



Embarazo de bajo riesgo. Realidad o falacia

Samuel Karchmer K

Director del Centro Especializado para la Atención de la Mujer

En años recientes se ha discutido dónde debe ocurrir el nacimiento; es decir, si éste debe suceder en una unidad hospitalaria con instalaciones para la atención obstétrica o fuera de ella. Esta elección asume que las complicaciones del trabajo de parto podrían prevenirse.¹

Existen diversas opiniones acerca de este tema y hay quien sostiene que el parto se ha “medicalizado” y que, en muchas ocasiones, se solicitan estudios de laboratorio e imagen excesivos; quizá la culpa de esta manera de pensar la tengamos los obstetras, obviamente no todos.

Los estudios de laboratorio y los ultrasonidos son necesarios, en los tiempos ya establecidos.²

En muchas ciudades de diversos países la atención durante el trabajo de parto, y posterior a éste, es proporcionada por un equipo multidisciplinario: anestesiólogos, obstetras, neonatólogos y parteras certificadas, entre otros. También hay lugares donde solo una pequeña parte de la población recibe atención multidisciplinaria. De hecho, en algunos países menos de 20% de las pacientes en trabajo de parto no reciben ni siquiera la atención de un solo médico o una sola partera adecuadamente capacitada; esos países son, evidentemente, los que tienen las mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna, desgracias que se incrementan aún más en las

zonas de alta marginación y donde el subregistro de muertes maternas o de morbilidad suele ser mayor. Así, mientras que en algunos países del primer mundo la tasa de mortalidad materna es baja (menor de 20 muertes por cada 100,000 nacidos vivos), en otros, como en África, no se corre con la misma suerte, con una razón de mortalidad materna excesivamente elevada: más de 2,000 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.^{3,4}

A pesar de todo lo hasta aquí señalado, el término “embarazo de bajo riesgo” es ampliamente aceptado en la práctica clínica moderna. De hecho, se ha integrado como parte del vocabulario cotidiano en las políticas de salud de muchos países (incluido a México) y en la medicina, sobre todo en nuestra especialidad, donde se han desarrollado protocolos que incluyen personal que quizá no está debidamente capacitado para identificar o tratar una posible complicación obstétrica. El ejemplo característico es el pasante de medicina con el promedio más bajo de la generación que es enviado a comunidades apartadas, con malas vías de comunicación y lejos de centros hospitalarios en donde se convierte en el encargado de la atención obstétrica. La incorporación de este término a nuestro vocabulario hace referencia a los embarazos carentes de antecedentes patológicos en la madre, que significan un incremento del riesgo obstétrico y también se hace referencia a la falta de evidencia

clínica de una complicación mayor o menor del embarazo, asumiendo que representa un riesgo mínimo de resultados adversos para la madre y el feto y que, por lo tanto, no requiere atención especializada que debería ofrecerse en un centro hospitalario.²

Determinar cuál es el lugar apropiado para cualquier tipo de atención médica, especialmente la que se ofrece a la paciente embarazada y a su recién nacido, asume una exitosa correlación en cuanto al riesgo de cada paciente, así como de los recursos con los que se cuenta, las vías de comunicación hacia los hospitales, los adecuados sistemas de referencia en caso de una emergencia, el acceso a los servicios de salud en las instituciones, la capacidad de las instalaciones hospitalarias y el adiestramiento apropiado de todo el equipo de salud para actuar rápida y eficazmente ante una complicación aguda que ponga en riesgo la vida de la madre, del feto o de ambos, o bien que los coloque en una situación que incremente la posibilidad de morbilidad grave y de secuelas severas.^{3,4}

En Obstetricia, predecir qué pacientes van a requerir recursos adicionales más allá de la atención obstétrica y neonatal que se brinda de rutina, es difícil porque el supuesto “embarazo de bajo riesgo” puede complicarse con una hemorragia obstétrica de causas diversas, o por otros padecimientos que ponen en riesgo inminente a la vida, como la eclampsia, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y la ruptura uterina, entre otras y, por lo tanto, pueden encontrarse en la necesidad de recibir atención especializada en un centro hospitalario de tercer nivel. Por tanto, no hay que olvidar que en las pacientes sin factores aparentes de riesgo, sus recién nacidos pueden experimentar complicaciones graves e inesperadas durante el trabajo de parto o el puerperio.^{5,6}

Paradójicamente, hay ocasiones en que las pacientes con embarazos de alto riesgo tienen mejores resultados obstétricos y perinatales que quienes se consideran con “embarazo de bajo riesgo”. Esto se debe a que los riesgos de resultados adversos son minimizados en las pacientes sin padecimientos que supongan un incremento inmediato de la posibilidad de complicaciones.

El propósito de este escrito es crear conciencia para reflexionar acerca de la repercusión que puede tener etiquetar a las pacientes con “embarazo de bajo riesgo” e insistir en que debe haber las instalaciones apropiadas y con personal debidamente capacitado para la atención de todas las mujeres embarazadas. Solo de esta manera se logrará obtener un parto exitoso en todos los aspectos y disminuir la incidencia de complicaciones.

Existen diversos estudios acerca de las complicaciones que pueden experimentar las pacientes embarazadas que originalmente se consideraron con “embarazo de bajo riesgo” porque durante las visitas de control prenatal no se encontró ninguna anomalía. También se dispone de reportes en donde cerca de 30% de las pacientes con un aparente “embarazo de bajo riesgo” tuvieron algún resultado adverso. Es necesario insistir que las pacientes que reciben determinado número de consultas de control prenatal no necesariamente tienen un adecuado seguimiento del embarazo y, por lo tanto, puede ser que no se estén identificando condiciones adversas para la evolución del embarazo y su terminación.⁵

Los eventos adversos durante el parto o el puerperio pueden requerir atención obstétrica o neonatal especializada, que va más allá de la atención habitual que se ofrece durante el embarazo o el postparto. También se ha documentado que, incluso 30% de las pacientes que en las etapas tempranas del embarazo éste se cataloga “de bajo riesgo” llegan a ser referidas al hospital durante el tercer trimestre de la gestación; inclu-



so, 20% son referidas mientras permanecen en trabajo de parto.⁵

También está reportado el incremento en la incidencia de cesáreas de urgencia que va de 7 a 9% en el grupo de pacientes con “embarazo de bajo riesgo”, de las que en 68% se realizó por falta de progresión del trabajo de parto, en 30% por sospecha de pérdida del bienestar fetal y las restantes por diversas situaciones que, si bien no son especificadas con frecuencia, podrían incluir: preeclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, ruptura uterina, etc.⁶

Por lo tanto, la pregunta obligada debería ser:

¿Realmente existe el “embarazo de bajo riesgo”?

REFERENCIAS

1. Wilson RW, Schiffrin BS. Is any pregnancy low risk?. *Obstet Gynecol* 1980;55(5):653-6.
2. Fraifer S, García Martí S. Guía de práctica clínica. Control prenatal en embarazadas de bajo riesgo I. *Evid actual práct ambul* 2004;7:173-7.
3. Haeri S, Dildy GA. Maternal mortality from hemorrhage. *Semin Perinatol* 2012;36:48-55.
4. Smith JM, DImiti A, Dwivedi V, Ochieng I, Dalaka M, Currie S, et al. Advanced distribution of misoprostol for the prevention of postpartum hemorrhage in South Sudan. *Int J Gynecol Obstet* 2014;127(2):183-8.
5. Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:809.
6. Haerskjold A, Hegaard HK, Kjaergaard H. Emergency caesarean section in low risk nulliparous women. *J Obstet Gynaecol* 2012;32:543-7.