SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

 SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN ESTATAL

 DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UNIVERSIDAD DEL SURESTE |  |
|  | CLAVE: 07PSU0075W |  |
|  |  |  |

TESIS

Análisis de las Complicaciones Obstétricas y la Frecuencia de Preeclampsia y Eclampsia en Mujeres Embarazadas Mayores de 30 Años Durante el Trabajo de Parto en la Clínica de Parto Humanizado de Zinacantán, Chiapas

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE: LICENCIADO EN MEDICINA HUMANA

PRESENTADO POR:

 HENRÍQUEZ VILLAFUERTE REBECA MARÍA

|  |
| --- |
| ASESOR DE TESIS: |
| DR. EDUARDO GENNER ESCALANTE CRUZ |

 **COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS; MAYO 2024**

**Análisis de las Complicaciones Obstétricas y la Frecuencia de Preeclampsia y Eclampsia en Mujeres Embarazadas Mayores de 30 Años Durante el Trabajo de Parto en la Clínica de Parto Humanizado de Zinacantán, Chiapas**

**DEDICATORIA.**

A mis padres, **José Jacob Henríquez Menjívar** y **Blanca Lidia Villafuerte Zavaleta**, que con ellos tuve el apoyo incondicional y afectuoso para llegar hasta donde estoy ahora, que con lágrimas en los ojos les digo muchas gracias por seguir en mi vida, gracias por haberme ayudado hasta en los momentos más pesados y cansados de cada día, gracias por acompañarme en ir y a dejarme a los lugares donde estuve en prácticas, que vi en estos 4 años de esfuerzo en mañana, tarde y noche trabajando duro para que yo pudiera salir adelante, muchas gracias por el momento más feliz de mi vida que esta por empezar que es el internado y que seguiré sus consejos y pasos para poder ser una buena Doctora, sé que hemos pasado por muchas cosas que se nos han cruzado en el camino, pero que aún seguimos en pie ayudándome y ayudándonos como familia que somos y le doy gracias a Dios por haberme dado unos padres maravillosos, saben que los AMO y daría mi vida por ustedes ¡MUCHAS GRACIAS!. A mis hermanos, **James Mauricio Henríquez Villafuerte** y **Jason Jacob Henríquez Villafuerte**. Gracias a Dios, tuve la dicha de llegar hasta esta etapa final de mi carrera, y todo esto ha sido posible gracias a su apoyo constante. Siempre estuvieron a mi lado, motivándome en cada momento y dándome el aliento necesario para seguir adelante. ¡MUCHAS GRACIAS! Los amo con todo mi corazón. Que Dios les bendiga siempre.

A mi mejor amiga, **Karla Carolina Bermúdez Álvarez**, quien ha estado a mi lado desde el inicio de esta carrera, ayudándome y brindándome su apoyo incondicional. En los momentos buenos y malos, especialmente en los días más difíciles, cuando la pérdida de mi abuela me dejó sin palabras (Dios la tenga en su santa gloria), tú estuviste ahí. ¡Muchas gracias!

A mi asesor, el **Dr. Eduardo Genner Escalante Cruz**, le agradezco de corazón por su orientación durante todo el proceso de mi tesis. Sé que no fue fácil, ya que es mi primera experiencia en este tipo de trabajos, pero con su ayuda y paciencia todo se hizo más llevadero. ¡Muchas gracias, Inge! Que Dios le bendiga y le dé muchas más bendiciones.

Y por fin, con gran emoción, puedo decir: "¡Lo logré!" Gracias a todos ustedes, este sueño ha sido posible.

Índice

[Introducción 8](#_Toc198593710)

[Unidad 1. Embarazo y sus etapas 11](#_Toc198593711)

[1.1 Introducción 11](#_Toc198593712)

[1.2 Gestación 14](#_Toc198593713)

[1.2.1 Primer trimestre 14](#_Toc198593714)

[1.2.3. Segundo trimestre 15](#_Toc198593715)

[1.2.4. Tercer trimestre 17](#_Toc198593716)

[1.3 Ginecología y obstetricia 21](#_Toc198593717)

[1.4 Ultrasonido 23](#_Toc198593718)

[1.5 El tamiz 25](#_Toc198593719)

[Unidad 2 Complicaciones en el embarazo 27](#_Toc198593720)

[2.1 Introducción 27](#_Toc198593721)

[2.2 Complicaciones previas en el embarazo y durante el primer trimestre 28](#_Toc198593722)

[2.3 Complicaciones previas en el embarazo y durante el segundo trimestre 35](#_Toc198593723)

[2.4 Complicaciones previas en el embarazo y durante el tercer trimestre 40](#_Toc198593724)

[Unidad 3 Preclamsias y eclampsia 44](#_Toc198593725)

[3.1 Introducción 44](#_Toc198593726)

[3.2 Preeclampsia 46](#_Toc198593727)

[3.3 Eclampsia: 52](#_Toc198593728)

[3.4 Síndrome de Hellp 54](#_Toc198593729)

[3.5 Hipertensión gestacional 59](#_Toc198593730)

[Unidad 4 natalidad, mortalidad y el contexto social 61](#_Toc198593731)

[4.1 Contexto social 61](#_Toc198593732)

[4.2 Tasa de natalidad en comunidades indígenas 62](#_Toc198593733)

[4.2 Sociedad y económica de Chiapas 65](#_Toc198593734)

[4.2 parto tradicional 69](#_Toc198593735)

[4.3 mortalidad 70](#_Toc198593736)

[4.4 acciones y eventos en emergencias durante el parto. 71](#_Toc198593737)

[4.5 Acceso a servicios de salud en comunidades rurales 73](#_Toc198593738)

[4.6 Determinantes culturales en el cuidado prenatal y postnatal 74](#_Toc198593739)

[Bibliografía 78](#_Toc198593740)

# Introducción

 El presente trabajo tiene como objetivo analizar las complicaciones y la frecuencia de la preeclampsia y eclampsia en mujeres embarazadas mayores de 30 años durante el tercer trimestre de gestación, específicamente en la clínica de parto humanizado de la comunidad de Zinacantán, Chiapas, ubicada en la zona de Los Altos. Esta investigación surge debido a la creciente prevalencia de estas patologías y su impacto en la salud materno-infantil, especialmente en mujeres de edad avanzada, quienes presentan un riesgo mayor de desarrollar estas condiciones.

La preeclampsia y eclampsia son enfermedades relacionadas con la elevación de la presión arterial en el embarazo. La preeclampsia generalmente se manifiesta después de la semana 20 de gestación y se caracteriza por hipertensión y la presencia de proteínas en la orina, conocida como proteinuria. Si no se trata adecuadamente, la preeclampsia puede progresar a eclampsia, una forma más grave que se caracteriza por la aparición de convulsiones, que pueden poner en riesgo la vida tanto de la madre como del bebé.

El diagnóstico de estas enfermedades se realiza principalmente mediante la medición de la presión arterial y el análisis de orina para detectar proteinuria. En su forma más grave, la preeclampsia y eclampsia pueden causar daño a varios órganos vitales, como los pulmones, el hígado y los riñones, lo que puede derivar en complicaciones como edema pulmonar, insuficiencia hepática o renal. Los síntomas más comunes de la preeclampsia incluyen dolores de cabeza intensos y persistentes, alteraciones visuales (luces brillantes o estrellas), confusión, hiperreflexia (respuestas exageradas de los reflejos musculares), dolor en la parte superior del abdomen (epigastrio), náuseas y vómitos, y dificultad para respirar.

La preeclampsia es un síndrome multisistémico que se caracteriza por una reducción de la perfusión sanguínea debido a un vasoespasmo, así como la activación de los sistemas de coagulación, lo que puede derivar en complicaciones graves. Este síndrome suele aparecer durante o después de la semana 20 de gestación y puede continuar hasta el puerperio. Se diagnostica cuando la hipertensión supera los 140/90 mmHg, acompañada de proteinuria. Aunque las causas exactas de la preeclampsia y eclampsia no se conocen con certeza, se ha identificado que existen factores de riesgo tanto altos como moderados. Entre los factores de riesgo altos se encuentran antecedentes de preeclampsia en embarazos previos, gestación múltiple, enfermedades renales, trastornos autoinmunitarios, diabetes mellitus tipo 1 o 2, e hipertensión crónica. Los factores de riesgo moderados incluyen la edad materna avanzada (mayores de 35 años), un índice de masa corporal elevado antes del embarazo (superior a 30), antecedentes familiares de preeclampsia, y la situación socioeconómica de la paciente.

Esta investigación tiene como propósito no solo identificar y analizar las complicaciones y la frecuencia de la preeclampsia y eclampsia en mujeres mayores de 30 años en la comunidad de Zinacantán, sino también generar conciencia sobre la importancia de un diagnóstico temprano y un seguimiento adecuado durante el embarazo para prevenir complicaciones severas. Además, se busca destacar la relevancia de la atención médica constante, a través de revisiones periódicas de la presión arterial y otros estudios, para garantizar la salud materno-infantil y reducir la mortalidad asociada a estas patologías.

El análisis de la preeclampsia y eclampsia en el contexto específico de Zinacantán representa un área de especial relevancia debido a sus particulares condiciones socioeconómicas y culturales, las cuales pueden tener un impacto directo en el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud. Las dinámicas comunitarias, las barreras lingüísticas, la distancia geográfica a centros médicos y las prácticas tradicionales influyen significativamente en la atención que reciben las mujeres embarazadas, especialmente en casos de complicaciones. Esta investigación se enmarca dentro de los requisitos académicos para la obtención del título de Médico Cirujano, y tiene como objetivo aportar evidencia que contribuya a una mejor comprensión de los factores que condicionan el manejo de complicaciones obstétricas en contextos rurales de alta vulnerabilidad, como Zinacantán. Se espera que los resultados obtenidos sirvan como base para el diseño de estrategias más eficaces, culturalmente sensibles y equitativas en la atención materna.

# Unidad 1. Embarazo y sus etapas

## Introducción

Para comprender las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo, es fundamental conocer los procesos fisiológicos que conducen a la gestación. Como profesionales de la salud, sabemos que el abordaje de cualquier enfermedad o condición médica requiere un conocimiento sólido de sus bases fisiológicas y patológicas. Por ello, antes de analizar las problemáticas específicas del embarazo, como la preeclampsia y la eclampsia, es necesario contextualizar los conceptos clave que permiten su comprensión.

El embarazo es un proceso complejo que inicia con la fecundación, un evento fundamental en el cual un espermatozoide y un óvulo se fusionan para dar origen a una nueva vida. Este proceso, que ocurre en la ampolla de la trompa de Falopio, marca el inicio de una serie de cambios fisiológicos en la mujer, diseñados para favorecer el desarrollo embrionario y fetal.

Durante la gestación, el cuerpo materno experimenta múltiples adaptaciones en los sistemas endocrino, cardiovascular, renal e inmunológico con el fin de sostener y proteger al feto en desarrollo. Sin embargo, cuando estas adaptaciones se ven alteradas o insuficientes, pueden surgir diversas complicaciones obstétricas, algunas de las cuales pueden poner en riesgo tanto la vida de la madre como la del feto.

Entre las condiciones de alto riesgo durante el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia representan trastornos hipertensivos que pueden desencadenar graves consecuencias si no son detectados y tratados oportunamente. Estas patologías se caracterizan por un fallo en la adaptación vascular materna, lo que conlleva a disfunción endotelial y una serie de manifestaciones clínicas que afectan múltiples órganos.

Antes de profundizar en estas patologías, es esencial entender la fisiología normal del embarazo, así como los mecanismos de implantación y desarrollo placentario. Solo con este conocimiento podremos comprender las alteraciones que conducen a complicaciones como la preeclampsia y la eclampsia, y así, desarrollar estrategias adecuadas para su prevención, diagnóstico y manejo clínico.

**FECUNDACIÓN O FERTILIZACIÓN**

La fecundación o fertilización, es el proceso a través del cual se combinan el espermatozoide y el óvulo también conocidos como gametos o células sexuales y así forman una sola célula llamada cigoto, la cual, a partir de su formación comenzará un proceso continuo de división celular hasta producir un nuevo ser (Papalia y Martorell, 2017).

Para poder tener un embarazo, se empieza por el proceso de la fecundación o también conocido como fertilización, donde se lleva el proceso de la unión de un espermatozoide y un óvulo (células sexuales masculinas y femeninas), es ahí donde se forma una célula llamada cigoto, que a su vez se hace una división celular hasta producir todas las células que forman a un ser vivo.

Para que esto sea posible, ambas células deben haber alcanzado su respectivo proceso de maduración. El óvulo por su parte deberá encontrarse en una de las trompas de Falopio, después de haber salido del ovario (proceso de ovulación); y, el espermatozoide, habrá de alcanzar al óvulo nadando a través del cuello uterino una vez que haya sido expulsado junto con el semen, en el clímax sexual. (Gary, 2019)

Para que se pueda llegar a este proceso tanto la madre como el padre deben de estar en buena condición de salud, en este caso se lleva un proceso que son de tres meses para la preparación del embarazo como el uso de vitaminas que son exclusivas para poder tener una buena concepción, alimentación balanceada y evitar el consumo de medicamentos, alcohol, drogas, etc.

**INFERTILIDAD:**

*Como todo proceso, la fertilización no queda exenta de fallas que pueden generar dificultades para lograrla, sin embargo, cuando existe una incapacidad de concebir después de haberlo intentado continuamente (por un periodo mayor de 12 meses), entonces se habla de un problema conocido como infertilidad. La causa puede encontrarse tanto en el hombre como en la mujer* (pasch, 2001, pág. 23)

En la infertilidad podemos decir que también es un proceso donde se lleva a cabo el logro de un embarazo con un período de 12 meses aproximadamente, pero a la vez no puede haber fertilización ya que tanto el hombre como en mujeres no pueden producir una buena gestación ya sea por factores genéticos que el padre o la madre pueden heredar al bebé, en algunas ocasiones los factores de riesgo que pueden presentar son el síndrome de Down, labio y paladar hendido, malformación de alguna extremidad, etc.

**PLACENTA**

La placenta comienza a formarse a partir de la 2.ª semana de gestación, completándose en el tercer o cuarto mes. Posteriormente sufre cambios menores. Aunque su desarrollo pasa por distintas fases, básicamente consiste en la invasión del sincitiotrofoblasto (un grupo de células que rodean al embrión en estado de blastocisto) a través de la capa endometrial de la madre, constituyéndose la llamada invasión trofoblástica, y originándose así una comunicación entre los vasos maternos y los vasos fetales a través de los llamados espacios intervellosos. Se ha determinado que una invasión trofoblástica deficiente sienta la fisiopatología de la preeclampsia. Por tanto, el componente fundamental de la placenta se origina en el tejido trofoblástico del blastocisto. (Amir, 2023 GPC. Ginecología y Obstetricia).

La placenta o conocido como bolsa placentaria es lo que se forma y cubre al feto en la gestación, donde también está conectado con el cordón umbilical y que por ese medio se transmiten todos los nutrientes de la madre al feto, ahí es por medio de la alimentación y tenga un buen desarrollo y crecimiento.

## 1.2 Gestación

La gestación es el proceso biológico mediante el cual se lleva a cabo el crecimiento y desarrollo del feto dentro del útero materno. Este proceso tiene una duración aproximada de 280 días o 40 semanas, contados a partir del primer día de la última menstruación. Durante este periodo, el organismo materno experimenta una serie de adaptaciones fisiológicas y hormonales con el objetivo de garantizar el adecuado desarrollo fetal y preparar al cuerpo para el parto.

El embarazo se divide en tres trimestres, cada uno caracterizado por cambios específicos tanto en la madre como en el feto:

### 1.2.1 Primer trimestre

El primer trimestre de gestación, que abarca desde la semana 1 hasta la semana 12, es una etapa crucial en el desarrollo embrionario y fetal. Durante este período, ocurren procesos fundamentales que sentarán las bases para el crecimiento y la maduración de los órganos y sistemas del futuro bebé.

Uno de los eventos más importantes en estas primeras semanas es el cierre del tubo neural, estructura a partir de la cual se formarán el cerebro y la médula espinal. Posteriormente, inicia el desarrollo del corazón y el sistema circulatorio, permitiendo el bombeo de sangre a través del cuerpo del embrión. También comienzan a diferenciarse los ojos y oídos, esenciales para los sentidos de la visión y la audición en etapas posteriores.

Conforme avanza el trimestre, aparecen las extremidades superiores e inferiores, inicialmente como pequeños brotes que gradualmente adquieren forma definida. En esta misma etapa, se desarrollan las uñas de las manos y pies, así como órganos vitales como el hígado, páncreas, riñones y los párpados.

Cada semana es fundamental para la formación y diferenciación de estructuras esenciales, asegurando que, en las siguientes fases del embarazo, el crecimiento y maduración de los órganos y sistemas ocurran de manera óptima.

### 1.2.3. Segundo trimestre

 El **segundo trimestre del embarazo**, que abarca desde la **semana 13 hasta la semana 26**, es una fase de **transición y estabilidad** tanto para la madre como para el feto. En este periodo, los síntomas más intensos del primer trimestre, como las náuseas y vómitos, suelen disminuir, y se experimentan una serie de **cambios fisiológicos y adaptaciones** en el cuerpo materno.

**Cambios en el cuerpo de la madre**

Durante el segundo trimestre, el organismo materno continúa su adaptación para proporcionar un ambiente óptimo para el crecimiento fetal. Entre los cambios más notables en la madre se encuentran:

* **Crecimiento del útero:** A medida que el feto se desarrolla, el útero aumenta de tamaño, expandiéndose más allá de la pelvis y alcanzando la parte superior del abdomen. Esto puede generar una sensación de presión sobre los órganos cercanos.
* **Sensibilidad y agrandamiento de los senos:** Las glándulas mamarias comienzan a prepararse para la lactancia, lo que puede provocar una mayor sensibilidad y cambios en la apariencia de los pezones y la areola.
* **Aumento de la frecuencia urinaria:** Aunque en esta fase la presión sobre la vejiga disminuye en comparación con el primer trimestre, el incremento del flujo sanguíneo renal y la producción de orina continúan siendo significativos.
* **Persistencia o desaparición de náuseas y vómitos:** En la mayoría de las mujeres, las náuseas del primer trimestre mejoran, pero algunas pueden seguir experimentándolas de manera ocasional.
* **Fatiga moderada:** Aunque el cansancio suele ser menor que en el primer trimestre, el aumento de peso y los cambios hormonales pueden seguir causando episodios de fatiga.
* **Antojos y aversiones alimenticias:** La madre puede desarrollar preferencias específicas por ciertos alimentos o, por el contrario, rechazo hacia algunos olores o sabores.
* **Acidez estomacal y estreñimiento:** La **progesterona**, una hormona clave en el embarazo, relaja los músculos del tracto digestivo, lo que puede provocar **reflujo gastroesofágico y digestión más lenta**, favoreciendo la acidez y el estreñimiento.
* **Cambios en la piel:** Algunas mujeres experimentan **hiperpigmentación** en ciertas áreas del cuerpo, como la aparición de la **línea alba** (una línea oscura que se extiende desde el ombligo hasta el pubis) y el **cloasma o "paño del embarazo"**, caracterizado por manchas oscuras en la cara debido a la acción de las hormonas sobre la melanina.

**Importancia del segundo trimestre**

El segundo trimestre es considerado una etapa de **mayor estabilidad** en el embarazo. Durante este periodo, el riesgo de aborto espontáneo disminuye y el feto alcanza un desarrollo significativo, permitiendo que los órganos y sistemas formados en el primer trimestre comiencen a **madurar y funcionar de manera más eficiente**.

Además, es en este trimestre cuando muchas madres comienzan a percibir los **primeros movimientos fetales**, lo que refuerza el vínculo materno-fetal. También es el momento en que se suelen realizar estudios importantes, como la **ecografía estructural** para evaluar el desarrollo anatómico del bebé y detectar posibles anomalías congénitas.

Este periodo es fundamental para llevar un **control prenatal adecuado**, ya que permite monitorear la evolución del embarazo, prevenir posibles complicaciones y preparar a la madre para los cambios que vendrán en el tercer trimestre.

### 1.2.4. Tercer trimestre

El **tercer trimestre** es la etapa final del embarazo y abarca desde la **semana 28 hasta la semana 40 o 42**. En esta fase, el embarazo llega a su culminación con el **inicio del trabajo de parto**, donde el feto se acomoda en la posición adecuada para el nacimiento. Sin embargo, antes de este proceso, la madre experimenta **importantes cambios físicos y psicológicos** que preparan su cuerpo para el parto.

En ésta última fase la mujer empieza con lo llamado “TRABAJO DE PARTO” donde se puede explicar de la siguiente manera:

**Cambios Físicos en la Madre**

1. **Temperatura corporal**
	* La madre puede sentir **aumento del calor corporal**, ya que el feto irradia calor. Esto puede generar incomodidad, especialmente en climas fríos.
2. **Edema**
	* Se presenta hinchazón en **cara, manos y tobillos** debido a la retención de líquidos y el aumento del volumen sanguíneo.
3. **Micción frecuente**
	* Debido al tamaño del feto, la **presión sobre la vejiga** aumenta, lo que provoca una mayor necesidad de orinar.
4. **Crecimiento del vello corporal**
	* Se observa **aumento del vello en extremidades y rostro**, lo que le da una textura más áspera a la piel. Este cambio es provocado por la **estimulación hormonal de los folículos pilosos**.
5. **Calambres musculares**
	* Más frecuentes en el último trimestre, principalmente en las **piernas**, debido al aumento del peso corporal y la compresión de los nervios.
6. **Contracciones de Braxton Hicks**
	* Desde la semana 32 pueden aparecer **contracciones falsas** que preparan el cuerpo para el parto.
7. **Cambios en la piel**
	* Puede haber **hiperpigmentación**, aparición de **estrías**, **sequedad**, **picazón** y **malestar** debido al estiramiento de la piel.
8. **Producción de calostro**
	* Secreción de un **líquido lechoso** por los pezones, lo cual es normal y forma parte de la preparación para la lactancia.
9. **Problemas digestivos**
	* Es común el **estreñimiento y la acidez estomacal**, debido al desplazamiento de los órganos digestivos y el efecto de las hormonas en la motilidad intestinal.
10. **Aumento de peso**
* Se debe al crecimiento del feto y al incremento del volumen sanguíneo y de líquidos en el cuerpo materno.
1. **Leucorrea**
* Se observa un aumento en la **secreción vaginal blanca** (flujo), lo cual es normal en esta etapa del embarazo.

**Cambios Sistémicos en el Cuerpo de la Madre**

**1. Cambios Cardiovasculares**

* El volumen sanguíneo aumenta de **4,700 ml a 5,200 ml** alrededor de la semana 32.
* El corazón trabaja con mayor esfuerzo para **suministrar oxígeno y nutrientes** al feto.

**2. Cambios Respiratorios**

* Desde la cuarta semana de gestación se observa **dilatación de los capilares de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea**, lo que puede causar **sangrados nasales espontáneos**.

**3. Cambios Renales y Urinarios**

* La **reducción de la presión arterial media** activa el **sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA)**, favoreciendo la **retención de sodio y la expansión del volumen plasmático**.
* Los **riñones aumentan su tamaño un 30%** y pueden alargarse entre **1 y 1.5 cm** debido al incremento del volumen vascular.

**4. Cambios Gastrointestinales**

* Las **náuseas y vómitos** son comunes en el **primer trimestre**, pero pueden persistir hasta el final del embarazo en algunas mujeres.
* La **progesterona** ralentiza la digestión, favoreciendo el **reflujo y el estreñimiento**.

**5. Cambios Hematológicos**

* Debido a la ausencia de menstruación, los **requerimientos de hierro** son menores en el primer trimestre, pero aumentan en el segundo y tercer trimestre debido a la producción acelerada de **eritrocitos maternos** y al crecimiento del **feto y la placenta**.

**6. Cambios Endocrinos**

* El **eje hipotalámico-hipofisiario** se ajusta para soportar el **estado hipermetabólico del embarazo**.
* La hipófisis **triplica su tamaño** debido a la hipertrofia de las células **lactotropas**, encargadas de producir **prolactina**.
* La **prolactina** se incrementa progresivamente para **preparar las glándulas mamarias para la lactancia**.

**Impacto Psicológico y Social del Embarazo**

Los cambios en la madre no solo son físicos, sino también **emocionales y psicológicos**, ya que el embarazo implica una serie de ajustes hormonales y conductuales.

**Factores que influyen en la respuesta psicológica**

* Edad materna
* Número de embarazos previos
* Estado físico y nutricional
* Soporte social y familiar

En muchas comunidades de alta marginación, como el municipio de Zinacantán, las mujeres no siempre tienen acceso a servicios médicosadecuados. Esto afecta la detección temprana de complicaciones y la atención integral de la salud materna.

Además, en estas comunidades, por usos y costumbres, muchas mujeres no acuden a terapia psicológica ni reciben orientación prenatal adecuada. Esto puede ser un factor de riesgo en complicaciones como la preeclampsia, un aspecto que debe ser investigado en profundidad.

## Ginecología y obstetricia

**GINECOLOGÍA:**

La ginecología es la especialidad de la medicina dedicada al cuidado del sistema reproductor femenino. Los ginecólogos, por lo tanto, son los especialistas que atienden las cuestiones vinculadas al útero, la vagina y los ovarios.

El médico griego Soranus, de la escuela metodista, está considerado como el autor del primer tratado de ginecología. El avance de la medicina ha asociado a la ginecología con la obstetricia, que se ocupa del embarazo, el parto y el puerperio. En la actualidad, la mayoría de los ginecólogos son obstetras y viceversa. (DEFINICION.DE, 2025)

**OBSTETRICIA**

Campo de la medicina que se especializa en la atención de las mujeres durante el embarazo y el parto, y en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los órganos reproductivos femeninos. También se especializa en otros problemas de salud de las mujeres, como la menopausia, los problemas hormonales, la anticoncepción (regulación de la natalidad) y la esterilidad. (DEFINICION, 2025)

La ginecología es el proceso por el cual se centra en la salud y bienestar de la mujer en las diferentes etapas de la vida, esto cabe mencionar que los especialistas en el área de ginecología se encargan de diagnosticar los diferentes tipos de patologías y órganos reproductores femeninos (como son los ovarios, trompas de falopio, útero y vagina), así como también infecciones, cáncer, problemas hormonales y trastornos menstruales, que esto a su vez se realizan diferentes tipos de estudios como papanicolau, colposcopías, mamografías, y asesoramiento de reproducción sexual y planificación familiar.

La ginecología, empieza desde el nacimiento, pero en la pubertad inicia a partir de los 9 y 10 años, en esta etapa empiezan a crecer las mama, crecimiento de vello púbico, y empieza la aparición del ciclo menstrual, donde el ciclo es con ina duración de 3 a 4 días cada 28 días, lo normal del ciclo menstrual es de 21 a 35 días para que haya otra vez menstruación.

Se distinguen tres fases del ciclo menstrual en las cual son las siguientes:

1.- **Fase hemorrágica o de menstruación:** esto es con una duración de entre los días uno y tres del ciclo.

2**.- Fase proliferativa:** se lleva a cabo a partir del cuarto día hasta llegar a los 14 días del ciclo.

3.- **Fase secretora o lútea:** comienza la ovulación, a partir del 14° día hasta llegar al 28| día para que así vuelva a ver menstruación, (en la mujer con vida sexual activa a partir del 14° día después de la menstruación si tiene relaciones sexuales después de esos días ya mencionados puede quedar embarazada y no hay presencia de menstruación).

**HORMONA EJE-HIPÓFISIS-GONADAL EN LA MUJER:**

En el **hipotálamo** es el centro de regulación del cuerpo, esto a su vez produce la hormona reguladora de la secreción de gonadotrofinas (más conocido como GnRH), que estimula la secreción de gonadotrofinas (LH Y FSH) a la hipófisis anterior. Hace la liberación de forma rápida que hay una sobre estimulación de o liberación de LH y la FSH su liberación llega a ser lenta.

En la hipófisis anterior, se presenta la liberación de gonadotrofinas (LH Y FSH), cuando la GnRH es enviada del hipotálamo a la hipófisis. Estas hormonas son glucoproteínas que tienen dos subunidades: la Beta que es específica y la alfa que es igual a TSH y la HCG, que son encargados de recuperación de una anemia tras presentar una cirugía por miomas, ciclos recurrentes de fecundación in vitro, disminuir el tamaño de los miomas, o la disminución del endometrio producido por miomas.

## 1.4 Ultrasonido

**Ecografía obstétrica**

La ecografía obstétrica, en conjunto con la anamnesis, constituye una herramienta fundamental para la determinación precisa de la edad gestacional (EG). Habitualmente, el cálculo inicial de la EG se realiza a partir de la fecha de la última menstruación (FUM), sin embargo, esta estimación se corrobora y puede ajustarse mediante los hallazgos ecográficos. En los casos en que exista una discrepancia significativa entre la FUM referida por la paciente y la edad gestacional determinada por ecografía (considerando el margen de error aceptado para cada trimestre), se prioriza la estimación ecográfica, lo que da lugar a la utilización de una FUM operacional.

La determinación ecográfica de la edad gestacional se basa en distintas mediciones biométricas, cuya utilidad varía de acuerdo con la etapa del embarazo:

 Primer trimestre:

 Tamaño del saco gestacional (gestational sac diameter)

 Longitud céfalo-nalgas (crown-rump length, CRL), considerada la medida más precisa en esta etapa

 Segundo y tercer trimestre:

 Diámetro biparietal (DBP)

 Circunferencia cefálica (CC)

 Circunferencia abdominal (CA)

 Longitud femoral (LF)

Estas mediciones se introducen en tablas estandarizadas o software especializados que permiten estimar la edad gestacional con un margen de error específico según el trimestre: ±5-7 días en el primer trimestre, ±7-10 días en el segundo, y ±2-3 semanas en el tercero.

Además de su rol en la datación gestacional, la ecografía es una herramienta indispensable para la evaluación integral del embarazo. A través de ella, se pueden diagnosticar con alta confiabilidad las siguientes condiciones:

 Ubicación del saco gestacional: determinando si es normotópico (ubicado correctamente en la cavidad uterina) o ectópico (fuera del útero, como en las trompas de Falopio).

 Vitalidad fetal: mediante la visualización de la actividad cardíaca y los movimientos fetales.

 Número de fetos: identificación temprana de embarazos múltiples.

 Anatomía fetal: detección precoz de malformaciones estructurales o anomalías congénitas.

 Evaluación del crecimiento fetal: mediante la comparación de las mediciones biométricas con percentiles de referencia, permitiendo detectar retrasos o alteraciones en el crecimiento intrauterino.

 Posición fetal y del saco gestacional, así como la relación con la edad gestacional estimada.

El seguimiento ecográfico sistemático no solo proporciona una estimación fiable de la edad gestacional, sino que también es esencial para valorar el bienestar fetal, identificar posibles complicaciones y orientar una atención prenatal oportuna, efectiva y basada en la evidencia.

## 1.5 El tamiz

El tamizaje prenatal es un conjunto de estudios clínicos y de laboratorio que se realiza al inicio del embarazo con el propósito de detectar, prevenir o descartar oportunamente diversas enfermedades que puedan afectar tanto a la madre como al feto. Estos estudios permiten identificar factores de riesgo y condiciones que requieren un seguimiento más estrecho durante la gestación. Entre las pruebas más relevantes que se incluyen en este proceso, destacan las siguientes:

 Pruebas serológicas para sífilis y VIH: fundamentales para prevenir la transmisión vertical (madre a hijo) y establecer un tratamiento oportuno en caso de resultar positivas.

 Examen General de Orina (EGO): se realiza para detectar infecciones urinarias y evaluar la presencia de proteínas en la orina (proteinuria), lo cual puede ser un signo temprano de preeclampsia.

 Subunidad β-HCG cuantitativa: permite medir con precisión la concentración de la hormona gonadotropina coriónica humana en plasma, útil para confirmar el embarazo, determinar su evolución y detectar posibles anomalías como embarazos ectópicos o molas hidatiformes.

 Prueba de sobrecarga de glucosa: utilizada para detectar diabetes gestacional, una de las complicaciones más comunes del embarazo.

 Tamizaje para estreptococo del grupo B: se realiza en el tercer trimestre para identificar la presencia de esta bacteria, la cual puede ser transmitida al recién nacido durante el parto, provocando infecciones graves si no se trata previamente.

 Ecografía obstétrica: idealmente debe realizarse al menos una vez por trimestre, aunque su realización mensual puede mejorar significativamente la detección precoz de malformaciones fetales, restricción del crecimiento intrauterino y otras complicaciones.

Además del tamizaje, el diagnóstico clínico del embarazo comienza con una anamnesis detallada, la cual es esencial para establecer antecedentes gineco-obstétricos relevantes. Entre los datos más importantes que deben recabarse se encuentran: la fecha de la última menstruación (FUM) para calcular la edad gestacional y estimar la fecha probable de parto, así como información sobre la regularidad de los ciclos menstruales. También es necesario indagar sobre antecedentes personales y familiares de enfermedades crónicas, infecciones previas, embarazos anteriores, así como la realización de estudios genéticos o tamizajes para enfermedades congénitas.

La integración de todos estos elementos permite establecer un plan de atención integral, individualizado y con enfoque preventivo, que contribuya a una gestación saludable y segura, tanto para la madre como para el bebé

# Unidad 2 Complicaciones en el embarazo

## 2.1 Introducción

En el proceso de la gestación se puede decir que también puede haber complicaciones en el proceso de crecimiento y desarrollo, donde en cada trimestre puede aparecer o iniciar algún proceso complicado como alguna trisomía 21(síndrome de Down), Labio y Paladar Hendido, malformaciones en extremidades superiores e inferiores, gastrosquisis, onfalocele (falta del cierre del tubo neural, es ahí donde se puede decir que fue por falta de consumo de ácido fólico), etc.

Hay determinadas enfermedades que, si ocurren durante el embarazo, y en particular durante las primeras nueve semanas, pueden provocar graves malformaciones congénitas (por ejemplo, infecciones maternas tales como citomegalovirus, [varicela](https://www.healthychildren.org/Spanish/safety-prevention/immunizations/Paginas/Chickenpox-Vaccine-Frequently-Asked-Questions.aspx) o [rubéola](https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/vaccine-preventable-diseases/Paginas/German-Measles-%28Rubella%29.aspx)). También conforme pasan los trimestres se presentan más complicaciones como son el aumento de la presión arterial, anemias, amenaza de aborto prematuro, diabetes gestacional, anemias, infecciones de vías urinarias, enfermedad de transmisión sexual, etc.

Todo este tipo de complicaciones vienen a ser un factor relevante para los médicos y ambos pacientes, como la madre y él bebe, estos cuidados pueden ser en la etapa de prevención, y en estos primeros meses es cuando se inicia este cuidado.

Para todo esto existen diferentes pruebas que miden los parámetros para saber el estado del embarazo, medir estas nos ayudaran a diagnosticar y tratar si se encuentra alguna complicación.

## 2.2 Complicaciones previas en el embarazo y durante el primer trimestre

Se pueden detectar enfermedades o complicaciones durante el embarazo, o incluso antes de este. En la primera etapa, es necesario realizar una prueba de sangre, ultrasonidos y las mediciones correspondientes; estos parámetros representan el primer acercamiento al estado de salud tanto de la madre como del feto.

Como es sabido, existen leyes que permiten la interrupción legal del embarazo hasta cierto punto del desarrollo fetal. Esto es especialmente relevante en casos como el síndrome de Down o enfermedades congénitas graves, por lo que se recuerda a todas las pacientes la importancia de realizar dichas mediciones a tiempo.

Durante los últimos meses del embarazo también pueden surgir complicaciones, pero es en el primer trimestre donde se pueden identificar muchas de ellas, permitiendo una atención oportuna. En algunas comunidades indígenas, las costumbres no permiten la realización de estos estudios, lo que genera un conflicto entre lo que se debería hacer médicamente y lo que culturalmente se permite hacer.

Las complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre, son de varios tipos. Entre ellas se encuentran el embarazo ectópico, la enfermedad trofoblástica gestacional y los diferentes tipos de aborto. Estas patologías, que se presentan en el primer trimestre, también se conocen como hemorragias en el embarazo, y serán comentadas a continuación:

**EMBARAZO** **ECTÓPICO:**

O extrauterino es aquel en el que el blastocito se implanta por fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina. La localización más frecuente es en la trompa de Falopio, otras localizaciones son: abdomen, el ovario y cérvix.

Su incidencia es del 0.8 al 2.0% de todos los embarazos, el sitio más común de implantación es en la trompa de falopio con un 95%; de este el 70% corresponde en la ampolla, un embarazo ectópico roto tiene una alta mortalidad.

El factor de riesgo, es que haya presentado un antecedente de embarazo ectópico anteriormente o también haya presentado una cirugía tubárica, presentación de anormalidades anatómicas o daños en la trompa, y la fecundación in vitro. (Guía de Práctica Clínica GPC 2024).

El embarazo ectópico ocurre con mayor frecuencia en mujeres que han presentado anteriormente este tipo de patología. Se caracteriza por la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. Aunque su localización más común es en las trompas de Falopio, también puede encontrarse en el abdomen, el cérvix o el ovario. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la edad materna mayor a 35 años, el consumo de tabaco, la fecundación in vitro y el uso de dispositivos intrauterinos, entre otros.

Este es uno de los primeros casos a los que se debe prestar especial atención, ya que, además del impacto físico, puede provocar consecuencias emocionales significativas, como el embarazo psicológico. Este último puede generar una sensación de pérdida por un ser que quizás nunca existió y, a su vez, desencadenar enfermedades posteriores como la depresión. En este punto es fundamental propiciar un cambio cultural, especialmente en zonas marginadas, donde muchas mujeres desconocen este concepto y, al no acudir al médico, es posible que hayan experimentado embarazos ectópicos sin haberlo sabido.

Cabe destacar que, en los últimos días del mes de marzo de 2025, en el municipio de Zinacantán, se ha reportado un incremento en los casos de VIH, lo cual representa una alerta tanto para el personal médico como para las mujeres. Es indispensable reforzar la información y los cuidados preventivos para evitar la propagación de enfermedades de transmisión sexual y proteger la salud integral de la mujer

**ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL:**

Comprende a la mola completa y mola parcial, se consideran benignas. La neoplasia trofoblástica gestacional, incluye a la mola invasora y coriocarcinoma se consideran patologías malignas. Su incidencia en México 2.4 por cada 1,000 embarazos, la mola invasora ocurre en 1/40 embarazos molares, y en 1/150,000 embarazos normales. El coriocarcinoma, tiene metástasis a pulmón.

El factor de riesgo son la mola previa con un 50%, presentacón de aborto previo con el 25%, embarazo previo de término 20%, embarazo ectópico previo con el 5%, se presenta más en mujeres mayores de 40 y 50 años, la incidencia de NTG es de 40% y 50% respectivamente. La METRORRAGIA es el principal síntoma en presentarse para esta patología, el crecimiento uterino mayor para la edad gestacional, presentación de preeclampsia e hipertiroidismo. (Guía de Práctica Clínica GPC 2024).

En la enfermedad trofobástica gestacional, se considera como una de las patologías más frecuentes en las embarazadas, ya que de ello depende si tuvieron embarazo previo con presentación de un aborto y también por la edad mayor a 40 años, el principal factor sobre esta patología es la metrorragia (sangrado abundante).

**ABORTO ESPONTÁNEO:**

Se denomina de manera indistinta como aborto natural, pérdida temprana del embarazo o insuficiencia gestacional temprana. De esta variedad de aborto, >80% se presenta en las primeras 12 semanas de gestación. En dicha fase, en promedio, 50% es consecuencia de anomalías cromosómicas. De los abortos con un feto, hay una proporción de género varón: mujer de 1.5 (Benirschke, 2000).

Después de las 12 semanas, disminuyen tanto la tasa de abortos como la incidencia de anomalías cromosómicas vinculadas.

En los tres primeros meses del embarazo, se produce el fallecimiento del embrión o del feto casi siempre antes de la expulsión espontánea. La muerte temprana del producto de la concepción suele acompañarse de hemorragia en la decidua basal, seguida por necrosis de los tejidos adyacentes. Por esta razón se desprende el embrión o el feto, se estimulan las contracciones uterinas y todo culmina en su expulsión. El saco gestacional intacto suele estar lleno de líquido y el pequeño producto de la concepción macerado aparece aproximadamente en 50% de las expulsiones.

El **aborto espontáneo** es uno de los principales en donde se pierde al feto a temprana edad que son antes de las 12 semanas o más recientemente antes de las 22 semanas, como su nombre lo dice es espontáneo, que consiste es la expulsión sin causa aparente ya que el cuerpo puede a veces rechazar a objetos que no son del propio cuerpo o a veces es porque la madre tiene un defecto ya sea congénito o por otros problemas de salud y puede ser asintomática.

Pueden haber varios tipos de abortos exclusivos del aborto espontáneo ejemplo: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto consumado, aborto séptico, aborto retenido: pérdida temprana del embarazo.

**ABORTO RECURRENTE:**

Hablar de aborto es un tema importante, pero de esto tenemos que saber que no solo es algo que sucede, sino que es algo que para algunas mujeres es el día a día, me refiero a que lo han practicado más de una vez, sin saber los riegos que esto causa.

Quizá 1 a 2% de las parejas fecundas presente el aborto recurrente que clásicamente se ha definido como tres o más pérdidas consecutivas del embarazo ≤20 semanas con un peso fetal <500 g. Muchas mujeres con el aborto recurrente tienen pérdida embrionaria o fetal temprana.

Son mucho menos comunes los abortos anembrionarios recurrentes o los que implican pérdidas consecutivas después de las 14 semanas. La terminología difiere ampliamente en lo que se refiere al número de abortos; en el punto de que los abortos sean consecutivos o intercalados con embarazos viables y si se corroboró la existencia del embarazo por pruebas de β-hCG, valoración ecográfica, estudio histopatológico o estas técnicas en conjunto. Además, algunos estudios incluyen a mujeres que mostraron sólo dos pérdidas consecutivas y no tres, en tanto que otros abarcan aquéllas con tres pérdidas no consecutivas. (Harger, 1983; Poland, 1977).

En el aborto recurrente, es la pérdida de embarazos clínicos o conocidos como “Fallidos” en la cual son confirmados por ecografía o con análisis de forma histopatológico. También se puede considerar que el aborto recurrente es la pérdida de dos o tres veces y que sean rechazados por el mismo cuerpo y que es injustificada a una valoración minuciosa.

Es su etiología, muchas causas supuestas del aborto recurrente temprano, sólo tres han tenido aceptación amplia: anomalías cromosómicas de los progenitores, síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos y un subgrupo de alteraciones uterinas. Otras fuentes sospechadas, pero no probadas son aloinmunidad, endocrinopatías, infecciones diversas y toxinas ambientales. Además, posiblemente intervienen polimorfismos de la expresión génica en lo que se refiere a innumerables factores hereditarios.

En las anomalías cromosómicas de los progenitores, significa que uno de los padres tienen alguna enfermedad genética, donde el ADN hace que los bebés o fetos tengas alguna patología muy presente como es la trisomía 13, 18 o 21, en la cual los cromosomas en:

Trisomía 13: también conocida como síndrome de Patau, que esto a su vez puede causar graves defectos de nacimiento,

Trisomía 18: también conocida como síndrome de Edwards, puede causar defectos de nacimiento mortales, y

Trisomía 21: también conocida como síndrome de Down, es la trisomía más común.

**ABORTO PROVOCADO:**

 Resulta impactante que aún existan mujeres que, por diversas razones —ya sean culturales, sociales o personales—, no consideren al feto como una forma de vida en desarrollo. En algunos casos, la decisión de interrumpir el embarazo se toma incluso después de que el feto ya ha alcanzado un nivel significativo de formación. Si bien desde el punto de vista clínico la interrupción del embarazo es un procedimiento posible y regulado por la ley en muchos países, desde la perspectiva moral y ética continúa siendo un tema profundamente controversial en la sociedad.

El aborto, en términos médicos, se define como la culminación del embarazo de forma inducida, ya sea por métodos farmacológicos o quirúrgicos, antes de que el feto sea viable fuera del útero. Es decir, antes de alcanzar la capacidad de sobrevivir de manera independiente. Esta práctica puede responder a múltiples causas, que van desde malformaciones congénitas incompatibles con la vida, hasta razones sociales o personales.

Es fundamental abordar este tema con respeto, sensibilidad y una comprensión profunda de los contextos en los que se produce. Así como también es necesario fomentar el acceso a la educación sexual, la atención médica oportuna y el acompañamiento psicológico, con el fin de que las decisiones reproductivas puedan tomarse de manera informada y responsable.

Es cualquier proceso espontáneo o inducido que termine un embarazo de menos de 20 semanas de gestación o con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos. (cnegsr.salud.gob.mx, 2025)

Podemos decir que el aborto provocado es la interrupción del embarazo a antes de las 20 semanas de gestación ya sea por métodos mecánicos como médicos, fármacos, etc., debe de pesar menos los 500gr, ya que si se interrumpe después del peso ya mencionado puede ser más complicado.

Se clasifican en dos tipos de abortos provocados de las cuales son las siguientes:

* 1. Aborto indicados o terapéuticos: más que nada, como su nombre lo indica son considerados como la interrupción del embarazo ya sea por medio quirúrgico o médicos en la cual su proceso es terminar con lo mismo.
	2. Aborto como electivos o voluntarios: como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal a solicitud de la mujer por razones que no tienen relación con su salud o con la del feto. (Ventura, 2008).

En este tipo de aborto es la interrupción del embarazo siendo que la mujer por alguna razón padece alguna enfermedad ya sea terminal y no quiere tener al bebé.

## 2.3 Complicaciones previas en el embarazo y durante el segundo trimestre

En esta etapa del embarazo, como su nombre lo indica, pueden presentarse patologías que complican el desarrollo gestacional. Entre las enfermedades más comunes se encuentran la diabetes gestacional, la hipertensión arterial, las anemias, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los partos prematuros. Todas estas condiciones representan un riesgo tanto para la madre como para el feto, y requieren de un seguimiento médico riguroso.

Superar con éxito el primer trimestre es un indicador positivo, ya que a partir de este punto se considera que el embarazo tiene mayores probabilidades de llegar a término. Sin embargo, esto no implica que el seguimiento médico deba disminuir. Por el contrario, las revisiones deben continuar de forma periódica y los ultrasonidos deben realizarse de manera recurrente, pues conforme el feto va creciendo, se pueden obtener más parámetros clínicos relevantes.

Algunos de estos parámetros incluyen la frecuencia cardíaca fetal, el tamaño del cráneo, la longitud del fémur, entre otros, los cuales permiten evaluar el desarrollo adecuado del bebé. El monitoreo constante es clave para la detección temprana de posibles anomalías, lo que permite una mejor toma de decisiones médicas en beneficio de la salud materno-fetal.

**PRESIÓN ARTERIAL:**

Una de las mediciones que se realiza de manera periódica es la presión arterial, y en el embarazo se realiza de dos vías, es decir tanto al feto como a la mujer.

La presión arterial alta, también denominada hipertensión, ocurre cuando se estrechan las arterias que transportan la sangre del corazón a los órganos del cuerpo. Esto hace que la presión aumente en las arterias. Durante el embarazo, esto puede dificultar el pasaje de la sangre hasta la placenta, la cual le proporciona nutrientes y oxígeno al feto. La reducción del flujo sanguíneo puede enlentecer el crecimiento del feto y aumentar el riesgo para la madre de trabajo de parto prematuro y preeclampsia. (embarazo, 2025)

Las mujeres que tienen presión arterial alta antes de quedar embarazadas tendrán que seguir monitoreando y controlando este problema, con medicamentos si es necesario, durante todo el embarazo. La presión arterial alta que se desarrolla durante el embarazo se denomina hipertensión gestacional. En general, la hipertensión gestacional ocurre durante la segunda mitad del embarazo y desaparece después del parto. (embarazo, 2025)

En la presión arterial alta se considera una de las patologías más complicadas, ya que es asintomática y la única diferencia que podemos encontrar hacia los síntomas que presenta la embarazada son cefalea intenso, acufenos, fosfenos, edema en cara y extremidades inferiores, presión arterial alta con valores arriba de lo normal, esto empieza a partir de la semana 20 y hace que haya dificultad de paso de sangre hacia el feto por medio del cordón umbilical y la placenta la cual pasa nutrientes y oxígeno al feto.

**DIABETES GESTACIONAL:**

La [diabetes gestacional](https://www.natalben.com/en-el-embarazo/enfermedades-embarazo/diabetes-gestacional-sintomas-dieta) es una complicación muy frecuente. Mantener un estilo de vida saludable, con una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico regular pueden evitar que la futura madre desarrolle una diabetes en el embarazo.

Con la diabetes gestacional, los niveles de azúcar en sangre o glucosa se encuentran más elevados a partir del [segundo trimestre](https://www.natalben.com/sintomas-embarazo-segundo-trimestre) de gestación.

Para ello, la [placenta](https://www.natalben.com/como-es-placenta-sana) aumenta su tamaño y produce una serie de hormonas que tienen la función de aportar al feto todos los nutrientes que necesita. Una de esas necesidades aumentadas es la insulina. Si aumentan los requerimientos de insulina de la madre, pero su páncreas no es capaz de producir toda la que precisa, se produce un aumento de los niveles de azúcar o glucosa en la sangre: la diabetes gestacional. (embarazo, 2025)

En la diabetes gestacional, es una de las enfermedades muy frecuentes de complicación que se presentan en el segundo trimestre, la cual esta patología se produce cuando hay un aumento de la glucosa en sangre, para ello hay un aumento también de la placenta y por lo mismo produce que las hormonas tienen la función de aportar todos los nutrientes y esto es aumentado a base de la insulina. Para evitar diabetes gestacional, es recomendable que la futura madre haga ejercicio constantemente, tener una buena alimentación a base de frutas, verduras y proteínas todo esto es para que tenga buen estilo de vida sin que presente riesgos en el embarazo, así también evitar que el feto no crezca con defectos de azúcar en sangre (diabetes mellitus).

**ANEMIAS EN EL EMBARAZO:**

La anemia es una de las complicaciones en el embarazo, ya que al momento del parto se pierde sangre, es importante siempre darle suplemento o vitaminas a base de hierro a la embarazada para así evitar que tanto como la madre y el feto no tengan el riesgo de padecer enfermedades a temprana edad sobre todo al bebé.

Anemia por deficiencia de hierro. Las mujeres embarazadas necesitan más hierro de lo normal debido a que durante el embarazo producen mayor cantidad de sangre. La anemia por deficiencia de hierro, cuando el cuerpo no tiene suficiente hierro, es bastante común durante el embarazo y se asocia a partos prematuros y a bajo peso al nacer. Los síntomas de deficiencia de hierro incluyen sensación de cansancio o desmayo, falta de aire y palidez. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) recomienda 27 miligramos de hierro por día (cantidad que se encuentra en la mayoría de las vitaminas prenatales) para reducir el riesgo de anemia por deficiencia de hierro. Algunas mujeres pueden necesitar cantidades adicionales de hierro administradas mediante suplementos de hierro. (embarazo, 2025)

En el caso de las anemias por deficiencia de hierro, es importante destacar que durante el embarazo las necesidades de este mineral aumentan considerablemente. Esto se debe a que el organismo materno debe producir una mayor cantidad de sangre para satisfacer tanto sus propias demandas como las del feto en desarrollo. Una deficiencia de hierro no solo compromete la salud de la madre, sino que también se asocia con un mayor riesgo de partos prematuros y de bajo peso al nacer.

Esta condición suele estar relacionada con una alimentación inadecuada, pobre en hierro y en folatos, nutrientes esenciales durante la gestación. Los síntomas más frecuentes de anemia ferropénica en embarazadas incluyen fatiga persistente, cansancio generalizado, síncope (desmayos), palidez de la piel y dificultad para respirar. Todos estos signos clínicos pueden afectar la calidad de vida de la madre y poner en riesgo el desarrollo fetal.

Para prevenir y tratar esta condición, se recomienda la suplementación con hierro, con una dosis de 27 mg al día, preferentemente durante al menos tres meses. Esta medida, acompañada de una dieta balanceada rica en alimentos que favorezcan la absorción de hierro como carnes rojas, legumbres, vegetales de hoja verde y frutas cítricas, puede mejorar notablemente el pronóstico tanto de la madre como del bebé.

Asimismo, se sugiere que el seguimiento prenatal incluya evaluaciones hematológicas periódicas, como la medición de hemoglobina y hematocrito, para detectar de forma oportuna cualquier alteración y brindar el tratamiento adecuado.

**TRABAJO DE PARTO PREMATURO:**

Es un trabajo de parto que comienza antes de la semana 37 de embarazo. Cualquier bebé que nazca antes de las 37 semanas tiene mayor riesgo de tener problemas de salud, en la mayoría de los casos porque órganos como los pulmones y el cerebro terminan de desarrollarse en las últimas semanas antes del parto a término (39 a 40 semanas).

Algunas afecciones aumentan el riesgo de trabajo de parto prematuro, incluidas infecciones, tener un cuello uterino corto o nacimientos prematuros previos. La progesterona, una hormona producida naturalmente durante el embarazo, se puede usar para ayudar a evitar un nacimiento prematuro en algunas mujeres. (embarazo, 2025)

 El trabajo de parto prematuro, como su nombre lo indica, se refiere al nacimiento que ocurre antes de que el embarazo haya alcanzado las 37 semanas de gestación. Esta condición representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal, ya que el feto no ha completado su desarrollo en diversos órganos vitales, particularmente los pulmones y el cerebro. Estos sistemas, esenciales para la supervivencia fuera del útero, alcanzan su madurez funcional generalmente entre la semana 39 y 40 de gestación.

Una de las complicaciones más frecuentes del parto prematuro es precisamente el retraso en el desarrollo pulmonar, lo cual puede llevar a que el recién nacido presente dificultades respiratorias severas, como el síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Asimismo, el desarrollo neurológico también puede verse comprometido, aumentando el riesgo de secuelas a largo plazo, como trastornos motores, del lenguaje o del aprendizaje.

Entre los factores de riesgo que pueden desencadenar un parto prematuro se encuentran las infecciones maternas, especialmente las del tracto urinario y las infecciones intrauterinas, así como anormalidades en la anatomía del cuello uterino, como la incompetencia cervical. Esta última se refiere a un cuello uterino que es más corto o débil de lo normal, lo cual puede provocar una dilatación prematura sin contracciones, favoreciendo así el parto antes de término.

La detección temprana de estos factores de riesgo mediante un control prenatal adecuado es clave para implementar medidas preventivas, como el reposo, el uso de cerclajes cervicales en algunos casos, el tratamiento de infecciones o la administración de corticosteroides para acelerar la maduración pulmonar fetal cuando se anticipa un nacimiento prematuro.

## 2.4 Complicaciones previas en el embarazo y durante el tercer trimestre

En esta fase y última del embarazo se presentan complicaciones antes y durante el parto la cual son las siguientes: parto prematuro, rotura uterina, desprendimiento prematuro de placenta, sangrado vaginal, preeclampsia y placenta previa, entre otros.

Cabe mencionar que en esta etapa también puede llegar a fallecer la madre como el feto, ya que esta parte es una de las complicaciones más fuerte si no se diagnostica temprano, todo esto se debe de realizar con una buena exploración física junto con los signos vitales, signos y síntomas que presenta la medre embarazada.

**PARTO PREMATURO:**

Puede presentarse varios tipos de complicaciones en el embarazo, ya que por falta de vitaminas hacia la madre puede presentarse complicaciones como órganos no bien formados, el peso bajo al nacer que esto acorde a su talla y edad no puede llevarse un buen desarrollo físico como motriz hacia el niño durante su proceso de crecimiento extrauterino, también puede haber dificultad respiratoria por no tener bien formado los pulmones y puede llegar a la fuerte el feto.

Esto puede plantear una serie de problemas de salud para del bebé, como el bajo peso al nacer, dificultades respiratorias, órganos subdesarrollados y problemas de visión. Los niños que nacen prematuramente también tienen un mayor riesgo de parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y problemas de comportamiento. (prematuros, 2025)

En este tipo de complicación podemos decir que el feto o neonato nace antes de tiempo, como su nombre lo indica se presentan varias series de complicaciones en este caso el feto se puede complicar durante su proceso de crecimiento extrauterino de la cual puede haber un riesgo para lo que es el peso y la talla, que no va acorde con su edad ya que puede también haber problemas tanto en su desarrollo motriz como neurológico. Sus órganos también no pueden estar bien formados, por falta de vitaminas que se le dieron a la madre puede ser una de las complicaciones más severas como algunos órganos no bien formados durante el proceso de gestación.

**ROTURA UTERINA:**

Se presenta más esta complicación por embarazos durante la segunda mitad o al término del embarazo como cantes y durante el trabajo de parto, esto se debe a factores que predisponen a que la embarazada haya tenido partos previos como cesáreas, alguna anomalía que sea congénita, presentar traumatismos y miomas presentes que hayan sido retirados por cirugía.

La rotura uterina es rara. Puede ocurrir durante la segunda mitad del embarazo antes del trabajo de parto o durante el trabajo de parto.

La rotura uterina ocurre más frecuentemente a lo largo de la línea de incisión en mujeres con [cesáreas](https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto/ces%C3%A1rea) previas. Otros factores predisponentes incluyen anomalías uterinas congénitas, traumatismos y otros procedimientos quirúrgicos como miomectomía o cirugía abierta materno fetal. (uterina, 2025).

**DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:**

En este tipo de patologías durante la gestación, puede haber varios tipos de complicaciones como por ejemplo la edad avanzada (arriba de los 35 años), presencia de hipertensión ya sea inducida por el embarazo o que la embarazada presente ya la presión alta desde tiempo atrás, que eso es una de las complicaciones más severas ya que puede presentar preeclampsia y eclapsia la estabilidad hemodinámica con presencia de shock o no puede ser también una de las complicaciones severas ya que hay pérdida de sangre y puede presentar coagulación y presencia de compromiso fetal.

Las complicaciones del desprendimiento de placenta incluyen las siguientes:

Pérdida de sangre materna que puede resultar en inestabilidad hemodinámica, con shock o sin él, y/o [coagulación intravascular diseminada](https://www.msdmanuals.com/es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/trastornos-de-coagulaci%C3%B3n/coagulaci%C3%B3n-intravascular-diseminada-cid) (CID). Compromiso fetal (p. ej., sufrimiento fetal, muerte) o, si el desprendimiento prematuro de placenta es crónico, restricción del crecimiento u oligohidramnios. A veces, transfusiones fetomaternas y aloinmunización (p. ej., debido a [sensibilización al Rh](https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/enfermedad-hemol%C3%ADtica-del-feto-y-del-reci%C3%A9n-nacido)). Sus factores de riesgo del desprendimiento de placenta incluyen los siguientes: Edad materna avanzada, [Hipertensión](https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/hipertensi%C3%B3n-en-el-embarazo) (inducida por el embarazo o crónica), Isquemia placentaria (enfermedad isquémica placentaria) que se manifiesta con una [restricción del crecimiento intrauterino](https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacido-peque%C3%B1o-para-la-edad-gestacional), [Infecciones intraamnióticas](https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/infecci%C3%B3n-intraamni%C3%B3tica) (corioamnionitis), [Vasculitis](https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquel%C3%A9tico-y-conectivo/vasculitis/generalidades-sobre-la-vasculitis), Otros trastornos vasculares, Antecedentes de desprendimiento de placenta, [Traumatismo abdominal](https://www.msdmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-abdominal/generalidades-sobre-los-traumatismos-abdominales), [Trastornos trombóticos](https://www.msdmanuals.com/es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/trastornos-tromb%C3%B3ticos/generalidades-sobre-los-trastornos-tromb%C3%B3ticos) maternos adquiridos, Tabaquismo, [Rotura prematura de membranas](https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/rotura-prematura-de-membranas), sobre todo en mujeres con [polihidramnios](https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/polihidramnios), [Uso de cocaína](https://www.msdmanuals.com/es/professional/temas-especiales/drogas-il%C3%ADcitas-y-t%C3%B3xicas/coca%C3%ADna) (riesgo de hasta el 10%). (placenta, 2025).

**SANGRADO VAGINAL:**

Todo esto se relaciona directamente con los temas abordados previamente, ya que representa una de las complicaciones más graves y potencialmente letales tanto para la madre como para el feto durante el embarazo y el trabajo de parto. Este tipo de situaciones suelen involucrar múltiples factores clínicos que, al presentarse de manera simultánea o progresiva, pueden desencadenar emergencias obstétricas de alta complejidad.

Entre las complicaciones más críticas se encuentra el shock hemorrágico, una condición médica en la que la pérdida excesiva de sangre compromete seriamente la perfusión de órganos vitales, poniendo en riesgo la vida de la paciente. Esta situación puede derivar de otras complicaciones como la rotura uterina, una condición poco frecuente pero extremadamente peligrosa, en la cual se produce una ruptura en la pared del útero, generalmente durante el trabajo de parto, especialmente en mujeres con antecedentes de cesáreas previas o intervenciones quirúrgicas uterinas.

Otra complicación relevante es el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, que ocurre cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared del útero antes del nacimiento del bebé. Esta condición puede causar una hemorragia severa, falta de oxígeno para el feto y, en casos graves, muerte fetal intrauterina o compromiso materno significativo.

Todas estas condiciones requieren atención médica inmediata, intervención quirúrgica en muchos casos y un equipo multidisciplinario preparado para actuar rápidamente. Además, subrayan la importancia del control prenatal riguroso, el acceso oportuno a servicios obstétricos especializados y la educación a la población femenina en edad reproductiva sobre los signos de alarma durante el embarazo.

La prevención, el diagnóstico temprano y la intervención adecuada pueden marcar la diferencia entre un desenlace favorable y una tragedia obstétrica. Por lo tanto, estos temas deben ser tratados con la seriedad y profundidad que ameritan dentro de los programas de salud pública, especialmente en regiones con limitada cobertura médica y altos índices de complicaciones en el embarazo.

# Unidad 3 Preclamsias y eclampsia

## 3.1 Introducción

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo que se presenta típicamente a partir de la semana 20 de gestación y puede extenderse hasta el periodo posparto. Se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial (presión arterial sistólica ≥140 mmHg y/o diastólica ≥90 mmHg) acompañada de proteinuria significativa (presencia de ≥300 mg de proteínas en orina de 24 horas o una relación proteína/creatinina ≥0.3), en una mujer previamente normotensa. En ausencia de proteinuria, también puede diagnosticarse si existen manifestaciones de daño a órgano blanco, como alteraciones hepáticas, renales, hematológicas o neurológicas.

(Definición, 2025)

Este síndrome constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial, especialmente en contextos con recursos limitados. Las complicaciones más frecuentes asociadas a la preeclampsia incluyen:

 Hemorragias postparto, derivadas de trastornos de la coagulación o de un mal control hemodinámico.

 Infecciones puerperales, debido al compromiso inmunológico y a posibles intervenciones obstétricas invasivas.

 Síndromes hipertensivos graves, como la eclampsia (preeclampsia con convulsiones) o el síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia), que representan urgencias obstétricas con riesgo vital para la madre y el feto.

Aunque la etiología de la preeclampsia aún no está completamente esclarecida, se reconoce que tiene un origen multifactorial. Entre los factores implicados se encuentran una disfunción del endotelio placentario, una respuesta inmunológica anómala de la madre al embarazo, así como factores genéticos y ambientales. El resultado es una perfusión placentaria inadecuada, que desencadena una cascada inflamatoria sistémica con consecuencias sobre múltiples órganos.

La detección precoz y el control adecuado de la presión arterial, junto con el seguimiento continuo del bienestar fetal y materno, son fundamentales para reducir los riesgos asociados a esta condición. En casos graves o de progresión rápida, puede ser necesario interrumpir el embarazo independientemente de la edad gestacional, priorizando la vida y salud de la madre.

**CLASIFICACIÓN:**

Se clasifican de varias formas que como ya hemos hablado anteriormente que es lo siguientes:

* **Hipertensión pregestacional:** aquella que está presente antes del embarazo o que aparece antes de la semana 20.
* **Preeclampsia:** presión arterial por encima de 140/90mmHg asociado a proteinuria (más de 30 mg en muestra única o más de 300mg en muestra de 24 horas el cual es diagnóstico de elección) por encima de la semana 20 de gestación.
* **Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida:** paciente hipertensa crónica que en algún momento del embarazo desarrolla preeclampsia y se define como:
* Hipertensa crónica que durante el embarazo desarrolla proteinuria.
* Hipertensa crónica con proteinuria crónica que durante el embarazo aumenta más de 30mmHg la presión sistólica y más de 15mmHg la diastólica o aumenta por encima de 300mg de proteinuria.
* **Eclampsia:** situación potencialmente grave poco frecuente que incluye hipertensión o preeclampsia con convulsiones durante el embarazo.
* **Hipertensión transitoria del embarazo:** se desarrolla hipertensión durante el embarazo sin desarrollar proteinuria. (clasificación, 2025)

## 3.2 Preeclampsia

La preeclampsia es un síndrome multi sistémico de severidad variable, específico del embarazo caracterizado por una reducción en la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las dos semanas posteriores a este. (clasificación, 2025)

Es un síndrome con varios tipos de patologías y son muy graves que es específicamente en el embarazo, sus principales causas son las hemorragias postparto, la presencia de infecciones y la presión alta (los niveles son más alto de lo normal 140/90mmHg).

**FACTORES DE RIESGO:**

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer atraviesa una serie de transformaciones fisiológicas complejas destinadas a sostener el desarrollo adecuado del feto. Sin embargo, en algunos casos, estos cambios pueden desencadenar complicaciones que representan un riesgo significativo tanto para la madre como para el producto. Una de las afecciones más relevantes en este contexto es la preeclampsia, un síndrome clínico caracterizado principalmente por el aumento de la presión arterial y la afectación de múltiples órganos, que suele manifestarse a partir de la segunda mitad del embarazo.

Esta patología no solo constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial, sino que también se asocia con consecuencias a largo plazo en la salud cardiovascular y renal de las mujeres que la padecen. Su diagnóstico oportuno y manejo adecuado dependen, en gran medida, de la vigilancia prenatal y de la identificación precoz de los factores de riesgo, lo cual permite implementar estrategias preventivas o de intervención temprana.

La preeclampsia es una complicación del embarazo que puede tener consecuencias graves para la madre y el feto si no se detecta y maneja a tiempo. Su origen es multifactorial, y existen diversos elementos clínicos y antecedentes personales que pueden aumentar significativamente el riesgo de presentarla. A continuación, se enumeran los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia, los cuales deben ser considerados cuidadosamente durante la atención prenatal

* Preeclampsia en embarazo anterior
* Historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas
* Periodo intergenésico mayor a 10 años.
* Antecedente de enfermedad renal o proteinuria.
* Embarazo múltiple.
* Antecedente de Diabetes mellitus, hipertensión, trombofilia, enfermedades del colágeno, nefropatía.
* Primipaternidad.
* Primigestas o multiparidad.
* Enfermedad trofoblástica del embarazo.
* Obesidad.
* Infecciones en el embarazo.
* Menores de 20 años o mayores de 35 años



**SÍNTOMAS:**

La identificación de los síntomas en mujeres embarazadas es crucial para el diagnóstico temprano de la preeclampsia. Esta enfermedad puede tener un inicio silencioso, pero conforme avanza, su gravedad puede incrementarse rápidamente, comprometiendo la salud materna y fetal. Reconocer sus manifestaciones clínicas no solo permite actuar con prontitud, sino también prevenir complicaciones mayores, especialmente en casos de embarazos de alto riesgo o con antecedentes previos.

Los síntomas que puede presentar la paciente embarazada varían según la evolución de la patología y la severidad del cuadro clínico. En las fases iniciales, estos pueden ser inespecíficos, pero conforme progresa la enfermedad, tienden a intensificarse y volverse más alarmantes. Es importante destacar que la preeclampsia es una de las causas más frecuentes de complicaciones durante el embarazo, incluso en etapas tempranas de la gestación.

* Exceso de proteínas en la orina (proteinuria) u otros signos de problemas renales
* Niveles más bajos de plaquetas en la sangre (trombocitopenia)
* Aumento de las enzimas hepáticas, que indican problemas en el hígado
* Dolores de cabeza intensos
* Cambios en la visión, que incluyen pérdida temporal de esta, visión borrosa o sensibilidad a la luz
* Falta de aire, debido a la presencia de líquido en los pulmones
* Dolor en la parte superior del abdomen, por lo general debajo de las costillas del lado derecho
* Náuseas o vómitos

**FISIOPATOLOGÍA**

La preeclampsia tiene su origen en un defecto del desarrollo placentario, específicamente en la remodelación incompleta o anormal de las arterias espirales uterinas, lo que impide una adecuada perfusión de la placenta. Este fallo en la placentación desencadena un estado de hipoxia placentaria y estrés oxidativo, que estimula la liberación de factores antiangiogénicos y proinflamatorios hacia la circulación materna. Como consecuencia, se produce vasoconstricción generalizada, disfunción endotelial e hipercoagulabilidad, alterando el equilibrio hemodinámico de la embarazada.

Estos procesos fisiopatológicos conllevan a un aumento progresivo de la presión arterial, y pueden acompañarse de una serie de manifestaciones clínicas y paraclínicas, entre las cuales destacan:

 Proteinuria, indicativa de daño renal

 Trombocitopenia, por consumo plaquetario

 Hemólisis, como parte del síndrome HELLP

 Isquemia hepática, que puede generar dolor epigástrico severo y elevación de enzimas hepáticas

 Compromiso del sistema nervioso central, con síntomas como cefalea intensa, alteraciones visuales, hiperreflexia y riesgo de convulsiones (eclampsia)

Si esta condición no es diagnosticada y manejada de forma oportuna, puede evolucionar rápidamente hacia complicaciones potencialmente letales, tanto para la madre como para el feto. La eclampsia y el síndrome HELLP severo son emergencias obstétricas que requieren atención médica inmediata para evitar desenlaces fatales, como el fallo multiorgánico o incluso la muerte materna.

Existe un defecto en la placentación y un fallo en la reorganización de las arterias espirales lo que conlleva a liberación de factores tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción y estado de hipercoagulabilidad. (clasificación, 2025).

Como resultado de este procedimiento se produce hipertensión arterial, lesión glomerular con proteinuria, trombocitopenia, hemolisis, isquemia hepática, isquemia de sistema nervioso central y por último eclampsia con convulsiones. (clasificación, 2025).

**DIAGNÓSTICO:**

Los criterios que se encuentran en común de la preeclampsia son lo siguiente:

* Embarazo mayor a las 20 semanas de gestación excepto en los casos de embarazo molar.
* Presión arterial mayor a 140/90mmHg en al menos dos tomas distintas con 6 horas de diferencia.
* Proteinuria mayor o igual a 300mg/dl en 24 horas.

Dentro de los criterios de severidad se encuentran:

* Presión arterial mayor a 160/110mmHg en al menos 2 tomas con al menos 4 horas diferencia más dos de los siguientes:
* Proteinuria mayor a 5g en orina de 24 horas.
* Creatinina sérica mayor a 1.2mg/dl.
* Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho intenso y persistente.
* Oliguria menor a 500ml en 24 horas.
* Trombocitopenia por debajo de 100 000.
* Alteración en las pruebas de función hepática con valores que doblan su nivel normal.
* Trastornos visuales.
* Caracterizados principalmente por fosfenos o la presencia de tinnitus o acufenos.
* Cefalea.
* Edema pulmonar

Los criterios de severidad en la preeclampsia permiten identificar oportunamente a las pacientes con mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales. Una presión arterial igual o superior a 160/110 mmHg, sostenida en el tiempo y acompañada de manifestaciones clínicas y paraclínicas como proteinuria significativa, alteración de la función renal, síntomas neurológicos, compromiso hepático o signos de disfunción orgánica múltiple, constituyen señales de alarma que exigen una intervención médica inmediata. Reconocer estos signos no solo es fundamental para el diagnóstico diferencial y la toma de decisiones clínicas, sino que también representa una estrategia crucial para prevenir desenlaces adversos, incluyendo el desarrollo de eclampsia, síndrome HELLP, edema pulmonar, y en los casos más graves, la muerte materna o fetal. Por tanto, la vigilancia estrecha y el manejo oportuno de estos criterios son pilares fundamentales en la atención obstétrica de las pacientes con preeclampsia severa.

## 3.3 Eclampsia:

Se denominan así las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia. Suponen un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto. (eclampsia, 2025)

La eclampsia se define como la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas en una mujer embarazada, con signos previos de preeclampsia, y sin antecedentes de epilepsia u otros trastornos neurológicos. Estas convulsiones se asemejan clínicamente a una crisis epiléptica, pero su etiología es exclusivamente obstétrica, derivada de una disfunción endotelial severa, hipertensión no controlada y compromiso del sistema nervioso central.

Desde el punto de vista clínico, la eclampsia representa una emergencia médica de alto riesgo que puede presentarse en tres fases críticas del embarazo: antes del inicio del trabajo de parto (prenatal), durante el trabajo de parto (intraparto) o incluso después del parto (posparto). Esta condición puede desencadenar complicaciones graves como desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia cerebral, insuficiencia renal aguda, síndrome HELLP, falla multiorgánica o muerte materna y fetal, especialmente si no se actúa de forma inmediata.

Las convulsiones en el contexto de la preeclampsia suelen estar precedidas por una serie de síntomas de advertencia que no deben pasar desapercibidos. Entre ellos, la cefalea intensa, generalmente persistente y resistente al tratamiento convencional, puede ser un signo temprano de compromiso neurológico. Las alteraciones visuales como fosfenos, visión borrosa o incluso pérdida transitoria de la visión reflejan una posible afectación vascular cerebral. La hiperreflexia, un aumento exagerado de los reflejos tendinosos profundos, indica una irritabilidad neuromuscular que puede preceder a una crisis convulsiva. Además, el dolor epigástrico o en el hipocondrio derecho sugiere compromiso hepático, posiblemente relacionado con el síndrome de HELLP (Hemólisis, Elevación de Enzimas Hepáticas y Trombocitopenia). Estos síntomas, junto con signos generales de deterioro del estado de salud, constituyen un cuadro de alarma que justifica una intervención inmediata.

El reconocimiento temprano de la preeclampsia es clave para evitar complicaciones graves, incluida la eclampsia, que puede comprometer la vida de la madre y el feto. Un monitoreo constante y detallado durante el control prenatal permite detectar cualquier cambio en los signos vitales, la función renal y hepática, así como en el estado neurológico de la paciente. La vigilancia intensiva debe ser aún más estricta ante la aparición de síntomas neurológicos, ya que la progresión hacia convulsiones puede ocurrir en cuestión de horas si no se actúa con prontitud.

En el momento de la crisis convulsiva, el manejo inicial debe enfocarse en la estabilización de la paciente. La administración de sulfato de magnesio, fármaco de primera línea en la prevención y control de las convulsiones en la eclampsia, es esencial para reducir la actividad neuromuscular y prevenir recurrencias. Además, se deben considerar medidas adicionales como el control de la presión arterial con antihipertensivos específicos y la evaluación urgente del bienestar fetal mediante monitoreo continuo. La definición del momento y vía del parto dependerá de la gravedad del cuadro clínico, buscando siempre garantizar la seguridad de ambos.

El enfoque multidisciplinario en el manejo de la preeclampsia y eclampsia, con la participación de obstetras, intensivistas y especialistas en medicina materno-fetal, es crucial para optimizar los resultados. El acceso temprano a unidades de cuidados intensivos obstétricos y la disponibilidad de estrategias terapéuticas adecuadas pueden marcar la diferencia en la evolución de la paciente. La concientización sobre estos aspectos y la educación médica continua fortalecen la capacidad de respuesta ante esta complicación severa del embarazo.

## 3.4 Síndrome de Hellp

Es un síndrome grave de comienzo insidioso, en el que pueden confluir diversas etiologías, pero que lo más habitual es que aparezca en el contexto de una preeclampsia, aunque a veces no sea manifiesta aún en el momento de su aparición, y que suele acompañarse de dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho y malestar general. (eclampsia, 2025)

Pueden presentarse diferente tipos de etiologías, el cual, se presenta primero preeclampsia aunque a veces también no se manifiesta en el momento, pero puede aparecer con forme vaya agravándose la paciente, se manifiesta de dolor en el epigastrio y/o hipocondrio derecho y malestar general.

La eclampsia y sus manifestaciones pueden tener diferentes etiologías o causas subyacentes, que en la mayoría de los casos están precedidas por un cuadro de preeclampsia. Sin embargo, es importante destacar que no siempre la preeclampsia se manifiesta de forma evidente desde el inicio; en algunos casos, los síntomas pueden ser leves o incluso ausentes, hasta que el estado de la paciente comienza a agravarse progresivamente.

A medida que la condición evoluciona, pueden aparecer signos y síntomas que deben ser atendidos con urgencia. Entre los más frecuentes se encuentran el dolor en la región del epigastrio (parte alta del abdomen, justo debajo del esternón) y/o en el hipocondrio derecho (zona superior derecha del abdomen, donde se localiza el hígado). Estos síntomas pueden estar acompañados de malestar general, náuseas, vómito, cefalea intensa, visión borrosa y, en casos más graves, alteración del estado de conciencia o convulsiones.

La presencia de estos síntomas puede indicar un compromiso hepático, como en el síndrome HELLP (Hemólisis, Elevación de enzimas hepáticas y Trombocitopenia), que es una complicación grave asociada a la preeclampsia y que puede evolucionar rápidamente si no se trata a tiempo.

Por lo tanto, es fundamental la vigilancia estrecha del estado clínico de la paciente embarazada, especialmente si existen factores de riesgo, con el objetivo de detectar oportunamente cualquier deterioro que sugiera progresión hacia una condición más severa.



**ETIOLOGÍA:**

La eclampsia, una complicación grave de la preeclampsia, tiene múltiples causas subyacentes, siendo la isquemia uteroplacentaria el mecanismo principal. La isquemia uteroplacentaria implica un suministro de sangre inadecuado a la placenta, lo que provoca su infarto y la liberación de sustancias tóxicas al torrente sanguíneo materno. Estas sustancias pueden desencadenar convulsiones, el sello distintivo de la eclampsia. El papel de la isquemia uteroplacentaria está respaldado por varios modelos animales que replican síntomas similares a los de la preeclampsia, como la hipertensión y la proteinuria, mediante reducciones inducidas del flujo sanguíneo uteroplacentario. (Magley & Hinson, 2025).

Complicación grave de la preeclampsia, que tiene múltiples factores o causas que la principal es la isquemia utreoplacentaria, que implica el suministro inadecuado de sangre hacia la placenta lo que puede provocar infarto y liberación se sustancias tóxicas hacia el torrente sanguíneo materno.

**SÍNTOMAS:**

* Hipertensión arterial mayor a 140/90mmHg
* Proteinuria igual o mayor de 300mg en orina de 24hrs o 30mg/dl en muestras aisladas.
* Edema generalizado se localiza en cara, manos, pudiendo generalizarse y en su grado más extremo, producir edema agudo pulmonar o anasarca.

**FACTORES DE RIESGO:**

Sus factores de riesgo son las siguientes que puede presentar la madre en el momento del trabajo de parto o después del trabajo de parto:

* Antecedentes personales de trastorno hipertensivo del embarazo
* Antecedentes familiares de preeclampsia
* Hipertensión crónica pregestacional
* Afecciones comórbidas como diabetes, enfermedad renal y trastornos autoinmunes.
* Obesidad materna (índice de masa corporal >30 kg/m 2 )
* Antecedentes de parto prematuro antes de las 32 semanas de gestación
* Bajo nivel socioeconómico
* Atención prenatal insuficiente
* Edad materna mayor de 35 años
* gestación multifetal
* Intervalo desde el nacimiento anterior de 10 o más años

**FISIOPATOLOGÍA:**

Compromiso de la circulación uteroplacentaria (vasoconstricción)

Liberación de tromboplastina placentaria (microcoágulos y vasoconstricción)

Destrucción de plaquetas

**HELLP**

**HELLP**

Anemia microangiopática (hemólisis)

Epigastralgia

Dolor en HCD

Rotura hepática

Distensión de la cápsula

**HELLP**

Elevación de transaminasas

Cefaleas, fotopsias, convulsión

Disminución de la presión coloidosmótica

Pérdida de proteínas en orina

Edemas

**Microinfartos en SNC**

**Trombos intravasculares**

**Infarto hepático**

**Daño renal** (endoteliosis)

**CRITERIOS DIAGNÓSTICO:**

|  |
| --- |
| **Criterios diagnósticos para síndrome de HELLP:** |
| **TENNESSEE** | **CLASE MISSISSIPPI** |
| Plaquetas <- 100,000/ulAST >- 70IL/LEsquistocitos (LDH>- 600U/L)Ausencia de HaptoglobinaBilirrubina indirecta >- 1,2 | 1plaquetas <- 50,000/ulAST O ALT >- 40UL/L1. plaquetas <- 100,000/ul - >- 50,000/ul
2. plaquetas <- 150,000/ul - >- 100,000/ul
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONDICIÓN** | **T/A SISTÓLICA (mmHg)** | **T/A DIASTÓLICA (mmHg)** |

**DURANTE LA GESTACIÓN:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Preeclampsia sin comorbidos | 130/155 | 80/105 |
| Preeclampsia con comorbidos | 130/139 | 80/89 |
| Preeclampsia con datos de severidad | 130/155 | 80/105 |

**PUERPERIO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Preeclampsia sin datos de severidad | Menor 140 | Menor 90 |
| Preeclampsia con datos de severidad | Menor 160 | Menor 100 |

**TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO:**



## 3.5 Hipertensión gestacional

A diferencia entre hipertensión gestacional y preeclampsia la hipertensión gestacional y la preeclampsia son trastornos hipertensivos del embarazo, pero presentan diferencias clave en su diagnóstico y evolución clínica.

- Hipertensión gestacional: Se define como el aumento de la presión arterial ≥140/90 mmHg después de las 20 semanas de gestación en una paciente previamente normotensa, sin evidencia de proteinuria ni otros signos sistémicos. Generalmente, se resuelve dentro de las primeras 12 semanas postparto, aunque algunas mujeres pueden desarrollar hipertensión crónica.

- Preeclampsia: Además de hipertensión ≥140/90 mmHg, la preeclampsia se caracteriza por proteinuria (>300 mg en 24 horas) o afectación multisistémica, como disfunción hepática, trombocitopenia, afectación renal o síntomas neurológicos (cefalea intensa, alteraciones visuales, convulsiones en casos graves).

Mientras la hipertensión gestacional puede evolucionar favorablemente sin comprometer severamente la salud materno-fetal, la preeclampsia representa un mayor riesgo de complicaciones como insuficiencia renal, eclampsia y restricción del crecimiento intrauterino.

Diagnóstico

El diagnóstico de hipertensión gestacional se basa en la detección de una presión arterial elevada en consultas prenatales, generalmente tras las 20 semanas de gestación. Es fundamental descartar la presencia de proteinuria y afectación orgánica mediante:

- Monitoreo de presión arterial en diferentes momentos del día.

- Pruebas de función renal y hepática para identificar alteraciones bioquímicas.

- Examen de orina para evaluar la presencia de proteínas.

- Ultrasonido obstétrico para vigilar el bienestar fetal y el crecimiento intrauterino.

Si la hipertensión persiste o se acompaña de síntomas preocupantes, se debe vigilar estrechamente la evolución para prevenir la transición a preeclampsia.

Manejo

El tratamiento de la hipertensión gestacional se basa en el control de la presión arterial y la prevención de complicaciones materno-fetales. Algunas estrategias incluyen:

- Modificaciones en el estilo de vida: Reducción de la ingesta de sodio, hidratación adecuada y descanso frecuente.

- Monitoreo continuo: Controles prenatales más frecuentes para evaluar signos de progresión.

- Uso de antihipertensivos: Fármacos como metildopa, nifedipino o labetalol pueden ser utilizados en casos de hipertensión severa, evitando medicamentos contraindicados en el embarazo (como los inhibidores de la ECA).

- Evaluación del bienestar fetal: Ecografías y monitoreo Doppler para detectar signos de sufrimiento fetal.

En algunos casos, si la hipertensión se intensifica y pone en riesgo la madre o el bebé, se puede considerar la inducción del parto antes del término.

# Unidad 4 natalidad, mortalidad y el contexto social

## 4.1 Contexto social

Los procesos de la natalidad, mortalidad y el contexto social en las comunidades indígenas del estado de Chiapas, en la cual puedo comentar que en estos lugares se presenta un riesgo en las mujeres embarazadas ya que comienzan a temprana edad en casarse y también llegan a embarazarse, todo esto se lleva a cabo a presentar lo que es la preeclampsia y eclampsia que son enfermedades hipertensivas durante el embarazo que se puede presentar ya sea en embarazadas a temprana edad como a partir de 12 años a un rango de edad de 20 o 25 años, y también el riesgo de embarazarse después de los 35 años o más y que sean multíparas. Esto se debe a que por población analfabeta es complicado entender como es un proceso de embarazo pero algunas embarazadas no llevan el control prenatal como se debe de hacer que es la revisión de cada mes, no toman las vitaminas que se les entrega, esto se debe también a que las mujeres embarazadas no tienen la costumbre de llevar un buen control de embarazo.

Para poder decir que en la preeclampsia y eclampsia también puedo decir que si no se atiende a la mujer embarazada puede fallecer con cifras altas de lo normal de la presión arterial de arriba de 140/90mmHg.

En el contexto social, por usos y costumbres las embarazadas prefieren que las atiendan las parteras que algunas no son profesionales sin saber cómo es que están en riesgo la vida de la madre y la del feto, también prefieren tener el parto en casa sin alguna atención del personal médico.

## 4.2 Tasa de natalidad en comunidades indígenas

Una de las principales problemáticas que se tienen en los municipios de alta marginación viene a ser el número de nacimientos y también de muertes que existen en el mismo contexto, es decir, que para comprender un problema es necesario que se tomen en cuenta los datos del número de casos que se cuentan.

A continuación se presentan las tablas de cómo es la tasa de natalidad conocida también como **fecundidad** en las comunidades indígenas en el estado de Chiapas, ya que por cada familia llegan a tener entre 8 a 10 hijos, variando con el sexo. En los años 2000 con un incremento de natalidad de 2.7%, 2010 con un incremento de natalidad de 2.5 y 2020 con un incremente de natalidad de 2.3%, que cada diez años en vez de ir incrementando la tasa de natalidad poco a poco fue disminuyendo hasta que las familias solo prefieren casarse y planificar con los métodos de planificación familiar.



Referencia: INEGI.ORG

Como podemos observar en la tabla anterior, nos podemos dar cuenta de que existe un decremento en el número de nacimientos, lo que eso resulta en algo bueno ya que se está reduciendo el número de nacimiento en mujeres adolescentes o menores de edad.

En el contexto de la investigación, este datos nos sirve para ver que los embarazaos de alto riesgo se pueden disminuir, debido a que físicamente las adolescentes aún no han desarrollado las caderas ni los pechos como debería de ser óptimo para dar a luz, es un dicho común que entre médicos la principal función es la de la prevención. Lo embarazos de alto riego tienen una relación directa con la edad en la que es concebida, esto no solo quiere que en mujeres jóvenes sino que también en mujeres de mayor edad.

En la siguiente grafica podemos observar el lugar que ocupa Chiapas, a nivel nacional se encuentra en el quinto lugar a pesar de tener números similares a otros estados aun así conserva un alto número de hijos procreados a temprana edad.



Referencia: INEGI.ORG

Si observamos la gráfica anterior, nos damos cuenta que aquellos municipios de la zona sur, que son los que tienen una alta población indígena son aquellos que ocupan los primeros lugares, es así, que podemos llegar a intuir que esto también tiene que ver con la cultura, y con lo que venimos mencionando como lo es el contexto social.



Referencia: INEGI.ORG



Referencia: INEGI. Estadística de nacimientos registrados.

Chiapas no es un lugar que se caracterice por tener los mejores hospitales y no en todos los lugares se tiene el acceso a servicios completos o especializados.

## 4.2 Sociedad y económica de Chiapas

El estado mexicano de Chiapas tiene la mayor población indígena del país y la población con menor nivel educativo de todos los estados. La confluencia de la histórica negligencia gubernamental (en infraestructura y política), la desigualdad de género, las barreras lingüísticas y los bajos ingresos familiares de estas poblaciones dificulta seriamente que los indígenas chiapanecos reciban una educación de alta calidad, si es que reciben alguna. Una historia de marginación indígena y la renuencia del gobierno a reconocerla y remediarla crea un serio obstáculo para cualquier cambio permanente en los niveles de educación indígena.

Los bajos niveles educativos conducen a un aumento del analfabetismo en salud reproductiva, menor logro y avance laboral, y menor participación política en las comunidades indígenas. Una práctica para comenzar a remediar este problema es implementar la Educación Bilingüe-Intercultural en las Universidades Interculturales para brindar a las comunidades indígenas un mayor acceso a una educación que valore su origen cultural.

Para el analfabetismo en Chiapas, es la alta en comunidades indígenas ya que por falta de que las mujeres no tienen derechos a los estudios, ha habido la forma de que ellas se casen a temprana edad y empiecen a procrear, el nivel de estudios es bajo, algunas de ellas no concluyen la primaria y los padres prefieren mejor casarlas y dejarlas de mantener. Para estos años se han actualizado en el sentido de que muchas mujeres prefieren salirse de sus casas para poder tener una vida más tranquila y que lleven una atención hacia su futuro por ejemplo el estudio a nivel superior.

**ECONOMÍA EN CHIAPAS:**

Chiapas es el estado más pobre del país, con el 76% de nuestra población en algún sector de pobreza, pobreza extrema o vulnerable por algún tipo de carencia. Sin embargo, también es un estado privilegiado. Es el segundo estado con mayor diversidad étnica, cultural y natural de toda la República Mexicana. Chiapas produce en sus presas hidroeléctricas el 60% del total de la energía que se distribuye en el país. Es también el estado con mayor producción en distintas variedades de café, plátano, piña entre otros productos agrícolas. (legistativo, 2025).

En el estado de Chiapas, existe la pobreza ya que cuenta con una variedad de comunidades indígenas que cada comunidad tiene su propia lengua materna, es el estado con mayor grado de analfabetismo, por usos y costumbres están acostumbrados a que las personas de la misma comunidad no vayan a la escuela y se dedican a la agricultura (como la siembra del café, el plátano, piña, entre otro tipo de alimentos). Contamos con la presa hidroeléctrica CHICOASEN que distribuye luz a todo el país mexicano.

**VALOR DE LA MUJER EN EL TRABAJO.**

Es importante reconocer que, aunque las mujeres han logrado avances significativos en su participación en el mercado de trabajo, todavía enfrentan desafíos en la distribución equitativa de las responsabilidades domésticas y de cuidados dentro de los hogares (COESPO, 2019). Esta situación puede tener consecuencias negativas para la salud física y mental de las mujeres. La falta de tiempo libre y la presión constante pueden afectar su bienestar general. Ya que, muchas enfrenten dobles o incluso triples jornadas de trabajo, lo que limita significativamente su tiempo para realizar otras actividades como el estudiar, trabajar o tener tiempo libre o gozar de espacios para el esparcimiento, por lo que, su calidad de vida puede verse afectada (ONU-MUJERES y INMUJERES 2021).

Tanto las mujeres que hablan una lengua indígena (99.6%) como las que no (99.5%) se encargan de los trabajos domésticos y de cuidados. Sin embargo, existe una diferencia notable en la cantidad de tiempo dedicado a estas actividades: las primeras dedican en promedio 35.9 horas semanales, mientras que las segundas destinan 30.5 horas, lo que evidencia un poco más de cinco horas. Esta diferencia puede explicarse, en parte, por el acceso desigual a servicios básicos como agua potable, gas y electricidad en el hogar, así como la disponibilidad de electrodomésticos que facilitan las labores domésticas como la conservación y preparación de alimentos. (Moreno, 2025).

En las comunidades indígenas las mujeres a lo que se dedican es al hogar de cuidar a sus hijos, hacer la comida para toda la familia y también se dedican a la agricultura como la siembra de maíz, frijol, chile, entre otros tipos de alimentos.

**TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO**

La preparación de alimentos, limpieza de la vivienda y de la ropa, así como las compras del hogar son actividades que forman parte del trabajo doméstico, sin embargo, la preparación de alimentos es la principal actividad y a la que más tiempo dedican las mujeres, 19.1 horas a la semana las mujeres HLI y 13.5 horas las mujeres NLHI. Le siguen las actividades como la limpieza de la vivienda, de la ropa, del calzado y las compras. (Moreno, 2025).

Las mujeres se dedican al trabajo doméstico por ejemplo preparar los alimentos, limpiar la casa, lavar la ropa, que esto da como resultado de que las mujeres están más tiempo elaborando los alimentos con un total de horas de 19.1.



**TRABAJO DE CUIDADO NO REMUNERADO**

En cuanto al trabajo de cuidados no remunerado, 65 de cada 100 mujeres HLI realizan este trabajo en sus hogares sin recibir ninguna retribución económica. En el caso de las mujeres NHLI, la proporción es de 60 por cada 100. Esto significa que la participación de las mujeres HLI es mayor que la de las NHLI. Al desglosar el trabajo de cuidado por los grupos de edad de las personas a las que se les da estos cuidados, se observa que la tarea con mayor tasa de participación corresponde al cuidado de personas de 0 a 14 años, tanto en mujeres HLI (48.9%) como en NHLI (43.1%). A este grupo de edades las mujeres dedican un promedio de 20.4 y 24.4 horas a la semana, respectivamente. Es notable que en los grupos que requieren o demandan cuidados, las mujeres HLI alcanzan tasas de participación más altas, excepto cuando se trata del cuidado a personas de 15 a 59 años, donde la participación es del 6.5% frente al 12.5% de las mujeres NHLI. (Moreno, 2025)



En esta gráfica se a entender el trabajo no remunerado que quiere decir que las mujeres son las personas que más cuidan a algún familiar enfermo. En el grupo de edad en donde participan más las mujeres es de 0 a 14 años de edad.

## 4.2 parto tradicional

Se refiere al parto atendido por una partera tradicional, una persona que, a través de la medicina tradicional, ha sido capacitada para atender el embarazo, parto y puerperio, y que forma parte de la comunidad donde vive.

El parto tradicional se refiere a que la mujer embarazada tiene derecho a recibir su parto en casa acompañada de esposo y familiares cercanos, esto es una tradición en las comunidades indígenas ya que por usos y costumbres ellos estas hacen esta tradición, también se puede decir que en hospitales hay acceso limitado ya que por lo regular los hospitales están lejanos de las casas y es ahí donde participan las parteras tradicionales, en la cual puede haber riesgos tanto de la madre como del bebé.

La **partería tradicional en Chiapas**, reconocida por ser una práctica ancestral profundamente arraigada en las comunidades **indígenas y rurales**, enfrenta hoy un desafío: su supervivencia frente a la modernización de la medicina y las regulaciones institucionales que buscan estandarizar el parto. Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Chiapas alberga a unas 6 mil 600 parteras, lo que la posiciona como líder nacional en este oficio. Sin embargo, su labor sigue siendo invisibilizada y, en muchos casos, deslegitimada. (García, 2025)

En los Altos de Chiapas, la atención al**parto**recae principalmente en las parteras, quienes abarcan tanto áreas urbanas con el 70% como rurales con el 100%. Estas **mujeres,** generalmente mayores de 40 años, han adquirido su conocimiento a través de generaciones, ya sea aprendiendo de otras parteras o por la experiencia de sus propios partos. Esta práctica no solo asegura la continuidad de**tradiciones culturales**, sino que también cubre necesidades de salud en regiones donde el acceso a servicios médicos formales es limitado. (García, 2025)

## 4.3 mortalidad

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores al parto, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la muerte de una mujer durante el embarazo o parto o dentro de los 42 días posteriores, independientemente de la duración, localización del embarazo y las causas de defunción. (Elu, 2025).

La OMS (1992) definió a la mortalidad materna como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales". (Elu, 2025).

La mortalidad materna se da a raíz de que al empezar el embarazo en las comunidades indígenas las mujeres en este proceso de la gestación por usos y costumbres de la región no llevan un buen control para su embarazo, ya que para llegar a este proceso tampoco reciben consejería de como tener un embarazo saludable, como el uso de las vitaminas específicas para el crecimiento y desarrollo del feto, también la causa más importante de la muerte materna es que presentan síntomas relacionados a la presión alta por ejemplo cefalea, acúfenos, fosfenos, T/A arriba de los valores normales (140/90mmHg), que es conocido como la “enfermedad silenciosa”, porque no presenta síntoma alguno sin llevar control prenatal.

También la hipertensión arterial puede llegar a ser severa ya que puede complicarse otros síntomas que puede llegar hasta la muerte si no se atiende al momento.

## 4.4 acciones y eventos en emergencias durante el parto.

La acción principal es evaluar y actuar rápidamente para garantizar la seguridad de la madre y el bebé. Esto puede incluir la administración de oxitocina para inducir contracciones, el uso de misoprostol para evitar hemorragias, o incluso la necesidad de una cesárea si el parto vaginal no es seguro. (IA, 2025)

Evitar que se complique el trabajo de parto, actuar lo más rápido posible para que no se presenten cualquier tipo de hemorragias, hacer monitoreo si se puede cada 20 o 30 min al feto (que haya movimientos fetales), revisar si no presenta rotura de membranas antes de las 37 semanas, revisar a la madre los signos vitales y si presenta algún síntoma en el momento, hacerle una buena anamnesis con la historia clínica, preguntar por sus antecedentes tanto de la madre como de los padres que le hereden alguna enfermedad crónica, si consume algún tipo de medicamento o drogas o alcohol, todo esto para poder hacer un buen diagnóstico y tratamiento.

En las comunidades indígenas puede presentarse las acciones y eventos obstétricos ya que por usos y costumbres prefieren atención del parto en casa, ya que también en las comunidades las personas viven retirados de la clínica u hospital que quedan de distancia de 1 a 2 horas de camino.

Tradicionalmente, el embarazo es considerado un evento fisiológico. Sin embargo, cerca de un 20% de las embarazadas desarrolla patologías obstétricas que se asocian a mortalidad materna y perinatal. A nivel mundial, cada año medio millón de mujeres fallece durante el embarazo y parto debido a estas complicaciones. Desafortunadamente, un número significativo de las urgencias obstétricas ocurre en pacientes sin factores de riesgo, por lo que la prevención, identificación precoz e intervención a tiempo de estos eventos juegan un rol fundamental para contrarrestar un resultado perinatal adverso. (E. Enrique Oyarzún1, 2025).

En el embarazo pueden presentar ciertas patologías obstétricas que pueden llegar a la muerte materna, que puede ser antes, durante o después del parto, que principalmente son las hemorragias obstétricas, que esto se lleva a cabo durante el parto, también no llevar control prenatal, elevación de la presión arterial, síntomas como las convulsiones que esto puede ser ya de un estado muy severo y producir la muerte.

##  4.5 Acceso a servicios de salud en comunidades rurales

 El acceso a servicios de salud materna en comunidades rurales es un desafío persistente, marcado por barreras geográficas, económicas y socioculturales. Para las mujeres embarazadas en zonas marginadas, la falta de infraestructura sanitaria, la escasez de personal médico y las dificultades de transporte pueden significar la diferencia entre un parto seguro y complicaciones graves.

Brecha en Infraestructura Sanitaria

La distribución desigual de hospitales, clínicas y centros de salud en áreas rurales limita el acceso a atención prenatal y obstétrica. Algunas de las principales deficiencias incluyen:

- Escasez de hospitales especializados: Muchas regiones rurales carecen de unidades de atención materno-infantil, lo que obliga a las mujeres a trasladarse largas distancias para recibir atención adecuada.

- Falta de personal médico capacitado: La presencia de obstetras y personal especializado es reducida, dejando a mujeres en manos de trabajadores comunitarios con recursos limitados.

- Desabastecimiento de medicamentos y equipos: La falta de suministros médicos esenciales, como medicamentos antihipertensivos, sulfato de magnesio y equipos para monitoreo fetal, incrementa los riesgos obstétricos.

Barreras Geográficas y Económicas

El acceso a servicios de salud en comunidades rurales se ve restringido por factores como:

- Distancias prolongadas a centros de atención: En muchas regiones, las mujeres embarazadas deben recorrer kilómetros en caminos sin pavimentar para llegar a un hospital. La falta de transporte público agrava esta problemática.

- Costos elevados de traslado y atención médica: Aunque en algunos países los servicios de salud materna son gratuitos, los costos de transporte, alimentación y hospitalización pueden ser prohibitivos para familias de bajos ingresos.

Impacto Sociocultural

Las creencias y prácticas culturales juegan un papel importante en la decisión de acceder a servicios médicos:

- Preferencia por el parto tradicional: Muchas mujeres optan por partos en el hogar con parteras debido a la confianza en métodos ancestrales o la desconfianza en hospitales.

- Falta de educación materna: En ciertas comunidades, el desconocimiento sobre signos de alarma en el embarazo impide que las mujeres busquen atención médica a tiempo.

Estrategias para Mejorar el Acceso

Para reducir la brecha en salud materna, se requieren acciones concretas como:

* + Fortalecimiento de la red de hospitales y clínicas rurales, con enfoque en salud materno-infantil.
	+ Programas de capacitación para parteras y trabajadores comunitarios, asegurando conocimientos sobre complicaciones obstétricas.
	+ Iniciativas de transporte gratuito o subsidios para traslados, facilitando la movilidad de pacientes embarazadas.
	+ Campañas de educación para la salud materna, promoviendo el reconocimiento temprano de complicaciones del embarazo.

El acceso oportuno a atención médica materna en comunidades rurales es clave para la reducción de la mortalidad materno-infantil y la mejora de la calidad de vida en poblaciones marginadas. La implementación de soluciones adaptadas a cada contexto puede salvar vidas y mejorar los resultados perinatales.

## 4.6 Determinantes culturales en el cuidado prenatal y postnatal

 El cuidado materno en comunidades indígenas está fuertemente influenciado por tradiciones ancestrales, cosmovisiones y prácticas transmitidas de generación en generación. Estas creencias afectan la manera en que las mujeres experimentan el embarazo, el parto y el periodo postnatal, determinando su relación con el sistema de salud formal y las decisiones sobre el nacimiento de sus hijos.

Influencia de Tradiciones en el Cuidado Prenatal

Desde el inicio del embarazo, muchas mujeres indígenas recurren a prácticas tradicionales que buscan equilibrar el bienestar físico y espiritual. Algunas de las principales influencias incluyen:

**- Partería tradicional:** Las parteras juegan un papel fundamental en la atención prenatal, proporcionando recomendaciones sobre alimentación, actividad física y el estado emocional de la madre. Su conocimiento, basado en la observación y la experiencia, es valorado tanto como la medicina convencional.

**- Uso de medicina herbolaria:** El consumo de infusiones de hierbas medicinales es una práctica común para aliviar síntomas como náuseas, fatiga y dolores leves. En muchas culturas, plantas como la manzanilla, el epazote y la ruda se utilizan bajo la guía de curanderos o parteras.

**- Rituales protectores:** En diversas comunidades, el embarazo es considerado un estado sagrado. Se realizan ceremonias de protección para resguardar a la madre y al bebé, utilizando amuletos, rezos y ofrendas a la naturaleza.

La Elección del Parto en Comunidades Indígenas

La decisión de cómo y dónde dar a luz es profundamente influenciada por factores culturales y sociales. Aunque los hospitales ofrecen atención médica especializada, muchas mujeres prefieren el parto tradicional por razones como:

- **Confianza en la partería comunitaria:** La presencia de parteras experimentadas brinda seguridad a las mujeres, evitando la medicalización excesiva del parto. En algunas culturas, los partos hospitalarios son percibidos como fríos o impersonales.

**- Ambiente familiar y espiritual:** El parto en casa permite que la madre esté acompañada por sus familiares y que se sigan rituales espirituales para garantizar la protección del recién nacido. En ciertas comunidades, el nacimiento se considera un evento comunitario.

**- Desconfianza en el sistema de salud:** Factores como el racismo, la falta de acceso a hospitales y la experiencia de malos tratos han llevado a muchas mujeres a evitar los centros médicos. Además, el temor a intervenciones innecesarias, como cesáreas no justificadas, refuerza la preferencia por el parto tradicional.

Prácticas Postnatales y Recuperación Materna

El periodo postnatal también está influenciado por creencias culturales que buscan restablecer el equilibrio del cuerpo y fortalecer el vínculo entre madre e hijo. Entre las prácticas más comunes están:

* + Uso de fajas postparto: Se cree que el uso de fajas ayuda a la recuperación física y previene problemas abdominales en el futuro.
	+ Baños herbales: Se recomienda tomar baños con plantas medicinales para eliminar toxinas y favorecer la cicatrización interna.
	+ Resguardo materno: Algunas culturas establecen un periodo de descanso obligatorio para la madre, evitando actividades físicas intensas.
	+ Ceremonias de bienvenida al bebé: Se llevan a cabo rituales para presentar al recién nacido ante la comunidad, reforzando su identidad cultural y asegurando su protección espiritual.

Desafíos y Necesidad de Integración con la Medicina Convencional

Si bien estas prácticas reflejan una profunda conexión con la identidad cultural, también pueden generar desafíos cuando las complicaciones del embarazo requieren atención médica especializada. La falta de acceso a hospitales, la resistencia a acudir a centros de salud y la limitada capacitación intercultural de los médicos pueden poner en riesgo la salud materna y neonatal.

Es fundamental promover un enfoque integrador, donde el conocimiento tradicional y la medicina moderna se complementen. Algunas estrategias incluyen:

* + Reconocimiento de las parteras en el sistema de salud, capacitando y certificando sus conocimientos para mejorar la atención materna.
	+ Protocolos de atención intercultural, asegurando que los hospitales respeten las costumbres indígenas y eviten prácticas que generen rechazo.
	+ Campañas de educación y prevención, promoviendo la identificación temprana de signos de riesgo en el embarazo para evitar complicaciones graves.

El fortalecimiento del diálogo entre la medicina ancestral y la convencional es clave para garantizar una atención materna segura, respetuosa y culturalmente adecuada.

# Referencias

., M. M. (11 de abril de 2025). *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554392/*. Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554392/.

2017, g. d. (2025). enfermedades hipertensiva en el embarazo. En g. d. 2017, *guia de practica clinica.*

Balest, A. L. (15 de abril de 2025). *recien nacidos prematuros*. Obtenido de recien nacidos prematuros.

Balest, A. L. (2025). Recien nacidos prematuros. En A. L. Balest, *Manual MSD version para profesionales.*

Cabrera, J. C. (2025). Preeclampsia y Eclampsia. En J. C. Cabrera, *Manual de ginecologia y obstetricia.*

clasificación. (21 de abril de 2025). *https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf*. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf.

Definicion. (21 de abril de 2025). *https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20un%20trastorno,y%20muerte%20materna%20y%20neonatal.* Obtenido de https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20un%20trastorno,y%20muerte%20materna%20y%20neonatal.

E. Enrique Oyarzún1, P. J. (17 de mayo de 2025). urgencia obstetrica. chile, chile, chile.

eclampsia. (04 de mayo de 2025). preeclampsia, ecalpmsia y sindrome de hellp. barcelona, españa, españa.

Elu, M. d. (17 de mayo de 2025). muerte materna. san cristobal de las casas, chiapas, mexico.

embarazo, c. c. (8 de abril de 2025). *https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/complicaciones*. Obtenido de https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/complicaciones.

Feldman, P. y. (2025). Desarrollo humano. En P. y. Feldman, *preeclampsia.*

García, T. (17 de mayo de 2025). La partería en Chiapas, una tradición viva que sigue resistiendo. san cristobal de las casas, chiapas, mexico.

IA. (17 de mayo de 2025). acciones y eventos obstetricos. san cristobal de las casas, chiapas, mexico.

Kennedy, E. (2025). complicaciones en el embarazo. En E. kENNEDY, *complicaciones en el embarazo.*

legistativo, p. (15 de mayo de 2025). economia en chiapas. san cristóbal, chiapas, mexico.

Magley, M., & Hinson, M. R. (4 de mayo de 2025). eclampsia. estados unidos, estados unidos.

Martorell, P. y. (2025). concepcion. En P. y. Martorell, *concepcion, embarazo y parto.*

Moreno, a. D. (17 de mayo de 2025). instituto nacional de las mujeres. san cristobal de las casas, chiapas, mexico.

Moreno, M. P. (2025). El trabajo no remunerado. En M. P. Moreno, *Mujeres hablantes y no hablantes de lengua indígena.*

Mussons, V. C. (2025). Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. En V. C. Mussons, *Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia.*

placenta, d. p. (15 de abril de 2025). *https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/desprendimiento-placentario*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/desprendimiento-placentario.

prematuros, R. n. (15 de abril de 2025). *https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros.

Sánchez, K. H. (2025). preeclampsia. En K. H. Sánchez, *Revista medica sinergia.*

Torres, A. E. (2025). democracia. En A. E. Torres, *democracia.*

uterina, r. (15 de abril de 2025). *https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/rotura-uterina*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/rotura-uterina.