

## Complicaciones más frecuentes durante el embarazo

Petrona Elizabeth Gaona Rodas

Universidad Tecnológica Intercontinental

Carrera de Licenciatura en Enfermería, Sede Capiatá

petronagaonarodas96@gmail.com

## Resumen

Las complicaciones del embarazo son aquellos factores que elevan la posibilidad de un incremento de morbilidad y mortalidad materna perinatal. A nivel mundial existen variados casos de complicaciones ocurridas durante el embarazo pero en un 30 % pueden ser evitados y tratados en tiempo correspondiente. La investigación tuvo como objetivo general describir las complicaciones más frecuentes durante los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá. Es de nivel descriptivo con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y corte transversal, se apoya en una amplia revisión bibliográfica. La población estuvo constituida por 228 fichas obstétricas; la técnica fue el análisis documental y como instrumento un instrumento guía, los datos obtenidos se presentaron en tablas y figuras. El resultado de la investigación se ha concluido satisfactoriamente, ya que se ha logrado cumplir con el objetivo general propuesto, la investigación arrojó los siguientes resultados la complicación más frecuente de la primera mitad de los embarazos fue Hiperemesis gravídica. En la segunda mitad de los embarazos las complicaciones frecuentes fueron la Placenta previa y la Rotura Prematura de Membranas. La complicación más frecuente por anomalías de las membranas feto ovulares en los embarazos fue el Polihidramnios o hidramnios. Como también, la más frecuente por anomalías en la duración del embarazo fue el Parto prematuro. Entre las complicaciones más frecuentes por enfermedades inducidas fueron la Toxemia del embarazo y la Diabetes gestacional. La franja etaria preponderantes en las complicaciones de los embarazos son las franjas de 10 a 15 años y de 46 a 51 años. Y globalmente de todas las complicaciones la de mayor preponderancia fueron las hemorragias de la primera mitad del embarazo.

**Palabras claves:** complicaciones, embarazo, franja etaria, hemorragias.

## **Marco Introductorio**

### **Introducción**

El embarazo es la gestación o el proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo ser o individuo en el seno materno y abarca desde el momento mismo de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionarios y fetales.

El embarazo es considerado como un estado natural de la mujer, y en la mayoría de los casos, un simple control de los hábitos de la vida y un seguimiento médico hasta para evitar la aparición de algún problema o complicación durante el embarazo. Por lo que se considera necesario que la dicha experiencia sea asumida con responsabilidad, porque un embarazo con bajo peso por ejemplo, puede traer varias consecuencias negativas al bebé, por ende a toda la familia.

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin complicaciones, siempre existen riesgos potenciales. Aproximadamente un 15% de todas las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación, que quizás requieran atención médica urgente.

Las complicaciones del embarazo son aquellos factores que elevan la posibilidad de un incremento de morbilidad y mortalidad materna perinatal. A nivel mundial existen variados casos de complicaciones ocurridas durante el embarazo pero en un 30 % pueden ser evitados y tratados en tiempo correspondiente.

La investigación presente se realizará con un nivel descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal y enfoque cuantitativo.

En los párrafos siguientes se detallan los distintos aspectos a ser descriptos en la presente investigación.

Con la denominación de Marco introductorio, se reseña unas breves palabras acerca del tema a abordar constituyéndose la introducción, luego se especifican el planteamiento y la delimitación del problema, las preguntas, los objetivos y la justificación de la investigación.

Bajo el título de Marco teórico, se detallan las bases teóricas que sustenta la investigación. Además completa este apartado el cuadro de Operacionalización de las variables.

La denominación del Marco metodológico, donde se exponen las características metodológicas como son: el nivel de la investigación, el tipo de investigación, el diseño y corte, la población, la técnica e instrumento de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y análisis de datos y las consideraciones éticas tenidas en cuenta.

Bajo el nombre de Marco analítico, se señalarán los resultados de la aplicación de la técnica y del instrumento, con su respectiva interpretación y análisis de los datos, se complementa con un apartado denominado discusión de los hallazgos.

Para finalizar se presenta las Conclusiones y Recomendaciones; en la misma se presenta la conclusión a la que se llega en relación a los objetivos de investigación previstos y se citan algunas ideas como sugerencias o propuestas de solución al problema planteado.

### **Tema de investigación**

“Complicaciones más frecuentes durante el embarazo”.

### **Planteamiento del problema**

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse.

Las complicaciones del embarazo pueden ser definidas como “aquellos factores que elevan la posibilidad de un incremento de morbilidad y mortalidad materna perinatal. A nivel mundial existen variados casos de complicaciones ocurridas durante el embarazo pero en un 30 % pueden ser evitados y tratados en tiempo correspondiente” (González, 2015). Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin complicaciones, siempre existen riesgos potenciales. Aproximadamente un 15% de todas las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación, que quizás requieran atención médica urgente.

Esta investigación se realiza desde un enfoque de la Carrera de Ciencias de la Salud, específicamente del área de conocimiento de la enfermería.

Para disminuir la posibilidad de que las complicaciones ocurran, es deber del equipo de salud educar y orientar a las embarazadas sobre los tipos de complicaciones que puedan acarrear durante el desarrollo de dicho embarazo, y que estas mujeres conozcan los factores de riesgo que implica y amenaza el llevar a cabo un embarazo a término feliz sin ninguna complicación que apeligre la salud del niño como también de la madre.

De lo antes expuesto puedo plantear la siguiente formulación del problema:

### **Formulación del problema**

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes durante los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá?

### **Preguntas de Investigación**

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la primera mitad de los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la segunda mitad de los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes por anomalías de las membranas feto ovulares en los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes por anomalías en la duración del embarazo registrados en el Hospital Distrital de Capiatá?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes por enfermedades inducidas o que complican al embarazo registrados en el Hospital Distrital de Capiatá?

¿Cuál es la franja etaria preponderante en las complicaciones de los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá?

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo General**

Describir las complicaciones más frecuentes durante los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá.

### **Objetivos Específicos**

Identificar las complicaciones más frecuentes de la primera mitad de los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá.

Clasificar las complicaciones más frecuentes de la segunda mitad de los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá.

Conocer las complicaciones más frecuentes por anomalías de las membranas feto ovulares en los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá.

Constatar las complicaciones más frecuentes por anomalías en la duración del embarazo registrados en el Hospital Distrital de Capiatá.

Especificar las complicaciones más frecuentes por enfermedades inducidas o que complican al embarazo registrados en el Hospital Distrital de Capiatá.

Identificar la franja etaria preponderantes en las complicaciones de los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá.

### **Justificación**

Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del feto, o ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones.



En el embarazo ocurren varios cambios anatomofisiológicos y endocrinometabólicos, los cuales pueden acarrear complicaciones inclusive en mujeres saludables. Algunas pruebas prenatales durante el embarazo pueden ayudar a prevenir estos problemas o a detectarlos con anticipación.

En un embarazo normal todas las mujeres sufren alguna leve molestia sin importancia. Sin embargo, hay ocasiones en las que pueden aparecer determinadas alteraciones o complicaciones más graves.

La mortalidad maternoinfantil en nuestro país es alarmante, de ahí la importancia de la presente investigación, la cual es factible pues se cuenta con amplia información bibliográfica que sirven de bases sólidas para fundamentar el trabajo, como también se cuenta con los recursos humanos, materiales y recursos financieros para llevar a cabo la investigación.

### **Delimitaciones del Trabajo**

Este trabajo se limita a las complicaciones de los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá.

### **Marco Teórico**

#### **Bases teóricas**

#### **Embarazo**

El autor (Hacker, 2015) expone la siguiente definición del embarazo:

Es el periodo que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

Durante el embarazo el cuerpo de la mujer experimenta una serie de cambios, tanto fisiológicos como hormonales, para asegurar el crecimiento y desarrollo del feto mientras se mantiene la homeostasia.

Todos estos cambios que ocurren durante el embarazo pueden afectar a la farmacocinética.

Si calculamos desde la fecha de la concepción (el día en el que quedó embarazada), el embarazo duraría 38 semanas. Pero existe una gran variabilidad en cuanto a su duración debido a determinados factores de una mujer a otra, aunque lo más habitual es que el parto se desencadene en cualquier momento desde la semana 38 a la 42.

El embarazo según (Guía Médica Familiar, 2004) se define como:

El estado de una mujer en cinta, periodo que comprende desde la fecundación hasta el parto. Durante este tiempo es necesario que la futura madre extreme las precauciones en cuanto se refiere a llevar una vida sana, higiénica y activa, para que el feto se desarrolle con toda normalidad.

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de [la mujer](#), una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo.

Es necesario que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida.

Según el diccionario de Medicina y Ciencia de la Salud (2010), el embarazo “es periodo o proceso de gestación comprendido desde la fecundación del ovulo, a lo largo de los periodos embrionarios y fetal”. Sin embargo, según en el Diccionario Mosby (2010), dice que el embarazo “es la gestación o proceso del crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento”. Según estos materiales el embarazo es un periodo gestativo de un nuevo ser, a lo largo de cierto proceso, de crecimiento y pasando por los periodos embrionarios y fetal.

El embarazo es el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto y su duración aproximada es de 280 días, en semanas tiene una duración entre 37 a 41 semanas.

El embarazo comienza cuando un espermatozoide es capaz de llegar hasta el óvulo, en el momento de la ovulación, la cual aproximadamente ocurre unos 14 días antes del comienzo de la siguiente menstruación, una vez que el

espermatozoide llega al ovulo y lo fecunda comienza a formarse el embrión, quedado instalado ya el embarazo.

El embarazo es el “período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto” (Reece & Hobbins, 2010). El embarazo es una etapa muy esperado por la mujer, la pareja y la familia, llenada de felicidades el ambiente hogareño.

Los autores (Cabero & Saldivar, 2007) definen el embarazo como “aquel que ha progresado hasta las 42 semanas de gestación”. El embarazo normalmente alcanza los nueve meses o 37 semanas, pero generalmente en mujeres especialmente primíparas el embarazo puede alcanzar hasta las 42 semanas; ya desde las 37 semanas de embarazo se puede hablar que el feto puede ser viable, pues ha alcanzado la maduración fetal y principalmente la de los pulmones.

Según la página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus notas descriptivas del 2016 dice:

El embarazo es los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer – es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad. Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios... La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte.

Para lograr que el embarazo llegue a su etapa final en buenas condiciones es muy necesario que la embarazada acuda siempre a sus controles y extreme las medidas en cuanto a la alimentación, vestimenta, higiene y muy importante deje a un lado los hábitos tóxicos como tomar bebidas alcohólicas o fumar, ya que existen muchas mujeres fumadoras que ponen en peligro su vida y la de su feto.

Los datos de mortalidad materna infantil continúa siendo un problema de salud pública, que no se ha logrado resolver en nuestro país. Según la (OMS, 2016), mundialmente las estadísticas arrojan estos alarmantes datos:

- ✓ “Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas y complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.
- ✓ En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo”.

Continua planteando la (OMS, 2016) que “la mortalidad materna es inaceptablemente alta. En el 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos”. Lo cual hace totalmente necesario trazar nuevas estrategias para el control prenatal y postnatal de las mujeres, incluyendo el periodo de transcurso del parto como tal.

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar

desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse (Zouza, 2016).

Para (William, 2014), quien expone que el termino gestación hace referencia a “los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, en rigor y bien expresado, se refiere al desarrollo del feto y el embarazo se refiere a los cambios en la mujer”.

Por otra parte, (Molina, 2012) plantea que el embarazo “es un proceso natural y sublime en la vida de una mujer, etapa que está acompañada de cambios fisiológicos, patológicos y psicológicos, el aumento de los niveles hormonales, entre ellos, de estrógenos y progesterona indispensables para el desarrollo del feto”.

Plantea (Hacker, 2015) “En los próximos 9 meses va a experimentar una serie de cambios normales tanto físicos como psicológicos, cada mujer los vive de forma diferente. Conocerlos y saber por qué se producen puede ayudarle a sobrellevarlos y evitar preocupaciones innecesarias”. Los cambios hormonales y el crecimiento del tamaño del útero van a ser los responsables de la mayoría de los síntomas que acompañan a la gestación.

El embarazo también va a provocar cambios en su entorno familiar y social. La relación con su pareja puede verse alterada ya que él también puede

experimentar sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro hijo/a, desde temores y preocupaciones hasta alegrías, satisfacción y orgullo.

Es posible que en algunos momentos se sienta en un segundo plano, incluso puede tener sentimientos de celos al pensar que no le presta la misma atención. Por todo esto es fundamental que mantengan una buena comunicación, que preparen juntos la llegada de su hijo; compartir las emociones y decisiones será beneficioso ya que ser padres es cosa de dos.

Planificar el embarazo y cuidarse antes de quedar embarazada, es lo mejor que puede hacer la mujer por su salud y la de su futuro hijo. En el caso de que quiera hacerlo es conveniente que consulte con su médico o matrona, y así detectar posibles riesgos y adoptar medidas preventivas que ayudarán a que su embarazo se desarrolle de forma más saludable.

## **Etapas del embarazo**

Para (Alfonzo, 2016) las etapas del embarazo son divididas por trimestre, por lo cual un embarazo consta de tres trimestres, clasificados como sigue a continuación:

### **Primer trimestre**

Durante el primer mes de gestación apenas se producen cambios. Es el período en el que se produce la organogénesis del nuevo ser, que en su primera época se llama embrión y a partir del tercer mes, [feto](#).

En este primer mes es recomendable que la mujer deje de fumar, o que al menos reduzca su número de cigarrillos a un máximo de cuatro o cinco al día. Además, no debe abusar de las bebidas alcohólicas, ni tomar medicamentos, sin consultar previamente con su médico. Se evitará, en la medida de lo posible las [vacunas](#) y la [exposición](#) a cualquier tipo de radiaciones.

Durante el segundo mes de gestación comienzan a aparecer los primeros cambios hormonales. Se producen síntomas propios de este período como los trastornos del aparato digestivo.

Se pierde la [coordinación](#) entre los dos [sistemas](#) nerviosos, el vago y el simpático, y se presentan los primeros [vómitos](#) y náuseas. Esta situación suele ir acompañada de abundantes salivaciones (ptialismo) y, a veces, de ligeros desvanecimientos.

Puede ocurrir que los vómitos sean excesivos llegando a crear un [estado](#) de [desnutrición](#). Si los vómitos y las sensaciones de náuseas son frecuentes, es recomendable que la ingestión de [alimentos](#) sea más frecuente y en pequeñas cantidades.



Los alimentos sólidos o espesos reducen estos trastornos más que los líquidos. Se aconseja tomarlos fríos o a una [temperatura](#) ambiental, nunca calientes.

La mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación. Las encías, debido a la [acción](#) hormonal se inflaman. Esto puede favorecer la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. Para eliminar posibles infecciones es imprescindible una cuidadosa higiene buco-dental y visitar, de vez en cuando, al odontólogo. Las palpitaciones, un ligero aumento de la frecuencia respiratoria y hasta mareos, son frecuentes en este período.

En este mes, la glándula mamaria sufre precoces modificaciones: los pechos aumentan de tamaño, y al palpar se notan pequeños nódulos, la areola del pezón se hace más oscura y aumenta la sensibilidad mamaria.

También, a causa de la acción hormonal, la glándula tiroides puede aumentar su tamaño y provocar un ligero ensanchamiento de la base del cuello.

Durante el tercer mes de gestación las probabilidades de abortar son mayores, con lo que es importante tomar ciertas precauciones. La embarazada debe evitar llevar cargas pesadas, fatigarse o beber [alcohol](#).

Además, no emprenderá largos [viajes](#) en coche. Los viajes en avión sólo serán peligrosos en los casos en que se viaje a grandes alturas, ya que una disminución del [oxígeno](#) (hipoxia), puede provocar malformaciones congénitas. Las [relaciones sexuales](#) deben espaciarse durante todo el primer trimestre.

En el caso de que aparezcan dolores parecidos a una menstruación o hay hemorragia, por leves que sean, se deben extremar las precauciones. Quedan entonces prohibidos las relaciones sexuales y los viajes durante todo este período y se aconseja acudir a un profesional ante cualquier síntoma, además de guardar reposo en cama. Con estas precauciones y los preparados hormonales que ahora existen se consigue, en la mayoría de los casos, salvar el embarazo.

### **Segundo trimestre**

El segundo trimestre de la gestación es el más llevadero y el menos peligroso. El riesgo de [aborto](#) disminuye considerablemente, los vómitos cesan, aunque existen casos, muy raros, en los que persisten durante toda la gestación.

En el cuarto mes se produce un aumento del peso de la madre, el cual hay que controlar. Durante este mes el aumento no debe superar los 300 gramos semanales. El peso se debe controlar por lo menos una vez al mes, procurando hacerlo siempre en la misma báscula.

En este mes, debido al ensanchamiento de la cintura, comienza la necesidad de vestirse con ropa pre-mamá, holgada y cómoda. Pueden aparecer trastornos en la digestión a causa de una hormona llamada progesterona; ésta se hace más perezosa y provoca con frecuencia estreñimiento. Para combatirlo, es conveniente consultar al profesional, quién indicará el laxante más apropiado.

En ocasiones un vaso de [agua](#) tibia en ayunas y una dieta adecuada es suficiente. Si el estreñimiento vaya acompañado de hemorroides,

dilataciones venosas alrededor del ano, tendrá que evitarse necesariamente. Para ello se aplicará una pomada específica.

Durante este período se pueden practicar [deportes](#) que no supongan demasiado esfuerzo. Es recomendable practicar una [gimnasia](#) que favorezca la circulación periférica.

Es muy recomendable la [natación](#), en aguas templadas y sin demasiado oleaje, para que el esfuerzo sea menor.

A partir del quinto mes, cuando ya son evidentes los movimientos fetales, el [control](#) del peso se hace imprescindible, ya que su aumento comienza a ser considerable.

En este segundo trimestre se suele aumentar unos 4 Kg. Para que la variación de peso se mantenga dentro de los [límites](#) normales, es fundamental conocer algunos aspectos sobre la dieta y una correcta [alimentación](#).

La embarazada debe comer para dos y no por dos. Hay que cuidar tanto la cantidad como la cualidad de los alimentos.

Los requerimientos en [proteínas](#) aumentan, siendo necesarios alimentos como la carne (mejor de vaca, ternera o pollo), el pescado blanco, los huevos, la [leche](#) y sus derivados como el yogur, etc.

Las [grasas](#) deben reducirse de la dieta, pero no suprimirse. La aportación de [minerales](#) debe ser más alta, sobre todo la del [hierro](#). Por eso resulta

muy beneficioso tomar un comprimido diario de hierro junto con las comidas, aunque eso lo decidirá el profesional.

Las necesidades de calcio también aumentan, por lo que deberá llevarse una dieta rica en productos [lácteos](#) como la leche y derivados. Los hidratos de [carbono](#) se deben tomar con moderación, y no abusar de los alimentos ricos en féculas, como legumbres, pan y dulces.

Resulta conveniente que la dieta sea abundante en frutas y verduras, porque junto con su riqueza en [vitaminas](#) favorecen la digestión y regulan el tránsito intestinal que ayuda a evitar el frecuente estreñimiento.

En el sexto mes es frecuente encontrar [anemia](#) en la embarazada. Los tipos de anemia que pueden aparecer durante la gestación son: la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica. La anemia ferropénica es la más frecuente, debida a una deficiencia de hierro.

Por eso, como se ha dicho antes, es necesario un aumento de este mineral sobre todo a partir del quinto o sexto mes de gestación. La anemia megaloblástica es menos frecuente, pero sus consecuencias son más peligrosas para la madre y para el feto. Son causadas por la disminución del ácido fólico.

Esta deficiencia se puede evitar con una dieta rica en verduras frescas y proteínas [animales](#), que son las principales [fuentes](#) del ácido fólico. Se seguirá controlando el peso, teniendo en cuenta que el aumento ha de ser de 400 gr semanales aproximadamente.

Las glándulas mamarias continúan aumentando de tamaño, por lo que deben cuidarse y prepararse para la posterior [lactancia](#) para evitar cierto

tipo de grietas. En este mes es recomendable asistir a los cursos del denominado parto psico-profiláctico o parto sin dolor.

### **Tercer trimestre**

En el séptimo mes, las clases del denominado parto psico-profiláctico no deben suspenderse ni un solo día. El organismo, en esta etapa, se ha transformado considerablemente. Empieza a notarse sobremanera el tamaño del útero, lo que hace, en ocasiones, difícil encontrar una postura cómoda y adecuada para el descanso.

En este sentido, es muy útil la práctica de algunos ejercicios de gimnasia que ayudan a corregir eficazmente las modificaciones (fotostáticas).

Durante este mes la piel de la embarazada sufre cambios, debidos a cambios hormonales. Empiezan a aparecer manchas de color del [café](#) con leche en la frente y en las mejillas.

También hay un aumento de la pigmentación de los genitales externos. Ninguno de estos cambios es motivo de preocupación, ya que desaparecen por sí solos después del parto. Únicamente debe evitarse una exposición prolongada al sol.

Dada la frecuencia de híper-pigmentaciones y cloasma, son recomendables las cremas protectoras.

A estas alturas del embarazo el [sistema](#) urinario se ve especialmente alterado. En este caso, algunos médicos insisten en la necesidad de

administrar antibióticos para evitar en la piel la onefritis aguda, aunque otros dicen que estas anomalías desaparecen entre la cuarta y sexta semanas después del parto.

Ante la toxemia gravídica es fundamental vigilar la tensión arterial y observar con detalle la aparición de edemas, aunque la única forma de luchar contra ella radica en el esmerado control de las gestantes, es decir, en la profilaxis. También deben tenerse en cuenta los aumentos rápidos de peso y los [análisis](#) que indiquen la presencia de albúmina en la orina.

Durante las primeras 8 semanas, el bebé es un embrión. Aparecen los botoncitos de las extremidades, que crecerán para formar los brazos y las piernas.

El corazón y los pulmones se empiezan a formar. El corazón empieza a latir el 25º día. El tubo neural, que se convierte en el cerebro y la médula espinal, se empieza a formar. Al final del primer mes, el embrión mide aproximadamente 9mm y pesa 0,5 gr.

En esta primera etapa del embarazo, los ejercicios físicos traen muchos beneficios para la mujer. Sin embargo, es necesario que, antes de empezarlos, se consulte con un médico sobre el tipo de ejercicio más recomendable para cada caso.

El cuerpo de la futura mamá empieza a enviar señales que confirman una sospecha de embarazo. La confirmación se hará a través de un test (comercia) la de orina, o con un análisis de sangre.

El embarazo estará confirmado si en ambas pruebas se detecta la existencia de la Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana (GCH), la cual indica que un nuevo ser ha sido concebido en el vientre de la mujer.

En razón del cambio hormonal en su cuerpo, la mujer embarazada puede experimentar fatiga, náuseas y vómitos, un aumento del volumen de los pechos, más ganas de orinar (debido a que el aumento del útero ejerce presión sobre la vejiga), alguna incomodidad pélvica, y un exagerado sentido del olfato. La acción de las hormonas también provocará inestabilidades en el lado emocional de la mujer. Aunque esté feliz por haber deseado al hijo que espera, también podrá sentirse nerviosa, insegura, y miedosa.

### **Complicaciones del embarazo más frecuentes**

De acuerdo a (Ramírez, 2016) que expone “Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin complicaciones, siempre existen riesgos potenciales. Aproximadamente un 15% de todas las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación, que quizás requieran atención médica urgente”.

Las complicaciones del embarazo pueden ser definidas como “aquellos factores que elevan la posibilidad de un incremento de morbilidad y mortalidad materna perinatal. A nivel mundial existen variados casos de complicaciones ocurridas durante el embarazo pero en un 30 % pueden ser evitados y tratados en tiempo correspondiente”. (González, 2015).

Para disminuir la posibilidad de que las complicaciones ocurran, es deber del equipo de salud educar y orientar a las embarazadas sobre los tipos de complicaciones que puedan acarrear durante el desarrollo de dicho embarazo, y que estas mujeres conozcan los factores de riesgo que implica y amenaza el llevar a cabo un embarazo a término feliz sin ninguna complicación que apeligre la salud del niño como también de la madre.

Las complicaciones del embarazo son problemas de salud que se producen durante el embarazo. Esto puede afectar la salud de la madre, del bebe o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a ciertas complicaciones en el desarrollo de dicho embarazo.

A pesar de que la mayoría de los embarazos son normales, puede haber complicaciones en algunos casos.

Entre ellos encontramos varios tipos de complicaciones:

### ➤ **Hemorragias de la primera mitad del embarazo**

#### **1. Aborto**

De acuerdo al (MSP y BS, 2013) el aborto comprende las siguientes características:



Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso de producto inferior a 500 gr. Los abortos pueden ser espontáneos o provocados

### **Etiologías**

- o Causas ovulares propiamente dichas, debido a factores hereditarios o defectos cromosómicos hormonales adquiridos.
  
- o Causas maternas orgánicas: generales (Lues, Tuberculosis, Toxoplasmosis, enfermedad de chagas, y otros), locales (infecciones genitales, tumores y otros).
  
- o Causas funcionales metabólicas (diabetes) y endocrinopatías.
  
- o Causas psicodinámicas.
  
- o Causas de origen tóxico.
  
- o Traumatismos físicos.

### **Síntomas y formas clínicas**

- o Amenaza de aborto: hemorragia genital, dolores en hipogastrio, otros.

- o Aborto inminente: aumento de intensidad de los signos anteriores.
  
- o Aborto inevitable: dilatación del cuello, especialmente del orificio interno.
  
- o Aborto en curso: hidrorrea, hemorragia y eliminación de trozos o la totalidad de la placenta.
  
- o Aborto incompleto: cavidad uterina aun parcialmente ocupada.
  
- o Aborto completo: regresión de los signos vitales.
  
- o Aborto diferido: retención del huevo como cuerpo extraño.
  
- o Aborto infectado.

### **Complicaciones**

- o Retención
  
- o Hemorragia

o Infección

o Síndrome de Mondor

Según (Moore, 2016) el aborto es:

Toda interrupción espontáneo o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500g.

Se divide a este cuadro en dos grandes grupos:

**Abortos espontáneos**, o sea lo que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación, cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos, y generalmente se deben a anomalías genéticas o cromosómicas.

**Aborto provocado**, aquello que se induce premeditadamente el cese del embarazo.

Usualmente, ocurren luego de la aparición de sangrado vaginal ligero y cólicos fuertes. A menudo, el feto y el contenido del útero se expulsan

naturalmente, si esto no sucede, será necesario un procedimiento llamado “dilatación y raspado”.

Este procedimiento se realiza con instrumentos especiales para quitar el embarazo anormal. Puede haber una pérdida del feto durante el segundo trimestre, si el cuello del útero es débil y se abre muy prematuramente. A esto se lo denomina “cuello incompetente”.

En algunos casos de cuello incompetente, el medico puede ayudar a prevenir la pérdida del embarazo al suturar el cuello y mantenerlo cerrado hasta momento del parto.

Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas, y tardío, a las 12 semanas o más.

## **2. Embarazo ectópico**

De acuerdo al (MSP y BS, 2013) el Embarazo ectópico, comprende las siguientes características:

Se entiende por embarazo ectópico la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero.

### **Ubicación**

- o Tubárica
  
- o Tubo ovárica
  
- o Ovárica
  
- o Abdominal
  
- o Intraligamentarias
  
- o Cervical

### **Etiología**

Las causas más frecuentes son:

- o Salpingitis crónica
  
- o Alteraciones congénitas de las trompas
  
- o Endometriosis

- o Disminución de la luz tubárica por compresiones externas
  
- o Alteraciones funcionales

### **Cuadro clínico**

Caracterizado por la amenorrea de corta duración con pseudo menstruaciones o metrorragias de sangre escasa oscura y dolor abdominal.

### **Complicaciones**

- o Aborto tubárico
  
- o Rotura de trompa grávida

Para (Cunningham, 2015) el embarazo ectópico es “la nidación y el desarrollo del feto fuera del útero. Esto puede ocurrir en las trompas de Falopio, el canal del útero o la cavidad pélvica”.

El mismo autor continúa exponiendo:

El embarazo ectópico tiene lugar más frecuentemente en las trompas de Falopio, pero en raras ocasiones puede ser también a nivel de ovarios, cérvix o abdomen.

Debido a que las trompas de Falopio no son lo suficiente grandes para albergar al embrión en crecimiento, el embarazo no puede continuar normalmente. Si el problema es identificado al inicio, el embrión se elimina pero en otras ocasiones el embarazo sigue su curso y se produce ruptura de la trompa de Falopio. En estos casos se produce una hemorragia grave considerándose una situación de emergencia.

### **Factores de riesgo**

Los más importantes son la enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, utilización de dispositivos intrauterinos y uso de fármacos estimulantes de la ovulación.

### **Los síntomas**

Son dolor punzante en el abdomen o la pelvis, que puede ser intermitente o constante, sangrado uterino anormal aproximadamente 1 - 2 semanas después de la primera falta del periodo menstrual, sensibilidad anormal al tacto o presión a nivel abdominal, vértigos y síncope.

### **Etiología**

La causa del embarazo ectópico generalmente es el tejido cicatricial de la trompa de Falopio a raíz de una infección o una enfermedad. El riesgo de un embarazo ectópico aumenta en mujeres que se sometieron a procedimientos para ligar las trompas, especialmente en aquellas que tenían menos de 30 años al momento de la ligadura.

Los embarazos ectópicos ocurren aproximadamente en 1 de cada 50 embarazos y pueden poner en riesgo la vida de la madre, cuanto más dure el embarazo ectópico, mayor será la posibilidad de que se rompa una trompa de Falopio.

### **Frecuencia**

Es mayor en las multíparas que en las primíparas. En general, se observa un embarazo ectópico por cada 100 a 200 nacidos vivos.

### **Diagnostico**

En las primeras semanas, en ausencia de complicaciones, lo único que se puede apreciar es la existencia de un tumor para uterino, generalmente doloroso al tacto.

Lo habitual es que desde el principio aparezcan algunos síntomas y signos que pueden hacer sospechar la existencia de una gestación ectópica. El dolor es casi constante en su aparición, lateralizado sobre una de las fosas iliacas y no central como en el aborto.



El hallazgo más característico lo constituye la presencia de un tumor parauterino, de forma redondeada si se encuentra cerca del cuello uterino, o alargado, “en salchicha”, si ocupa la porción más externa de la trompa.

Puede recurrirse también a la visualización directa del proceso por medio de aparatos introducidos en la cavidad abdominal por vía vaginal o a través del abdomen (laparoscopia), que con indicaciones precisas y técnicas adecuadas dan excelentes resultados. Para confirmar dichos diagnósticos, se pueden llevar a cabo análisis de sangre y ecografías.

### **Complicaciones**

Las complicaciones más frecuentes del embarazo ectópico son el aborto tubario y la rotura de la trompa gravídica.

El aborto tubario es la más común de las complicaciones y la de menor gravedad. Se trata, por lo general, de un embarazo localizado en una zona alejada del cuello del útero. El proceso puede pasar inadvertido por la paciente, quien solo hace referencia a discretos dolores y lipotimias, que luego desaparecen, pero en otras ocasiones se produce un episodio agudo de dolor de tipo punzante en uno de los cuadrantes inferiores del abdomen, acompañado de signos de anemia de intensidad variable, con constante aceleración del pulso, hipotensión, palidez, mareos y transpiración. Si la hemorragia es intensa, el estado general se perturba notablemente.

Al producirse la rotura de la trompa, si es brusca y amplia. Esto ocurre habitualmente en los embarazos tubarios localizados en las proximidades del cuerno del útero, donde el calibre de las trompas es menor y su vascularización más rica. En estos casos, el dolor se presenta en forma súbita con gran intensidad, como puñalada, lateralizado en el abdomen inferior con irradiación al hombro y signos de grave shock: hipotensión, taquicardia, palidez, etc. Como en el aborto tubario, el examen genital revela un Douglas muy doloroso y ocupado, cuya punción permite obtener sangre incoagulada.

En algunas ocasiones la rotura de la trompa se produce más lentamente y entonces origina cuadros proteiformes, en los cuales se puede observar la presencia de un tumor pelviano doloroso procedido de metrorragias, corta amenorrea y dolor espontáneo, con palidez y anemia de poca intensidad.

Si la paciente presenta síntomas que hacen sospechar de la posibilidad de un embarazo ectópico se realizarán las siguientes pruebas:

- 1) Test de embarazo, si éste no había sido todavía confirmado. El test en orina debe dar resultado negativo.
- 2) Concentraciones en sangre de HCG. Durante un embarazo normal, los niveles se multiplican por dos cada dos días durante las 10 primeras semanas. En el caso de embarazo ectópico los niveles de esta hormona aumentan, pero de forma menos significativa. Esta diferencia permite distinguir los dos tipos de embarazo. Un incremento menor del 66% durante dos días es predictivo de embarazo ectópico.

- 3) Niveles de progesterona. Durante el embarazo los niveles de esta hormona aumentan, siendo menos significativo este aumento en el caso del embarazo ectópico.
- 4) Ultrasonidos.
- 5) Aspiración de líquido rectouterino por punción vaginal. La presencia de sangre puede indicar rotura de la trompa de Falopio.

El tratamiento del embarazo ectópico dependerá del tamaño del embrión y de si existe rotura de las trompas de Falopio. En todos los casos, el embarazo debe interrumpirse. Si el embrión tiene tamaño menor de 2 cm y los niveles de HCG son menores de 1000mlU/ml se utilizará el metotrexato. Una alternativa, es la eliminación del embrión mediante la realización de una salpingostomía. La tercera opción es realizar una laparoscopia. Si existe rotura de la trompa, se realizará una laparoscopia de emergencia para eliminar el embrión y normalmente también se extirpará la trompa. En ambos casos, los niveles de HCG se monitorizarán para asegurar que todo el tejido ha sido eliminado.

### **3. Hiperemesis gravídica**

La hiperemesis gravídica es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo que pueden conducir a la deshidratación (MSP y BS, 2013).

#### **➤ Hemorragias de la segunda mitad del embarazo**

## **1. Placenta previa**

Según (Schwarz, 1986) la Placenta previa es el “Proceso caracterizado anatómicamente por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente por hemorragias de intensidad variable. La hemorragia frecuentemente puede no estar presente en el proceso”.

El (MSP y BS, 2013) plantea al respecto cuanto sigue:

### **Riesgo materno fetal**

- o Hemorragia, la cual lleva a la anemia, al colapso y shock hipovolémico.
  
- o Infección, por la cercanía de la superficie de desprendimiento placentario al orificio cervical y con la zona séptica del parto.
  
- o La ruptura prematura de las membranas, que se observa a menudo.
  
- o El parto prematuro, por la inserción anormal de la placenta.

- o Mayor frecuencia de cesárea.

### **Riesgo fetal**

- o Sufrimiento fetal por la hipoxia-anoxia que lleva frecuentemente a la muerte.
- o La prematurez.
- o Las presentaciones distócicas.

### **Clasificación de la placenta**

- o **Placenta oclusiva:** es cuando la placenta ocluye el orificio cervical. Se vuelve a clasificar en parcial o total.
- o **Placenta previa marginal:** en esta variedad, el borde inferior de la placenta llega al orificio interno, pero sin sobrepasarlo.
- o **Placenta previa lateral:** es cuando la placenta se implanta en el segmento inferior, pero el borde inferior de la placenta entra en relación dinámica con el orificio cervical.

### **Signos principales de la placenta previa**

**Hemorragia:** Es el signo característico de la placenta previa, prácticamente el único, que generalmente ocurre en el último trimestre del embarazo, y que es habitualmente la consecuencia determinante de la implantación baja de la placenta.

### **Características de la hemorragia**

- o Aparición brusca, a veces estando en reposo durante el sueño.
- o Sangre roja, rutilante sin coágulos.
- o Indolencia absoluta.
- o Cantidad generalmente moderada.
- o Cohíbe espontáneamente.
- o Reaparece a intervalos variables, en el momento más inesperado, cada vez con más frecuencia e intensidad (Canillas, 1986).

De acuerdo al Manual de enfermería en obstetricia de (Antonette, 2014) quien plantea sobre la Placenta previa:

Normalmente, la placenta se encuentra en la parte superior del útero. La placenta previa es una condición en la que la placenta se encuentra adherida cerca del cuello del útero (la apertura hacia el útero) o lo cubre.

Este tipo de complicación placentaria se produce aproximadamente en 1 de cada 200 partos, con una incidencia mayor en mujeres con cicatrices por embarazos anteriores, fibromas u otros problemas en el útero, o con cirugías uterinas anteriores.

### **Síntomas**

Pueden incluir sangrado vaginal claramente rojo que no esté acompañado de sensibilidad abdominal (vientre) o dolor.

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo para la placenta previa incluyen los siguientes:

- o Multiparidad.
  
- o Cesárea previa.

- o Anomalías uterinas que inhiben la implantación normal como por ejemplo el mioma uterino, o un legrado previo.
  
- o Embarazo multifetal.
  
- o Edad materna avanzada.

### **Complicaciones**

Para las pacientes con placenta previa o una placenta de implantación baja, los riesgos incluyen mala presentación fetal, rotura prematura de membrana pretérmino.

En las mujeres que han tenido una cesárea previa, la placenta previa aumenta el riesgo significativamente a medida que aumenta el número de embarazos anteriores.

### **Diagnostico**

Ecografía transvaginal, la placenta previa debe tenerse en cuenta en toda mujer con sangrado vaginal después de las 20 semanas.

Si se encuentra una placenta previa, el tacto vaginal puede aumentar el sangrado, y a veces causa una hemorragia repentina y masiva, por lo tanto, si se produce un sangrado vaginal después de las 20 semanas, el examen pelviano digital está contraindicado a menos que primero se haya descartado la placenta previa mediante una ecografía.



Aunque la placenta previa es más probable que cause sangrado abundante, indoloro, de sangre de color rojo brillante más que en el desprendimiento prematuro de placenta, la diferenciación clínica aun no es posible. Así en general, se necesita la ecografía para distinguirlas. La ecografía transvaginal es un método seguro para diagnosticar una placenta previa.

## **2. Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada (DPPNI)**

Según el (MSP y BS, 2013) el (DPPNI), las características de esta complicación son las siguientes:

El DPPNI ocupa un lugar importante entre los accidentes del tercer trimestre del embarazo.

### **Riesgo materno**

- o Hemorragia y shock.
  
- o Coagulopatía de consumo.
  
- o Insuficiencia renal aguda.

- o Necrosis visceral múltiple.
  
- o Accidentes tromboembólicos secundarios.
  
- o Mayor frecuencia de partos operatorios.

### **Riesgo fetal**

El pronóstico fetal es malo, a pesar de que las estadísticas recientes muestran una mera mejoría. El pronóstico empeora en los cuadros secundarios a un síndrome vasculo renal, más que en los cuadros de origen local.

### **Signos y síntomas**

**Forma leve:** La sintomatología es muy reducida.

- o La pérdida de sangre es pequeña.
  
- o Color oscuro.
  
- o Pequeños coágulos.

- o Escaso o ningún dolor.
  
- o La hemorragia puede estar ausente.
  
- o Feto está vivo con latidos normales, o bien en ocasiones, estos pueden estar alterados.

**Forma moderada:** El cuadro se presenta con mayor intensidad.

- o Dolor agudo, a veces violento localizado en el abdomen a nivel del útero y con radiación posterior hacia la región lumbar.
  
- o El dolor se acompaña de una hemorragia externa de magnitud variable.
  
- o Es de color oscuro y con coágulos.

**Forma grave:** En este caso, el cuadro es muy severo.

- o Comienzo suele ser brusco, sin anuncio previo.

- o La hemorragia externa no es abundante y aún puede faltar.
  
- o El dolor abdominal es extenso.
  
- o El estado general está muy deteriorado.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- o El feto siempre está muerto.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- o El shock es severo.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- o El útero es leñoso.

Para (Newman, 2013) el (DPPNI) presenta las siguientes características:

Se conoce con este nombre un proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que, a diferencia de la placenta previa, esta insertada en su sitio normal.

Si bien este hecho puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, los desprendimientos producidos antes de las 20 semanas, por su evolución,

deberán ser tratados como abortos. Los que tienen lugar después de la 20ª semana constituyen un cuadro conocido como desprendimiento prematuro de placenta, que puede tener graves consecuencias para el feto y para la madre.

### **Etiología**

En un alto porcentaje de los casos, la preeclampsia se asocia con este accidente, hasta tal punto que debe pensarse automáticamente en ella cuando se sospeche un desprendimiento.

Los traumatismos externos directos sobre el abdomen, o indirectos, como el contragolpe de la caída de nalgas. En cuanto a los traumatismos internos espontáneos o provocados durante las maniobras de versión externa, tales como las tracciones del feto sobre un cordón leve. La falta de paralelismo en la retracción de los tejidos de la pared del útero y la placenta en la evacuación brusca en el hidramnios.

### **Fisiopatología**

En el desprendimiento existe un pronunciado aumento del tono y de la presión intramiometrial. El miometrio comprime los vasos que lo atraviesan, colapsando a las venas, no así a las arterias, cuya presión es superior a la intramuscular. La sangre que sigue entrando al útero halla dificultades para salir. La presión sanguínea en los capilares, en las venas y en los lagos sanguíneos del útero asciende hasta alcanzar altos valores. Este proceso acarrearía la rotura de los vasos capilares y venosos.

Por otra parte, la compresión de los vasos, al reducir el flujo sanguíneo, y a nivel del útero, produce a su vez: aumento de la permeabilidad de las paredes de los capilares, origen de los edemas y las hemorragias, factores que colaboran en el desarrollo del hematoma retroplacentario, el cual al producirse en el espesor del miometrio, sería la causa del infarto miometrial, alteraciones degenerativas en las fibras del miometrio y dolor en el útero.

### **Diagnóstico**

Se establece por el dolor abdominal, la hipertoniá uterina y la metrorragia con shock o sin él. La hemorragia interna hace pensar en la rotura del útero, la exploración ecográfica en casos de desprendimiento parcial puede mostrar un hematoma retroplacentario de ecogenicidad variable según el tiempo transcurrido desde el accidente, en ocasiones puede verse el coagulo desprendiendo las membranas.

### **Evolución**

Existen tres posibilidades:

- 1) Si el desprendimiento es poco extenso y asintomático, el embarazo puede continuar su curso y llegar a término.
- 2) Si abarca una zona mayor, con frecuencia el parto se inicia y se realiza con el feto muerto: en esta condiciones posee la peculiaridad de ser acentuadamente rápido y puede adquirir los caracteres del "parto en avalancha" (expulsión sin intervalo de continuidad del feto, los coágulos y la placenta). La causa de esta rápida evolución se explica porque el utero, en asociación con la hipertoniá, puede presentar

contracciones rítmicas de intensidad imperceptibles a la palpación abdominal, que desarrollan, en tales circunstancias.

- 3) En algunos casos, un inadecuado tratamiento ante ciertas evoluciones desfavorables puede derivar en un grave cuadro de hemorragia y shock, que puede llevar a la muerte materna.

El desprendimiento es uno de los cuadros que puede dar lugar a hipofibrinogenemia, por lo cual se impone el control sistemático y seriado del fibrinógeno hemático materno y la pronta instalación del tratamiento específico si se produce esta tan temida complicación.

### **Pronóstico**

El pronóstico materno ha mejorado sustancialmente en los últimos tiempos, mientras que el fetal sigue siendo muy grave, sobre todo si el desprendimiento es extenso.

### **3. Rotura Prematura de Membranas**

De acuerdo al (MSP y BS, 2013) la Rotura Prematura de Membranas (RPM) tiene las siguientes características:

Las RPM constituyen un serio problema clínico, ya que cuando ello ocurre trae aparejado riesgo para la madre y para el feto.

La gravedad de esta complicación depende de varios factores:

- o Edad del embarazo.
  
- o Presentación.
  
- o Peso del feto.
  
- o Duración del período de latencia.
  
- o Desarrollo de la infección.

### **Factores de riesgo materno**

- o Infección ovular.
  
- o Distocia de contracción.
  
- o Las presentaciones anormales.
  
- o El índice de cesáreas es mayor.
  
- o El alumbramiento aumenta las hemorragias.



### **Riesgo fetal**

- o Parto prematuro.
  
- o Procidencia del cordón umbilical.
  
- o Infección.
  
- o Hipoplasia pulmonar.
  
- o Malformaciones fetales.
  
- o Mortalidad perinatal elevada.

### **Sintomatología**

- o Pérdida de líquido por la vagina.
  
- o Reducción del tamaño del útero.
  
- o Ausencia de manifestaciones dolorosas.

De acuerdo a (Álvarez & Sánchez, 2017) la Ruptura Prematura de Membranas tiene las características de:

Se describen 3 mecanismos fisiopatológicos:

- a) Por alteración de la estructura de las membranas cervicales:** la rotura ocurre espontáneamente y antes de que se produzcan cambios importantes en la madurez, posición o dilatación del cuello uterino.
  
- b) Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical:** La rotura ocurre espontáneamente después de cambios funcionales del segmento cérvix (borramiento y comienzo de la dilatación) acompañados por las contracciones uterinas.
  
- c) Mecanismo de formación y rotura de dos sacos ovulares:** Se produce una acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual amniocorial por filtración a través del amnios o por secreción. El líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el espacio amniocorial para finalmente depositarse en el polo inferior entre el corion y el amnios.

La rotura del corion determina la salida de líquido al exterior, y al conservarse el amnios íntegro se forma una segunda bolsa. Esta se rompe en una etapa posterior por el mecanismo anteriormente mencionado (OMS, 2002).

Entre los factores predisponentes para la ruptura prematura de membranas ovulares, tenemos:

**Factores de riesgo mayores**

- o Parto prematuro previo.
  
- o Metrorragia en el embarazo actual (más riesgo en el tercer trimestre).
  
- o Consumo de cigarrillo.

**Factores de riesgo menores**

- o Vaginosis bacteriana (más riesgo entre las 8-18 semanas de gestación).
  
- o HTA o diabetes.
  
- o Anemia (Hto<30%).

- o Consumo de café (>2 tazas diarias).

- o 2 o más legrados previos.

**Otros factores de riesgo**

- o Traumatismos

- o Incompetencia cervical

- o Enfermedades del colágeno

- o Deficiencia de vitamina C y cobre.

- o Polihidramnios

- o Infecciones del tracto genital inferior.

- o Trichomona, chlamydia, ureoplasma.

Algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%.

➤ **Anomalías de las membranas feto ovulares**

**1. Polihidramnios o hidramnios**

Para (Schwarz, 1986) Polihidramnios o hidramnios “Es un cuadro que se caracteriza por la cantidad exagerada de líquido amniótico (más de 2000 ml)”.

El autor (Schwarcz, 2012) expone que el polihidramnios o hidramnios es:

Un síndrome clínico cuyo exponente más característico es el aumento exagerado de la cantidad de líquido amniótico. Esta normalmente oscila entre 300 y 900 ml. Se considera que hay polihidramnios cuando en el embarazo de término excede los 2000 ml, o los 1000 ml a las 20 semanas.

**Factores asociados**

Para (Schwarz, 1986), quien plantea que los factores son:

o Factores fetales: embarazo gemelar, malformaciones fetales.

- o Factores maternos: toxemias.
  
- o Factores ovulares: obstáculos en la circulación fetoplacentaria por lesiones de la placenta o del cordón.

El autor (Schwarcz, 2012) profundiza al respecto de la siguiente manera:

La frecuencia de este cuadro es del 1% y se sabe poco el mecanismo que lo produce. Esta frecuentemente asociado a algunos factores fetales, maternos y ovulares.

- 1) Factores fetales: gemelaridad, sobre todo en embarazos monocigóticos, anencefalia y espina bífida (en la que el líquido cefalorraquídeo filtrante contribuiría a aumentar el volumen del compartimiento amniótico), lesiones hipotalámicas (que al actuar sobre la producción de hormona antidiurética modificarían la función renal fetal con aumento de la excreción de la orina).
  
- 2) Factores maternos: toxemia gravídica y diabetes.
  
- 3) Factores ovulares: lesiones de la placenta o de cordón que interfieren en el intercambio acuoso trasplacentario.

### **Sintomatología y diagnóstico**

Es variable según la época de aparición, la rapidez de su evolución y su abundancia. La embarazada refiere que le ha crecido mucho el vientre y con excesiva rapidez, que percibe menos movimientos fetales y que siente dolores en el abdomen y en los muslos.

A la inspección se aprecia un vientre más aumentado de tamaño que lo normal, la piel con muchas grietas y edema suprapubico. A la palpación se encuentra un útero muy voluminoso, sobredistendido y fluctuante. El contenido uterino es difícil de palpar, pero hay una sensación de peloteo muy manifiesto simple y doble (signo del tempano) y onda líquida.

Por el tacto el segmento inferior se percibe muy ampliado, a través de los fondos de saco vaginales se puede provocar fácilmente el peloteo fetal.

El cuello es largo pero dehiscente y, si la mujer tiene dolores, se puede creer erróneamente que está en trabajo de parto.

La auscultación fetal es débil o negativa aun con el feto vivo. Ante toda sospecha de polihidramnios se deberá realizar un estudio ecográfico que permitirá confirmar el diagnóstico y pesquisar la presencia de gemelares o de malformaciones fetales. El volumen del líquido amniótico se puede evaluar en forma cualitativa o utilizando el llamado índice de líquido amniótico (suma del bolsillo vertical del líquido amniótico de los cuatro cuadrantes en los que se divide el abdomen).

## **Evolución**

El polihidramnios o hidramnios agudo distiende rápidamente el útero hasta un tamaño enorme. Generalmente se produce el parto antes de que el feto alcance la viabilidad o si no el cuadro es de tal gravedad que hace indispensable una intervención.

En el crónico (generalmente bien tolerado), el aumento de líquido se realiza por brotes intermitentes y el organismo tiene tiempo de adaptarse. En algo menos de la mitad de los polihidramnios la contractilidad es baja y la evolución del embarazo no se altera, pero el resto presenta una contractilidad alta, es decir, mayor que una gestación de la misma edad.

## **2. Oligoamnios**

Para (Schwarz, 1986) plantea que el Oligoamnios:

Se trata de un cuadro caracterizado por una reducción de la cantidad de líquido amniótico (menor a 300 ml) y con frecuencia asociado al aparato renal fetal. El feto es pequeño, con piel dura y seca, generalmente con deformaciones de la columna vertebral o las extremidades



El autor (Schwarcz, 2012) profundiza al respecto de la siguiente manera:

El oligoamnios u oligohidramnios, cuadro caracterizado por presentar una cantidad de líquido amniótico que no excede a los 300ml, se observa en el 4% de los partos.

Si bien no se conoce las causas de este cuadro, esta frecuentemente vinculado con anomalías del aparato renal del feto (riñones poliquísticos, entre otros), con retardo en el crecimiento intrauterino y otras anomalías congénitas.

La altura uterina es menor que la que correspondiente a la edad gestacional, y los fetos, al nacer, son de escaso desarrollo, su piel es dura, seca y presentan con mucha frecuencia deformaciones de la columna vertebral, pie de bot, entre otros. Sobre todo cuando el oligoamnios aparece en un estadio temprano de la gestación.

### **Etiología**

Las causas pueden ser divididas en aquellas en las que el retraso del crecimiento es:

- o Simétrico: altura, peso y perímetro cefálico están aproximadamente afectados por igual.
- o Asimétrico: el peso es el más afectado, con preservación relativa del crecimiento del encéfalo, del cráneo y los huesos largos.

El retraso de crecimiento simétrico por lo general resulta de un problema fetal que comienza temprano en la gestación, a menudo durante el primer trimestre. Y el retraso del crecimiento asimétrico suele ser el resultado de problemas en la placenta o maternos que normalmente se manifiestan en el segundo trimestre tardío o el tercer trimestre.

### **Complicaciones**

- o Muerte fetal.
  
- o Restricción del crecimiento intrauterino.
  
- o Contracturas de las extremidades (si el oligohidramnios comienza temprano en el embarazo).
  
- o Maduración pulmonar tardía (si el oligohidramnios comienza temprano en el embarazo).
  
- o Incapacidad del feto para tolerar el trabajo de parto, lo que lleva a la necesidad de parto por cesárea.

### **Diagnóstico**

- o Medición ecográfica del volumen de líquido amniótico.

- o Ecografía completa, incluyendo la evaluación de malformaciones fetales.
  
- o Estudios sobre la base de las causas maternas que se sospechan clínicamente.

El oligoamnios puede sospecharse si el tamaño del útero es menor de lo esperado para las fechas o si los movimientos fetales están disminuidos, también puede sospecharse en base a hallazgos ecográficos incidentales. Sin embargo, las estimaciones cualitativas del volumen de líquido amniótico tienden a ser subjetivas y el médico puede ofrecer la amniocentesis y el cariotipo fetal.

### ➤ **Anomalías en la duración del embarazo**

De acuerdo al (MSP y BS, 2013) las anomalías en la duración del embarazo son las siguientes y presentan dichas características:

#### **1. Parto prematuro**

“Es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación. De los neonatos de bajo peso (2500 gr o menos), entre el 40 y 70 % son de pretérmino y con peso adecuado para su edad gestacional”.

### **Factores asociados**

- o Desnutrición.
  
- o Infección.
  
- o Embarazo múltiple.
  
- o Hidramnios.
  
- o Hipertensión crónica o inducida por el embarazo.

### **Prevención**

Control precoz de los siguientes factores:

- o Ambientales.
  
- o Socioeconómicos.

- o Educativos.
  
- o Desnutrición.
  
- o Infecciones (Schwarz, 1986).

## **2. Embarazo prolongado**

El Embarazo prolongado “Es aquel que sobrepasa el límite de 293 días o 41 semanas y 6 días desde el comienzo del último ciclo menstrual regular”.

### **Frecuencia**

Oscila entre el 3 y 14 %.

### **Etiología**

Desconocida.

### **Pronóstico**

La mortalidad perinatal (en relación directa con la prolongación de la gestación). Esto podría obedecer a una reducción de los intercambios fetomaternos, debido a una discutida alteración de la membrana placentaria. (Schwarz, 1986).

### ➤ Enfermedades inducidas o que complican al embarazo

Según el (MSP y BS, 2013) las enfermedades inducidas del embarazo son las siguientes y presentan dichas características:

#### 1. Toxemia del embarazo

Se denomina toxemia del embarazo a un síndrome de aparición exclusiva durante la gestación humana, generalmente después de las 20 semanas, caracterizado por hipertensión, edema y proteinuria.

#### Clasificación

o Preeclampsia:

- Moderada o leve.

o Grave o severa:

- Eclampsia.
  
- Hipertensión.
  
- Hipertensión crónica.
  
- Hipertensión crónica con pre eclampsia.
  
- Hipertensión tardía o transitoria.

### **Factores asociados a la toxemia**

- o Nuliparidad.
  
- o Antecedentes familiares.
  
- o Diabetes gestacional.
  
- o Embarazo múltiple.
  
- o Enfermedad hipertensiva o renal previas.

- o Mola hidatiforme.
  
- o Polihidramnios.
  
- o Embarazo en edades extremas (OMS, 2002).

**Factores que aumentan el riesgo perinatal**

- o Falta de un buen control prenatal.
  
- o Bajo nivel socioeconómico.
  
- o Falta de educación.

Para los autores (Álvarez & Sánchez, 2017) la Preeclampsia presenta:

La Preeclampsia se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas pero no es necesaria la presencia de estos para ser diagnosticada.

Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero solo se cura con finalización del mismo y



si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto.

La preeclampsia es una enfermedad de la fase tardía del embarazo en la que la hipertensión se asocia a alteración hepática, neurológica, hematológica o renal. El desarrollo rápido de edema, sobre todo en la cara y las manos, junto a un aumento de la presión arterial, indican habitualmente el inicio de la enfermedad.

Puede haber ictericia y una función hepática anormal, y la cefalea son síntomas de afectación neurológica, y las convulsiones indican la presencia de eclampsia. Las manifestaciones hematológicas son la trombocitopenia con una lactato deshidrogenasa elevada y la anemia hemolítica microangiopática. En la preeclampsia fulminante, la coagulación intravascular diseminada puede dar lugar a una reducción del plasminógeno plasmático y a un aumento de los productos de degradación del fibrinógeno circulantes.

La proteinuria indica afectación renal y dado que el filtrado glomerular (FG) aumenta casi un 50% en una gestación normal, una reducción del FG anuncia el inicio de preeclampsia, incluso con valores normales de nitrógeno ureico en sangre y creatinina sérica. Se reduce el aclaramiento de uratos por lo que la hiperuricemia suele preceder al aumento de creatinina sérica y del nitrógeno ureico (BUN). En las biopsias renales se ven depósitos de fibrina en los glomérulos, con el característico edema de las células endoteliales glomerulares; en el hígado puede haber necrosis periférica con depósitos de fibrina en los sinusoides.

### **Frecuencia**

Es variable, probablemente debido a factores genéticos, ambientales y especialmente a la nutrición, siendo que muchas ocasiones la embarazada no cuida el mismo.

### **Manifestaciones clínicas y diagnóstico**

El diagnóstico se establece cuando existe hipertensión (TA>140/90) y proteinuria (>300mg/24horas), después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas. El incremento de proteinuria y de hipertensión en una paciente nefrópata o hipertensa previa se denomina preeclampsia sobreañadida y el manejo clínico es parecido.

La preeclampsia se considera grave en una gestante anteriormente sana, cuando la tensión arterial sistólica o diastólica supera los valores de 160 y/o 110 respectivamente, cuando la proteinuria es superior a 2g/24horas, o aparezcan signos de afectación del SNC.

Con el agravante de la situación fetal suele empeorar al tratar la hipertensión materna grave ya que al descender sus valores disminuye la perfusión placentaria, y de los fármacos administrados a la madre dificultan la valoración del estado fetal a través del estudio de frecuencia cardíaca fetal basal o test no estresante, por lo que las unidades que traten los casos graves tendrían que disponer de la posibilidad de estudios con ecografía Doppler de forma continuada.

### **Tratamiento**

El tratamiento definitivo es la finalización de la gestación, y hasta este momento se deberán tratar farmacológicamente las formas graves, Debe recordarse que existe una hemoconcentración a pesar de que puedan existir edemas por lo que no deben administrarse diuréticos para tratarlos o para disminuir la TA, excepto en casos de edema agudo de pulmón o de oliguria.

Una vez que se diagnostica la preeclampsia, está indicada la hospitalización, dado que la enfermedad puede progresar rápidamente a la eclampsia, caracterizada por las convulsiones.

## **2. Diabetes gestacional**

Para (Romero, 2017) La diabetes gestacional es una de las enfermedades que inducen y complican al embarazo, por tanto, expone cuanto sigue:

La diabetes gestacional es un trastorno de tolerabilidad a los hidratos de carbono, de severidad y evolución variable, que aparece en la segunda mitad del embarazo que se acompaña del aumento de las complicaciones perinatales.

La prevalencia global de diabetes gestacional está entre 1 - 3%. Una razón importante para reconocer la enfermedad precozmente es que induce una secreción fetal excesiva de insulina, que puede producir macrosomía fetal y aumentar el riesgo de traumatismo en el parto y la necesidad de practicar una cesárea.

### **Factores de riesgo**

- o Antecedentes de diabetes mellitus en familiares de 1er grado.
- o Edad materna igual o superior a 30 años.
- o Obesidad con índice de masa corporal mayor a 26.
- o Mortalidad perinatal inexplicada.
- o Polihidramnios en el embarazo actual.
- o Influencia de la diabetes gestacional.

La diabetes gestacional parece causar un gran impacto sobre la salud perinatal y reproductiva, al menos en países en vías de desarrollo. Cuando no es reconocida ni tratada oportunamente, puede elevar la incidencia de mortalidad perinatal, macrosomía fetal, hipoglucemia neonatal y también de obesidad. Además puede inducir diabetes materna en forma permanente. Los principales problemas sobre el embarazo son el aumento de la mortalidad perinatal, y la macrosomía fetal.

### **Tratamiento**

Tiene como propósito mantener un nivel de glucosa en la sangre equivalente al de las embarazadas sin diabetes gestacional siempre incluye menos especiales y la programación de actividad física. También pueden incluir pruebas diarias de glucosa e inyecciones de insulina.

Seguir un tratamiento para la diabetes gestacional hará que se mantenga sana durante el embarazo y parto, de esa manera ayuda a evitar que su bebe no tengas problemas de salud en el futuro.

La diabetes gestacional se trata con dieta; si la glucosa en ayunas permanece elevada, debe iniciarse tratamiento con insulina: tras el parto, la tolerancia a los hidratos de carbono suele volver a la normalidad, aunque el 30% o más de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan diabetes mellitus en los 5 años siguientes al embarazo.

### Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Operacionalización		
		Dimensión	Indicadores	Instrumento
Complicaciones más frecuentes durante el embarazo	Las complicaciones del embarazo pueden ser definidas como “aquellos factores que elevan la posibilidad de un incremento de morbilidad y mortalidad materna perinatal. A nivel mundial existen variados casos de complicaciones ocurridas durante el	<b>Hemorragias de la primera mitad del embarazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Aborto</li> <li>o Embarazo ectópico</li> <li>o Hiperemesis gravídica</li> </ul>	Instrumento guía
		<b>Hemorragias de la segunda mitad del embarazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Placenta previa</li> <li>o Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada</li> <li>o Rotura Prematura de Membranas</li> </ul>	

embarazo pero en un 30 % pueden ser evitados y tratados en tiempo correspondiente " (González, 2015).	<b>Anomalías de las membranas feto ovulares</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Polihidramnios o hidramnios</li> <li>o Oligoamnios</li> </ul>
	<b>Anomalías en la duración del embarazo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Parto prematuro</li> <li>o Embarazo prolongado</li> </ul>
	<b>Enfermedades inducidas o que complican al embarazo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Toxemia del embarazo</li> <li>o Diabetes gestacional</li> </ul>
	<b>Franja etaria preponderante en las complicaciones del embarazo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 10 – 15 años</li> <li>o 16 – 21 años</li> <li>o 22 – 27 años</li> <li>o 28 – 33 años</li> <li>o 34 – 39 años</li> <li>o 40 – 45 años</li> <li>o 46 – 51 años</li> <li>o 52 – 57 años</li> </ul>

### Marco metodológico

#### Tipo de investigación

En esta investigación se tiene en cuenta el paradigma cuantitativo porque para la recolección de datos se utilizó la medición numérica y como instrumento un cuestionario de carácter cuantitativo.

Según lo indica (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) La investigación con enfoque cuantitativo “consiste en la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”, por tanto lo anteriormente descrito coincide con esta temática.

### **Diseño de investigación**

El diseño seleccionado es el no experimental transversal, pues se trabajó con informaciones veraces que no se modificaron. “Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández & Baptista, 2003). En la presente investigación no se manipularon las variables, sino que en un solo momento se observó el fenómeno de estudio tal como se dio en su contexto natural.

### **Nivel de conocimiento esperado**

El estudio se enmarcó dentro de una investigación de carácter descriptivo (Hernández; Fernández & Baptista, 2003), señala que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Permiten medir la información para posteriormente describir, analizar e interpretar las características del fenómeno estudiado según la realidad.

Este trabajo es de carácter descriptivo y transversal porque comprende la descripción, análisis e interpretación de la variable así como se presenta sin manipularla y se realizó en un determinado momento, haciéndose un solo corte en el tiempo.

### **Descripción de la Población**

La población o universo según (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) “es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con determinadas especificaciones”, es decir las que son tomadas como objeto de estudio.

#### **Población**

La población estuvo compuesta por todas las fichas obstétricas del primer semestre del año en curso, registrados en el Hospital Distrital de Capiatá, que en su totalidad fueron 228 fichas obstétricas.

### **Técnica e Instrumento de recolección de datos**

La investigación presente se desarrolló en el hospital Distrital de Capiatá.

La técnica seleccionada es el análisis documental, en este caso de los registros de las Fichas Obstétricas de las embarazadas que consultaron en el primer semestre del año en curso, en el Hospital Distrital de Capiatá.



Para el análisis documental, como instrumento elabore un instrumento guía a fin de registrar las informaciones necesarias para dar respuestas a las preguntas y objetivos trazados. Para (Torres, 2006) el análisis de documentos “es una técnica basada en fichas bibliográficas que tienen como propósito analizar material impreso”.

Se consideraron 3 principios éticos fundamentales:

- **Justicia:** De acuerdo con este principio se difundieron los resultados obtenidos al final de la investigación.
- **No maleficencia:** En base a este principio se realizaron todos los objetivos y acciones buscando el bienestar de la población en general.
- **Confidencialidad:** En consideración y respeto de este principio no se divulgaron los nombres de las personas de la población de estudio.

### **Descripción del procedimiento de análisis de los datos**

Posteriormente, los datos obtenidos de la aplicación del instrumento, fueron organizados, recopilados, e introducidos en una base de datos, a través de la tabulación simple, para luego procesarla mediante el uso de programas estadísticos disponibles, como el Microsoft Excel, calculándose el promedio, para la presentación de los datos en tablas y figuras.

Para el análisis de los resultados se evaluaron los datos obtenidos en el procesamiento de la información comparando con algunas informaciones

presentadas en el marco teórico, con el propósito de identificar coincidencias y diferencias, así como explicaciones de la misma a los efectos de dar respuestas a los objetivos propuestos.

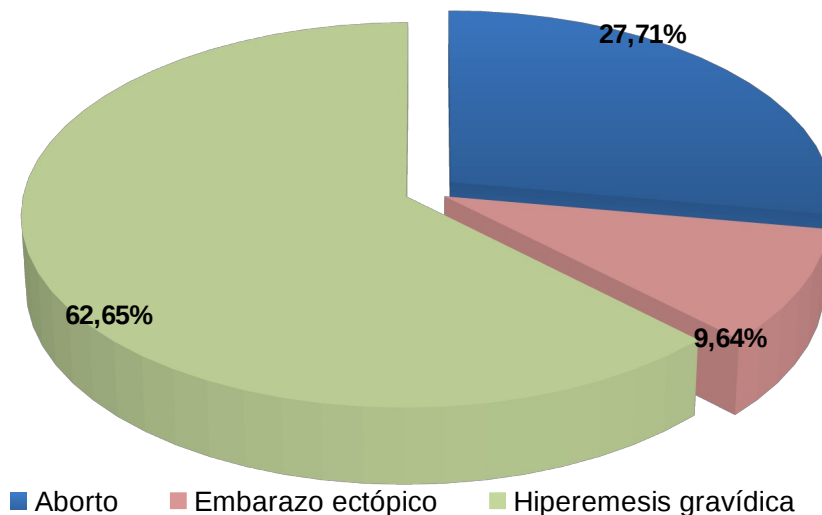
### Marco analítico

#### 1. Presentación de los Resultados y Análisis de datos

**Tabla y Figura N° 1: Hemorragias de la primera mitad del embarazo**

Indicadores	Frecuencia
Aborto	23
Embarazo ectópico	8
Hiperemesis gravídica	52

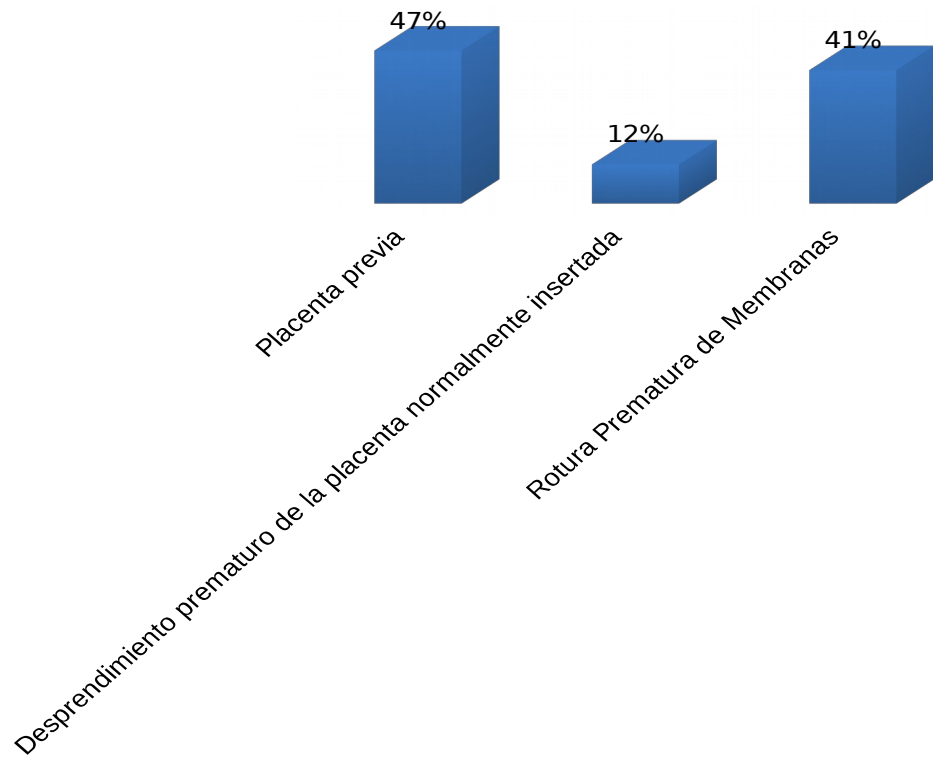
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>
--------------	-----------



De acuerdo al análisis documental de las fichas obstétricas del primer semestre del año en curso, registrados en el Hospital Distrital de Capiatá, que en su totalidad fueron 228 fichas obstétricas; en relación a las complicaciones durante el embarazo en la clasificación de las complicaciones de la primera mitad del embarazo, se registraron 88 casos, donde la Hiperemesis gravídica fue la de mayor preponderancia con el 63% de los casos registrados.

**Tabla y Figura N° 2: Hemorragias de la segunda mitad del embarazo**

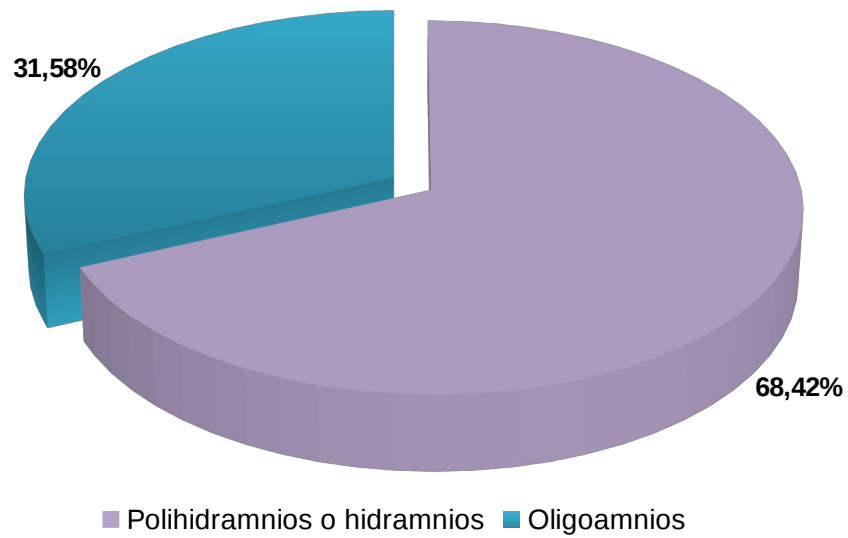
Indicadores	Frecuencia
Placenta previa	8
Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada	2
Rotura Prematura de Membranas	7
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>



Según los registros de las fichas obstétricas, en cuanto a las complicaciones durante el embarazo en la clasificación de las complicaciones de la segunda mitad del embarazo, se registraron 17 casos, entre los más frecuentes se encontró la Placenta previa, la Rotura Prematura de Membranas y el Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.

**Tabla y Figura N° 3: Anomalías de las membranas feto ovulares**

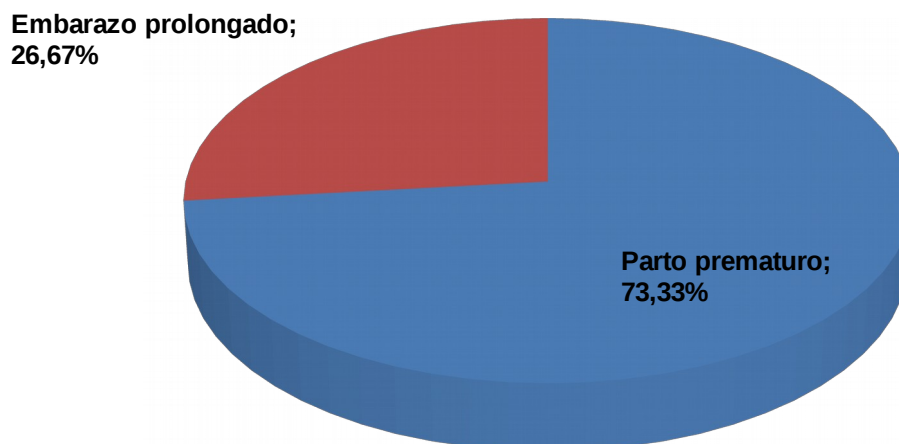
Indicadores	Frecuencia
Polihidramnios o hidramnios	13
Oligoamnios	6
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>



En relación a las complicaciones durante el embarazo respecto a las anomalías de las membranas feto ovulares, se registraron 19 casos de complicaciones, siendo la de mayor frecuencia el Polihidramnios o hidramnios que representan el 68%.

**Tabla y Figura N° 4: Anomalías en la duración del embarazo**

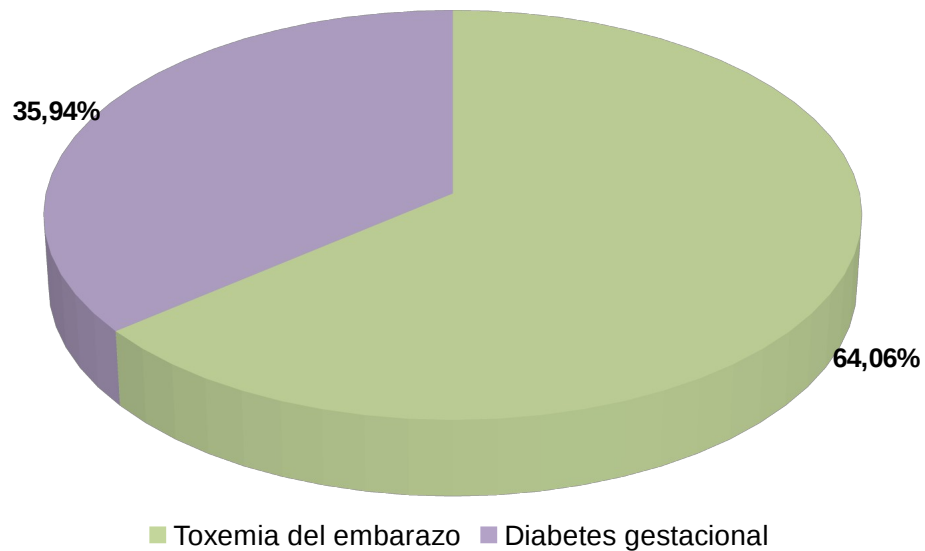
Indicadores	Frecuencia
Parto prematuro	33
Embarazo prolongado	12
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>



En cuanto a las complicaciones durante el embarazo respecto a las anomalías en la duración del embarazo, se registraron 45 casos de complicaciones, donde el parto prematuro fue la anomalía de mayor preponderancia con el 73%.

**Tabla y Figura N° 5: Enfermedades inducidas o que complican al embarazo**

Indicadores	Frecuencia
Toxemia del embarazo	41
Diabetes gestacional	23
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>

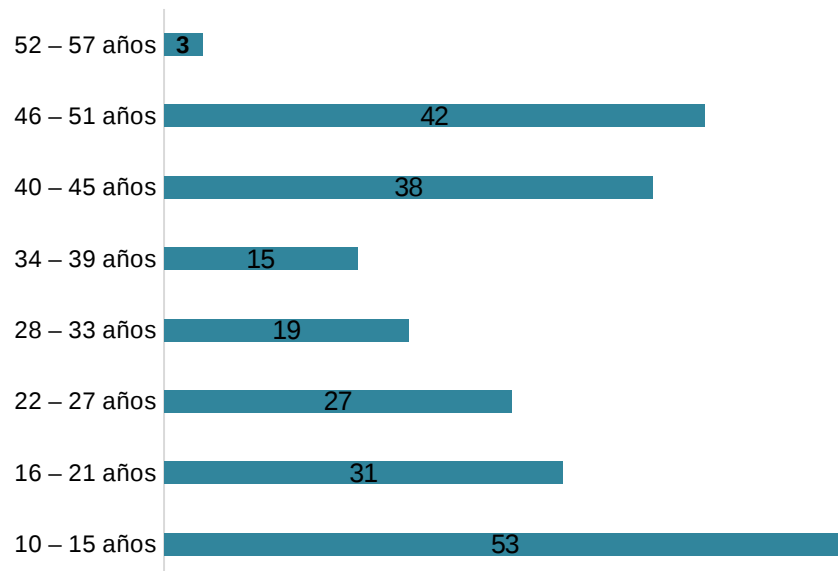


Las enfermedades inducidas o que complican al embarazo, también son muy peligrosas y consideradas como complicaciones durante el embarazo, entre las más frecuentes tenemos la Toxemia del embarazo con 64% y la Diabetes gestacional; en el análisis documental de las fichas obstétricas se pudo constatar que 64 casos representan este tipo de complicaciones durante el embarazo.

**Tabla y Figura N° 6: Franja etaria preponderante en las complicaciones del embarazo**

Indicadores	Frecuencia
10 – 15 años	53
16 – 21 años	31

22 – 27 años	27
28 – 33 años	19
34 – 39 años	15
40 – 45 años	38
46 – 51 años	42
52 – 57 años	3
<b>TOTAL</b>	<b>228</b>



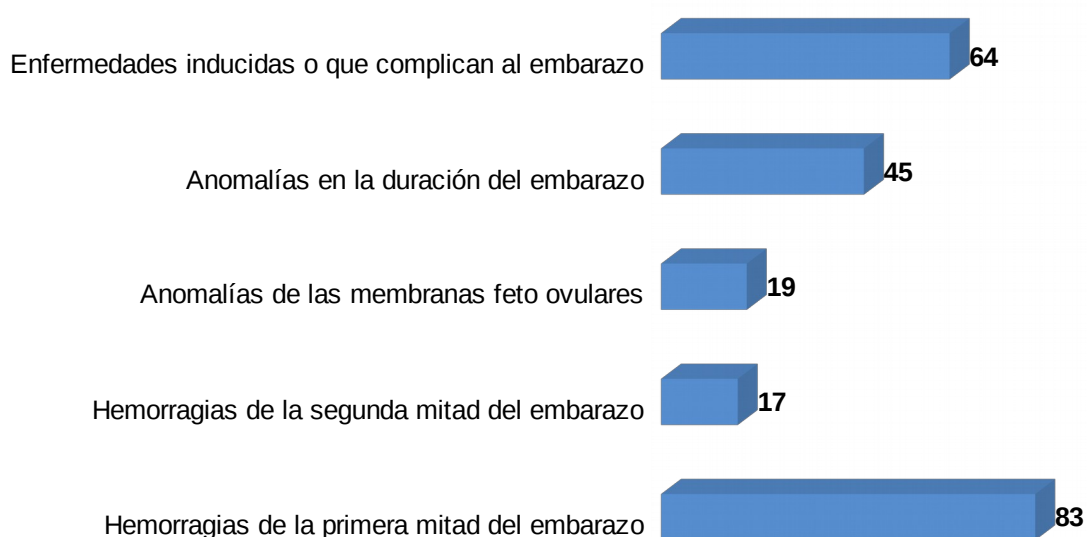
De acuerdo a las fichas obstétricas del primer semestre del año en curso, registrados en el Hospital Distrital de Capiatá, que en su totalidad fueron



228 fichas obstétricas; la franja etaria preponderante en las complicaciones del embarazo son las franjas de 10 a 15 años y de 46 a 51 años, las de mayores frecuencias.

**Tabla y Figura N° 7: Complicaciones más frecuentes durante el embarazo**

Indicadores	Frecuencia
Hemorragias de la primera mitad del embarazo	83
Hemorragias de la segunda mitad del embarazo	17
Anomalías de las membranas feto ovulares	19
Anomalías en la duración del embarazo	45
Enfermedades inducidas o que complican al embarazo	64
<b>TOTAL</b>	<b>228</b>



De acuerdo al análisis documental de las fichas obstétricas del primer semestre del año en curso, registrados en el Hospital Distrital de Capiatá, que en su totalidad fueron 228 fichas obstétricas; de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, la de mayor preponderancia fueron las hemorragias de la primera mitad del embarazo.

## **Conclusión**

El resultado de la investigación se ha concluido satisfactoriamente, ya que se ha logrado cumplir con el objetivo general propuesto que es describir las complicaciones más frecuentes durante los embarazos registrados en el Hospital Distrital de Capiatá, la investigación arrojó los siguientes resultados.

Respondiendo a los objetivos específicos, se llega a las siguientes conclusiones:

- La complicación más frecuente de la primera mitad de los embarazos fue Hiperemesis gravídica.
- Las complicaciones más frecuentes de la segunda mitad de los embarazos fueron la Placenta previa y la Rotura Prematura de Membranas.
- La complicación más frecuente por anomalías de las membranas feto ovulares en los embarazos fue el Polihidramnios o hidramnios.
- La complicación más frecuente por anomalías en la duración del embarazo fue el Parto prematuro.

- Las complicaciones más frecuentes por enfermedades inducidas o que complican al embarazo registrados fueron la Toxemia del embarazo y la Diabetes gestacional.
- La franja etaria preponderantes en las complicaciones de los embarazos son las franjas de 10 a 15 años y de 46 a 51 años.

### **Recomendaciones**

Brindar frecuentemente en las USF, consultas e internaciones de ginecología y obstetricia, charlas educativas a las embarazadas acerca de las medidas preventivas para evitar las complicaciones en esta etapa.

## **Bibliografía**

Almeida, E. (2003). *Manual de enfermería*. (2º ed.). Marbella, España: Editorial almos S.A.

Álvarez, M. P. y Sánchez, Z. (2017). *Manual Obstétrico: Complicaciones del embarazo*. (3º ed.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.

Antonette, T. (2014). *Manual de enfermería en obstetricia*. (2º ed.). México: Editorial el Ateneo.

Baron, A. (2015). Trabajos de investigación científica para conclusión de carreras: *Guía para tutores y tesistas*. Fernando de la Mora, Paraguay.

Cabero, L. & Saldivar, D. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.

Canillas, V. (1986) Manejo del embarazo de alto riesgo. Asunción, Efacim

Cunningham, F. (2015). *Obstetricia de Williams*. (23º ed.). (Vol. 2). México: Editorial Panamericana.

Diccionario Lexus de Medicina y Ciencias de la Salud. (2010). *Diccionario de medicina y ciencias de la salud*. (1º ed.). Barcelona, España: Lexus Editorial.

González, J. (2015). *Obstetricia*. (4º ed.). Barcelona, España: Ed. Masson.

Guía Médica Familiar. (2004). España: Editorial Planeta de Agustini S.A.

Hacker, N. F. (2015). *Esencial de obstetricia y ginecología*. (3º ed.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2003). *Metodología de la investigación*. (3º ed.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. (5º ed.). México: Interamericana Editores S.A.

Molina, S. (2012). *Embarazo y consecuencias*. . (Vol. 2). México: Editorial interamericana.

Moore, J. G. (2016). *Obstetricia y ginecología*. (3º ed.). Barcelona, España: Editorial Científico - Médico.

Newman, M. G. (2013). *Preeclampsia y eclampsia*. (Vol. 1). México: Editorial Obstétrico.

Océano Mosby. Diccionario de Medicina. (2010). (4º ed.). Madrid, España: Editorial Medicina Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Embarazo en la adolescencia*. Ginebra.

Ramírez, O. (2016). *Tratado de Fisiología Médica obstétrica*. (11º ed.). Madrid, España: Editorial Grafos.

Reece, E. A. & Hobbins, J. C. (2010). *Obstetricia clínica*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.

Romero, J. F. (2017). *Ginecología y obstetricia*. Madrid, España: Editorial Medicina Panamericana.

Schwarcz, S. D. (2012). *Obstetricia*. (2º ed.). México: Editorial el Ateneo.

Schwartz, R. (1986). *Obstetricia: Complicaciones en la etapa perinatal*. (6º ed.). México: Editorial el ateneo.

William, H. (2014). *Ginecoobstetricia*. (1º ed.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.

Zouza, N. (2016). *Embriología Humana*. (2º ed.). México: Editorial Manual Moderna.

**Apéndice A – Instrumento guía**

**1. Hemorragias de la primera mitad del embarazo**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Parto prematuro		
Embarazo prolongado	Frecuencia	Porcentaje
Aborto		
Embarazo ectópico		
Hiperemesis gravídica		

**2. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Placenta previa		
Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada		
Rotura Prematura de Membranas		

3.

**Anomalías de las membranas feto ovulares**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Polihidramnios o hidramnios		
Oligoamnios		

4.

**Anomalías en la duración del embarazo**



**5. Enfermedades inducidas o que complican al embarazo**

**6. Franja etaria preponderante en las complicaciones del embarazo**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Toxemia del embarazo		
Diabetes gestacional		

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
10 – 15 años		
16 – 21 años		
22 – 27 años		
28 – 33 años		
34 – 39 años		
40 – 45 años		
46 – 51 años		
52 – 57 años		