohol durante la lactancia puede disminuir la eyección láctea y provocar algunos trastornos neurológicos menores en el recién nacido.

En caso de que una mujer embarazada necesite ayuda para suspender el consumo de alcohol durante el embarazo y no se cuente con servicios institucionales, se la podrá vincular con organizaciones locales de Alcohólicos Anónimos, manteniendo el vínculo con los equipos obstétricos a fin de evitar que la mujer se sienta poco contenida. Recientemente, se ha demostrado que las mujeres en alto riesgo de exposición al alcohol durante el embarazo se benefician de sesiones con un consejero para reducir el consumo.

Los profesionales de salud deberán hacer énfasis en recordar a las mujeres gestantes, que apenas sepan o sospechen que están embarazadas, deben suspender el consumo de bebidas alcohólicas, ya que no se ha determinado cual es el nivel seguro.

Drogas: aquellas mujeres que deseen abandonar el consumo de drogas durante el embarazo deberán ser apoyadas en tal emprendimiento y referidas a organizaciones que se especialicen en atender a personas con drogodependencia.

El porcentaje de mujeres que usan drogas ilegales como la marihuana, la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas o la heroína es difícil de determinar, pero se estima que es inferior al 3 % de los embarazos según datos comunicados por el CDC.

Estas y otras drogas ilegales pueden provocar diversos riesgos durante el embarazo. Algunas de ellas se asocian con recién nacidos pequeños para la edad gestacional o un amplio espectro de síntomas como defectos congénitos, problemas de conducta o aprendizaje. Pero como la mayoría de las gestantes que consumen drogas ilegales también consumen alcohol y tabaco, es difícil determinar cuáles son los problemas de salud específicamente provocados por las drogas ilícitas.

Cocaína: el consumo de cocaína durante el embarazo puede afectar a la madre y su feto de diversas maneras. Durante los primeros meses, puede aumentar el riesgo de aborto, más tardíamente, puede desencadenar un parto de pretérmino o generar una RCIU, con el riesgo de provocar un recién nacido PEG. Está establecido que los niños PEG tienen 20 veces más probabilidades de morir en el primer mes de vida que los niños con peso adecuado.

Los sobrevivientes, a su vez, corren mayor riesgo de presentar discapacidades incluyendo retardo mental y parálisis cerebral. Los niños expuestos durante su vida intrauterina a la cocaína suelen tener un perímetro cefálico más pequeño, lo que indirectamente refleja un menor desarrollo del cerebro. También se ha sostenido que los niños expuestos a la cocaína corren mayor riesgo de presentar defectos congénitos, especialmente defectos del tracto urinario y posiblemente cardiopatía congénita.

Se ha mencionado un posible aumento de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en las gestantes que consumen cocaína.

Los recién nacidos que han estado expuestos a la cocaína muestran menor atención y reflejos que los recién nacidos no expuestos. Algunos recién nacidos podrían presentar excesivo llanto y temblores de forma similar al síndrome de abstinencia de los adultos, otros pueden presentar dificultades para dormir o por el contrario permanecer durmiendo por muchas horas. Se ha comunicado que los hijos de madres cocainómanas tienen mayor probabilidad de sufrir un síndrome de muerte súbita y mayor dificultad para alimentarse. Estos trastornos suelen ser transitorios y revierten en los primeros meses de vida.

Marihuana: algunos estudios sugieren que los hijos de madres que consumían marihuana durante el embarazo tienen mayor probabilidad de presentar una RCI y de nacer prematuros. Ambos aspectos favorecen la posibilidad que el niño al nacer tenga bajo peso. Algunos niños al nacer podrían presentar excesivo llanto y temblores de forma similar que el síndrome de abstinencia en los adultos. Hasta el momento, no se ha demostrado un riesgo elevado de problemas de aprendizaje o conducta en estos niños.

Violencia: ante situaciones de violencia será necesario conseguir el apoyo adecuado de especialistas en la temática para poder dar una respuesta efectiva a las mujeres que la sufren.

La OMS entiende por violencia «el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones». La OPS considera a la violencia interpersonal como un problema de salud pública. Las mujeres, niños y ancianos suelen ser los grupos más vulnerables en términos de violencia.

La violencia de género corresponde a «todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada».

Se entiende por violencia doméstica a «toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe o limite ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, noviazgo, matrimonio o por unión de hecho». La frecuencia de violencia doméstica entre mujeres embarazadas en países en desarrollo varía de un 4 a un 29 %. Los efectos de la violencia pueden llegar hasta la muerte materna, pasando por toda una gama de lesiones físicas y/o psicológicas. Los hijos de madres que sufren violencia pueden sufrir bajo peso al nacer, parto de pretérmino, aborto y muertes fetales, entre otras.

Obtener esta información suele ser difícil a pesar de que el problema es bastante frecuente (10 a 50 % de las mujeres sufren alguna forma de

violencia), que se produce en todos los grupos sociales, independientemente de su nivel socioeconómico educacional. A veces la dificultad asienta en factores vinculados a la ignorancia, los prejuicios o las costumbres de los proveedores de los cuidados de salud, a las características de la consulta o a falta de competencias para abordar el tema. En otras ocasiones las dificultades provienen de las propias mujeres que pueden sentirse estigmatizadas o con temor si revelan estas situaciones.

Violencia obstétrica: dentro de todos los derechos humanos fundamentales de las mujeres, las embarazadas tienen derecho a recibir el mismo trato que otras personas, se les debe informar sobre todo procedimiento realizado durante el embarazo y durante el parto, no deben ser discriminadas por su condición y se les debe asegurar la salud física y mental.

Como consecuencia del gran número de mujeres que en el mundo reciben un trato indigno e irrespetuoso durante su embarazo y parto, en el año 2014 la OMS redacta una declaración para la «Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud».

Bajo riesgo:

A. Sin factores de riesgo. Z349.

B. Con factores de riesgo débiles o intervenirles por el equipo de nivel primario de atención. Z352.

Tendrán consulta con médico general y enfermera profesional hasta la semana 36. Control con el/la ginecobstetra al inicio del control prenatal y a las 36 semanas. Después podrán continuar con el médico general o especialista si este lo considera necesario.

Alto riesgo obstétrico Z358

Con factores de riesgo o patología materna o fetal que debe ser manejada por el/la obstetra. Pueden tener patologías crónicas que se lograron controlar y algunos casos requerirán ser remitidos a niveles de atención de alta complejidad para continuar el control prenatal o la atención del parto.

Criterios para clasificación del embarazo de muy alto riesgo obstétrico

Las gestantes que presenten una o más de las siguientes condiciones deberán ser clasificadas como embarazo de muy alto riesgo obstétrico y deberán ser atendidas en instituciones de alta complejidad que garanticen el manejo multidisciplinario y la participación del especialista en Obstetricia o en Medicina Materno Fetal. Dependiendo de la evolución de la paciente y el concepto del equipo multidisciplinario que está a cargo del manejo podría continuar el control prenatal en un nivel de atención de menor complejidad.

Criterios:

- Antecedente de cardiomiopatía periparto
- Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías, hemopatías
- Hipertensión arterial crónica no controlada
- Diabetes pregestacional no controlada
- Epilepsia no controlada

- Enfermedades autoinmunes activas o con compromiso de órgano blanco
- Antecedente de cáncer diagnosticado en el embarazo
- Antecedente de aborto séptico moderado o severo
- Antecedente de aborto recurrente: con dos abortos previos espontáneos, óbitos fetales
- Antecedente de complicaciones consecutivas a mola
- Antecedente de incompetencia y cerclaje cervicales
- Antecedente de disgenesia gonadal
- Antecedente de ambigüedad sexual
- Embarazo gemelar con muerte de un feto
- Embarazo con feto acárdico: cualquier feto con cardiopatía, gastrosquisis, onfalocelo, malformación congénita
- Gestantes con feto con hernia diafragmática
- Gestante con Infecciones por HIV en SIDA, herpes sistémico, varicela complicada, varicela zoster
- Gestante con malaria complicada activa, tuberculosis, leptospirosis activa, dengue hemorrágico
- Presencia de síncope previa al embarazo y recurrente
- Gestante con hemorragia por placenta previa
- Gestantes con crisis hipertensiva
- Gestante con preeclampsia
- Gestantes con reemplazo valvular o valvulopatía con compromiso hemodinámico
- Gestantes con asma de difícil manejo
- Gestantes con patología psiquiátrica de difícil manejo o síndrome cerebral orgánico

- Pacientes gestantes con trombosis venosa profunda (TPV) o trombo embolismo pulmonar (TEP) en esquema de anticoagulación
- Gestantes con diabetes gestacional en tratamiento con insulina
- Gestante con hipotiroidismo clínico, hipertiroidea o con tormenta tiroidea
- Gestantes con anemia severa Hb 7 g o menos
- Anemias hemolíticas
- Gestantes con trombofilia
- Gestantes con hemoglobinopatías
- Gestantes con enfermedad reumatológica
- Gestantes con ictericia en embarazo en estudio
- Gestantes con colestasis del embarazo
- Gestantes con pancreatitis
- Paciente con *by pass* gástrico o derivación bilio-pancreática
- Antecedente de hígado agudo graso del embarazo
- Antecedente de embolismo de líquido amniótico
- Embarazo triple
- Síndrome de transfusión feto fetal
- Gestantes con arritmias complejas que requiere electrocardiograma fisiológico
- Gestantes con falla renal crónica o en programa de trasplante
- Gestantes con enfermedades hematológicas: leucemias, purpuras/vasculitis
- Gestantes trasplantadas de órganos vitales
- Acretismo placentario o alta sospecha de placenta ácreta
- Enfermedades infecciosas: toxoplasmosis con compromiso fetal, hepatitis B, sífilis con alergia a penicilina
- Anemia Hb < 9 g/dl que no responde a la terapia

- Antecedente materno y/o fetal de preeclampsia asociada a Síndrome HELLP-RCIU y/o sospecha de trombofilia no estudiada
- Antecedente de morbilidad materna extrema con daño de órgano blanco
- Antecedente de paro cardiorrespiratorio de cualquier etiología
- Antecedente de eventos trombóticos
- Antecedente de trauma severo durante el embarazo con secuelas que interfieran con el curso de este
- Antecedente de sepsis en este embarazo

Muy alto riesgo obstétrico Z359

Gestantes con enfermedades crónicas graves que complican el embarazo y requieren manejo interdisciplinario con otras especialidades y subespecialidades médicas en nivel de atención de alta complejidad.

Bibliografía

CDC 2002. Alcohol use among women of childbearing age—United States, 1991-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2002;51(13):273-276.

CHAMBERLAIN C, O'MARA-EVES A, PORTER J, COLEMAN T, PERLEN SM, THOMAS J, MCKENZIE JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5:CD001055. <DOI:10.1002/14651858.CD001055.pub5>

CLAP-OPS-OMS. Cuidados Prenatales, Vigilancia durante la Gestación, Evaluación del Riesgo Concepcional y Conductas.

Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2013.

UNPFA. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.

MIGNINI LE, CARROLI G, BETRAN AP, FESCINA R, CUESTA C, CAMPODÓNICO L, DE MUCIO B, KHAN KS. Interpregnancy interval and perinatal outcomes across Latin America from 1990 to 2009: a large multi-country study. *BJOG*. 2016;123:730–737.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Resolución 3289, agosto 2 de 2018; pp. 335-349.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH; U.S. Department of Health and Human Services. Heroin. July 2017.
<www.drugabuse.gov/publications/drug-facts/heroin>

POPOVA S, LANGE S, PROBST C, GMEL G, REHM J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e290–99.

Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, 13-15 June, 2005.

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI. Modelo de atención integral a la mujer en edad fértil del Municipio de Santiago de Cali. Octubre 2014.

WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy, 2013.

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization, 2016.

WHO. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth, 2014.

