



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**TEMA:**

**“IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y  
MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS  
EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO 2017-2018.”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA  
OPTAR POR EL TÍTULO DE OBSTETRA**

**AUTOR:**

**JANIA LICETH HURTADO CABEZAS**

**TUTOR:**

**Obst. BEATRIZ MORÁN RIVAS Msc.**

**Guayaquil-Ecuador**

**AÑO LECTIVO**

**2017 - 2018**



Universidad de Guayaquil

II

**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	<b>“IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO 2017-2018.”</b>		
<b>AUTOR(ES)</b>	<b>HURTADO CABEZAS JANIA LICETH</b>		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	OBST. MORÁN RIVAS BEATRIZ Msc.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	ESCUELA DE OBSTETRICIA		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>			
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>		<b>No. DE PÁGINAS:</b>	83
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>			
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Score mamá, riesgo obstétrico, morbimortalidad materna, complicaciones obstétricas.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>El score mamá es una herramienta de puntuación para detección del riesgo, que se aplica al primer contacto en emergencias obstétricas, en todos los niveles de atención, su aplicación del es de suma importancia, ya que permite valorar alteraciones que presenten los signos vitales de la gestante, permitiéndole al personal de salud brindar una atención de calidad y calidez, dando un tratamiento oportuno ante cualquier complicación obstétrica. El presente estudio descriptivo, prospectivo y analítico, se realizó en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, con el objetivo de investigar el impacto del score mamá en la identificación y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas. En el cual se utilizó una muestra de 109 pacientes a las que se le aplicó una ficha de recolección de datos obteniendo como resultado que el impacto del score mamá fue favorable en este estudio en un 77.1% ya que se logró identificar y manejar oportunamente las complicaciones obstétricas mediante el cumplimiento de esta estrategia comprobando la toma de signos vitales en un 95.4% y realización de proteinuria 92.7%. En este estudio con la aplicación del SCORE MAMÁ se ha logrado identificar y categorizar el riesgo obstétrico en un 78.9%, colocando a los Trastornos Hipertensivos Gestacionales como la principal causa de riesgo para morbimortalidad materna con un 89.9%. Se identificó el resultante neonatal favorable, obteniendo recién nacidos con llanto espontáneo al nacer en un 88.1% y sin necesidad de recibir cuidados intensivos en un 85.3%.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	Teléfono: 09920186135	E-mail: jania.hurtadoc@ug.edu.ec	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
	Teléfono: (04) 228-4505		
	E-mail: www.ug.edu.ec		



Universidad de Guayaquil

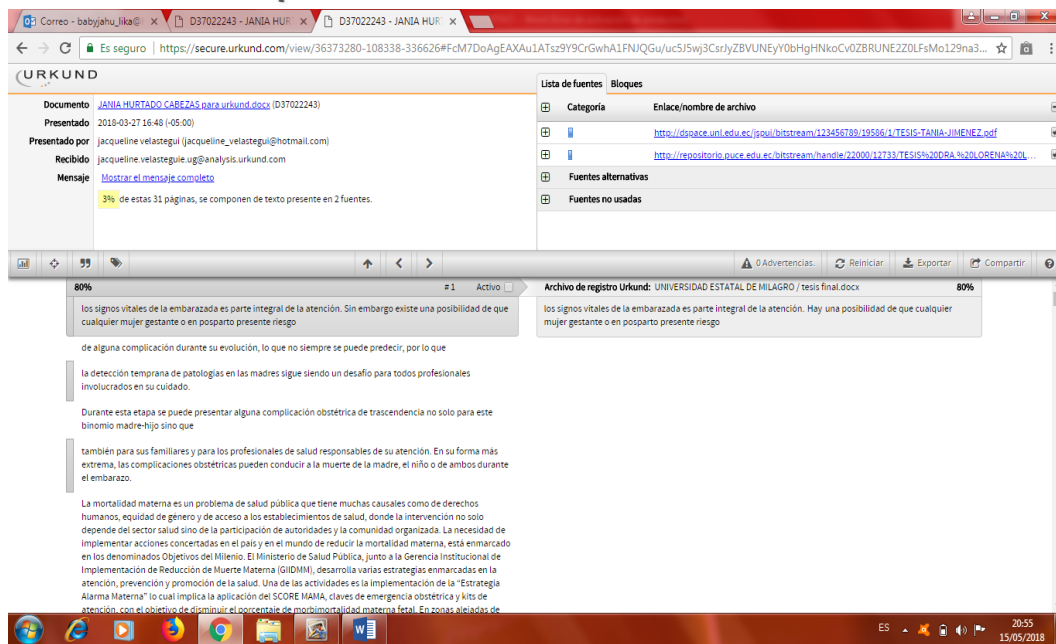
# FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE OBSTETRICIA UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 04 de abril del 2018

## CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrada Obst. BEATRIZ MORÁN RIVAS Msc. tutora del trabajo de titulación certifico que el presente proyecto ha sido elaborado por **HURTADO CABEZAS JANIA LICETH** con C.C.0940289697, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de OBSTETRA

Se informa que el proyecto: **“IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO 2017-2018.”** ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (URKUND) quedando el **3 %** de coincidencia.



[https://secure.arkund.com/view/36373280-108338-](https://secure.arkund.com/view/36373280-108338-336626#FcM7DoAgEAXAu1ATsz9Y9CrGwhA1FNJQGu/uc5J5wj3CsrJyZBVUNEyY0bHgHNkoCv0ZBRUNE2Z0LFsMo129na3uvR5hoYIEpEgu5k6m2fx9AA==)

[336626#FcM7DoAgEAXAu1ATsz9Y9CrGwhA1FNJQGu/uc5J5wj3CsrJyZBVUNEyY0bHgHNkoCv0ZBRUNE2Z0LFsMo129na3uvR5hoYIEpEgu5k6m2fx9AA==](https://secure.arkund.com/view/36373280-108338-336626#FcM7DoAgEAXAu1ATsz9Y9CrGwhA1FNJQGu/uc5J5wj3CsrJyZBVUNEyY0bHgHNkoCv0ZBRUNE2Z0LFsMo129na3uvR5hoYIEpEgu5k6m2fx9AA==)

**OBST.BEATRIZ MORÁN RIVAS Msc.**  
**DOCENTE TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN**  
**C.I.0904526621**

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: JANIA HURTADO CABEZAS para urkund.docx (D37022243)  
Submitted: 3/27/2018 11:48:00 PM  
Submitted By: jacqueline\_velastegui@hotmail.com  
Significance: 3 %

### Sources included in the report:

URKUND DIEGO CRUZ Y ANDRES MACIAS.docx (D30351805)  
tesis para revision plagio.docx (D28147453)  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19586/1/TESIS-TANIA-JIMENEZ.pdf>  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51561-30032011000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51561-30032011000300010)  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12733/TESIS%20DRA.%20LORENA%20LOOR.pdf?sequence=1>

### Instances where selected sources appear:

17



The image shows a handwritten signature in blue ink, which appears to be 'Jacqueline Velastegui'. Below the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA' around the top edge and 'SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS' around the bottom edge. In the center of the stamp is a logo featuring an open book and a sun.

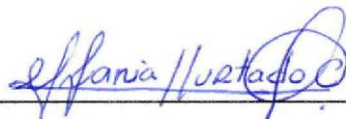
**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS**

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL  
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, **HURTADO CABEZAS JANIA LICETH** con C.I. No. **0940289697** certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO 2017-2018.”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente



**HURTADO CABEZAS JANIA LICETH**  
**C.I. 0940289697**

\*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovac académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.

**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

Guayaquil, 04 de abril del 2018

**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR**

**Obstetriz, Msc.  
Delia Crespo Antepará  
DIRECTORA CARRERA DE OBSTETRICIA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Ciudad. -**

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **“IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO 2017-2018.”** de la estudiante HURTADO CABEZAS JANIA LICETH, indicando ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que la estudiante está apta para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
**OBST.BEATRIZ MORÁN RIVAS Msc.  
DOCENTE TUTOR DE TRABAJO DE  
TITULACIÓN  
C.I. 0904526621**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR**

Habiendo sido nombrado, **OBST. MARIA PALACIOS TAVARA**, Tutora del trabajo titulación certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **HURTADO CABEZAS JANIA LICETH** con C.I 0940289697; con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Obstetra, Facultad de Ciencias Médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

---

**OBST. MARIA PALACIOS TAVARA**  
**DOCENTE TUTOR REVISOR**  
C.I: 0925925844



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**

Este trabajo de titulación cuya autoría corresponde a la señorita **HURTADO CABEZAS JANIA LICETH**, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia, como requisito parcial para optar por el título de OBSTETRA.

**OBST. YAZMIN GRANDA BARBA. Msc**

**OBST. ADRIANA INTRIAGO**

**DR. FELIX MORÁN FERES**



## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de titulación a DIOS, quien me ha dado fortaleza para continuar y sobrepasar cada obstáculo que se me ha presentado a lo largo de este proceso.

A mi madre María Cabezas por su apoyo y amor incondicional, por llenarme de fuerzas y entusiasmo en los momentos difíciles, por siempre tener las palabras precisas para darme aliento y poder continuar, por ser aquella que me ha otorgado el privilegio de estar en esta etapa de culminación, porque sin su ayuda nada de esto hubiese sido posible, a ella le dedico todos mis logros y éxitos obtenidos.

A mi familia hermanos, abuela, tías y primos que de una u otra manera han sido parte de este camino y han contribuido al éxito de todo este proceso de mi preparación profesional.

A mis amigas y amigo de clases Domenica, Nashaly, Sandy, Monserrate, Dalma, Andrea y Bryan porque de cada uno de ellos he aprendido el significado de la amistad y apoyo incondicional, porque han sido las personas que junto a mi han vivido cada uno de los procesos de preparación a lo largo de estos años.

## AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento está dirigido a DIOS quien me ha guiado por el buen camino, y ha hecho posible la realización de una de mis metas ,me ha permitido no desmayar en las dificultades que se presentaban, y gracias a su voluntad poder encarar las adversidades sin perder nunca la humildad y fe, ni desfallecer en el intento.

Agradezco a mi madre por todo el apoyo que me ha brindado diariamente tanto moral y económico para seguir estudiando, por ser un pilar fundamental en mi vida quizás el más importante, que gracias a su ayuda, enseñanzas, perseverancia y valores inculcados me ha dado la fortaleza para siempre luchar por lo que me propongo.

A mis amigos que han compartido conmigo todos estos años, por convertirse en un apoyo para mi formación profesional, por dejar experiencias y vivencias de esta etapa que llevare por siempre en mi corazón.

También a mi tutora de tesis la Obst. Beatriz Moran por la supervisión durante la evolución de este trabajo de titulación, ya que fue de gran apoyo para poder culminar esta última etapa fundamental antes de recibir mi título como profesional de obstetricia.

Por último y no menos importante quiero agradecer a cada una de las personas que facilitaron los permisos para la realización de mi investigación y a la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel en donde me fue posible realizar el presente trabajo.

**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

**“IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO 2017-2018.”**

**Autor:** HURTADO CABEZAS JANIA LICETH

**Tutor:** OBST.BEATRIZ MORÁN RIVAS Msc.

## **RESUMEN**

El score mamá es una herramienta de puntuación para detección del riesgo, que se aplica al primer contacto en emergencias obstétricas, en todos los niveles de atención, su aplicación del es de suma importancia, ya que permite valorar alteraciones que presenten los signos vitales de la gestante, permitiéndole al personal de salud brindar una atención de calidad y calidez, dando un tratamiento oportuno ante cualquier complicación obstétrica. El presente estudio descriptivo, prospectivo y analítico, se realizó en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, con el objetivo de investigar el impacto del score mamá en la identificación y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas. En el cual se utilizó una muestra de 109 pacientes a las que se le aplicó una ficha de recolección de datos obteniendo como resultado que el impacto del score mamá fue favorable en este estudio en un 77.1% ya que se logró identificar y manejar oportunamente las complicaciones obstétricas mediante el cumplimiento de esta estrategia comprobando la toma de signos vitales en un 95.4% y realización de proteinuria 92.7%. En este estudio con la aplicación del SCORE MAMÁ se ha logrado identificar y categorizar el riesgo obstétrico en un 78.9%, colocando a los Trastornos Hipertensivos Gestacionales como la principal causa de riesgo para morbilidad materna con un 89.9%. Se identificó el resultante neonatal favorable, obteniendo recién nacidos con llanto espontáneo al nacer en un 88.1% y sin necesidad de recibir cuidados intensivos en un 85.3%.

**Palabras Claves:** score mamá, riesgo obstétrico, morbilidad materna, complicaciones obstétricas.

**FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

**"IMPACT OF THE SCORE MOM ON THE IDENTIFICATION AND TIMELY MANAGEMENT OF THE OBSTETRIC COMPLICATIONS IN PREGNANT AND PERPERATE ATTENDED AT MATILDE HIDALGO DE PROCEL HOSPITAL IN THE PERIOD 2017-2018."**

**Autor:** HURTADO CABEZAS JANIA LICETH

**Tutor:** OBST.BEATRIZ MORÁN RIVAS Msc.

**ABSTRACT:**

The mom score is a scoring tool for risk detection, which is applied to the first contact in obstetric emergencies, at all levels of attention, its application is of utmost importance, since it allows to assess alterations that present the vital signs of the pregnant, allowing the health staff to provide quality care and warmth, giving timely treatment to any obstetric complication. The present descriptive, prospective and analytical study was conducted at the Matilde Hidalgo Hospital in Procel, with the aim of investigating the impact of the mom score in the identification and timely management of obstetric complications. In which a sample of 109 patients was used to which a data collection card was applied, obtaining as a result that the impact of the mom score was favorable in this study in 77.1% since complications were identified and managed in a timely manner. Obstetricians through the fulfillment of this strategy, checking the taking of vital signs in 95.4% and carrying out 92.7% proteinuria. In this study with the application of SCORE MOM, the obstetric risk has been identified and categorized in 78.9%, placing the Gestational Hypertensive Disorders as the main cause of risk for maternal morbidity and mortality with 89.9%. The resulting neonatal was identified, obtaining newborns with spontaneous crying at birth in 88.1% and without needing intensive care in 85.3%. Key words: mom score, obstetric risk, maternal morbidity and mortality, obstetric complications.

**Key words:** mom score, obstetric risk, maternal morbidity and mortality, obstetric complication

## INDICE GENERAL

CARÁTULA.....	I
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA.....	II
CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD.....	III
ANTIPLAGIO.....	IV
DECLARACIÓN DE AUTORIA.....	V
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR.....	VI
CERTIFICACIÓN DEL REVISOR.....	VII
APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
DEDICATORIA.....	IX
AGRADECIMIENTO.....	X
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT: .....	XII
ÍNDICE GENERAL.....	XIII-XV
ÍNDICE DE TABLA.....	XVI
ÍNDICE DE GRÁFICO.....	XVII
ÍNDICE DE ANEXO.....	XVIII
INTRODUCCIÓN.....	19
CAPITULO I.....	21
1. EL PROBLEMA.....	21
1.1PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	22
1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	22
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
1.5 HIPÓTESIS.....	23
1.6 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	23
1.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	23
1.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.....	23
1.7 JUSTIFICACIÓN.....	24
1.8VIABILIDAD.....	24

CAPITULO II.....	26
2. MARCO TEÓRICO.....	26
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	26
2.2 BASES TEÓRICAS.....	30
2.2.1 SCORE MAMÁ.....	30
IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DEL SCORE MAMÁ.....	30
2.2.2 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS.....	36
2.2.3 RIESGO OBSTÉTRICO.....	47
2.2.4 SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO.....	50
2.2.5 IDENTIFICACIÓN DE LAS TRES DEMORAS.....	51
2.2.6 SISTEMA DE ACTUALIZACIÓN DE CLAVE.....	52
2.3-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	53
CAPITULO III.....	55
3. MARCO METODOLÓGICO.....	55
3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	55
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	55
3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
3.2 MATERIALES.....	55
3.2.1 LOCALIZACIÓN.....	55
3.2.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	56
3.2.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	57
3.2.4 RECURSOS A EMPLEAR.....	57
3.2.4.1 RECURSOS HUMANOS.....	57
3.2.4.2 RECURSOS FÍSICOS.....	57
3.2.5 UNIVERSO Y MUESTRA.....	58
3.2.7. CRITERIO DE EXCLUSIÓN:.....	59
3.2.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	60
3.2.9-ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	61
3.2.10.-ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	61
3.2.11.-PRESUPUESTO.....	62
CAPITULO IV.....	63
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	63

4.1 RESULTADOS.....	63
CUADRO N <sup>o</sup> 1.....	63
CUADRO N <sup>o</sup> 2.....	64
CUADRO N <sup>o</sup> 3.....	65
CUADRO N <sup>o</sup> 4.....	66
CUADRO N <sup>o</sup> 5.....	67
4.2 DISCUSIÓN.....	68
5.1 CONCLUSIONES.....	69
5.2 RECOMENDACIONES.....	71
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	74-83

## ÍNDICE DE TABLA

<b>TABLA 1:</b> .....	63
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	
<b>TABLA 2:</b> .....	64
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ SEGÚN LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO	
<b>TABLA 3: MAMÁ</b> .....	65
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ SEGÚN LA EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DES SCORE	
<b>TABLA 4:</b> .....	66
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ SEGÚN EL DIAGNÓSTICO	
<b>TABLA 5:</b> .....	67
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ SEGÚN LA IDENTIFICACION DEL RESULTANTE NEONATAL	



## ÍNDICE DE GRÁFICO

<b>GRÁFICO 1:</b> .....	63
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	
<b>GRÁFICO 2:</b> .....	64
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ SEGÚN LA IDENTIFICACION DE RIESGO OBSTÉTRICO	
<b>GRÁFICO 3:</b> .....	65
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ SEGÚN LA EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DES SCORE MAMÁ	
<b>GRÁFICO 4:</b> .....	66
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ SEGÚN EL DIAGNÓSTICO	
<b>GRÁFICO 5:</b> .....	67
IMPACTO DEL SCORE MAMÁ SEGÚN LA IDENTIFICACIÓN DEL RESULTANTE NEONATAL	

## ÍNDICE DE ANEXO

<b>ANEXO</b> .....	74
<b>ANEXO 1:</b> .....	75
CERTIFICADO DE PERMISO DE REALIZACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL	
<b>ANEXO 2:</b> .....	76-77
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
<b>ANEXO 3:</b> .....	78
PASOS A SEGUIR SEGÚN LA PUNTUACIÓN DEL SCORE MAMÁ EN LAS UNIDADES TIPO C Y HOSPITALES BÁSICOS	
<b>ANEXO 4:</b> .....	79
IMÁGENES DE KITS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL PARA LA ACTIVACIÓN DE CLAVES	
<b>ANEXO 5:</b> .....	80-81
FOTOGRAFÍAS DE ENCUESTAS, MEDIANTE LA FICHA DE RECOLECCIÓN REALIZADA A LAS PACIENTES QUE INGRESARON AL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL	
<b>ANEXO 6:</b> .....	82
CRONOGRAMA	
<b>ANEXO 7:</b> .....	83
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN EL RIESGO OBSTÉTRICO	

## INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que el embarazo, parto y puerperio son considerados como eventos fisiológicos en la vida de la madre y del neonato, se hace necesario por ello analizar de manera cautelosa la evolución de los mismos considerando que es parte integral de la atención, el controlar los signos vitales de la gestante.

Pero se debe considerar que existe la posibilidad de que cualquier embarazada o en postparto, presente riesgo de alguna complicación durante su evolución, lo que no siempre se puede predecir, por lo que sigue siendo un desafío para los profesionales de salud involucrados en su bienestar, la detección temprana de patologías.

Durante esta etapa se puede presentar alguna complicación obstétrica de trascendencia no solo para este binomio madre-hijo sino que también para sus familiares y para los profesionales de salud responsables de su atención. En su forma más extrema, las complicaciones obstétricas pueden conducir a la muerte de la madre, el niño o de ambos durante el embarazo.

La mortalidad materna es un problema de salud pública que tiene muchas causales como de derechos humanos, equidad de género y de acceso a los establecimientos de salud, donde la intervención no solo depende del sector salud sino de la participación de autoridades y la comunidad organizada. La necesidad de implementar acciones concertadas en el país y en el mundo de reducir la mortalidad materna, está enmarcado en los denominados Objetivos del Milenio.

El Ministerio de Salud Pública, junto a la Gerencia Institucional de Implementación de Reducción de Muerte Materna (GIIDMM), desarrolla varias estrategias enmarcadas en la atención, prevención y promoción de la salud. Una de las actividades es la implementación de la “Estrategia Alarma Materna” lo cual implica la aplicación del SCORE MAMÁ, claves de

emergencia obstétrica y kits de atención, con el objetivo de disminuir el porcentaje de morbimortalidad materna fetal. En zonas alejadas de nuestro país, todavía no han llegado los mensajes preventivos de los signos de alarma que una madre debe tener en cuenta para salvar su vida y la de su bebé.

Tomando las causas de mortalidad materna por egresos hospitalarios y según un estudio realizado por el MSP en el año 2015, se evidencia que las enfermedades hipertensivas, hemorrágicas y sepsis prevalecen entre las principales causas de morbilidad materna. Según un trabajo realizado en abril del 2017 en el Hospital Yerovi Mackuart de Cotopaxi, que se efectuó con el objetivo de identificar las principales causas de riesgo y de mortalidad materna, se logró la categorización e identificación tempranamente del riesgo obstétrico, mediante la aplicación del “SCORE MAMÁ”, resultando como la principal causa de muerte materna los Trastornos Hipertensivos gestacionales. (Altamirano, 2017).

## CAPITULO I

### 1. EL PROBLEMA

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que no para todas las mujeres ,la maternidad es un periodo de completo bienestar y salud porque durante el embarazo se pueden presentar serias complicaciones obstétricas que aumentan el porcentaje de morbilidad materno fetal, factor que es un indicador del desarrollo de los pueblos lo que constituye un reto y un compromiso posible de alcanzar con el esfuerzo articulado del Estado, los gobiernos regionales y locales, la sociedad civil, los sectores sociales y económicos, las comunidades científicas, los trabajadores de salud, las familias, las mujeres y hombres conscientes de su responsabilidad, se hace necesario el abordaje del impacto del score mama en la identificación y manejo oportuno de complicaciones obstétricas .

La falta de información, también es un factor determinante para que las futuras madres no atiendan su periodo de gestación, así como el escaso acceso a la atención prenatal y del parto institucional y debido a eso, los signos de alarma no son identificados a tiempo por las gestantes o sus familiares lo que contribuye al aumento del riesgo de la morbilidad.

Según un estudio realizado por el MSP en el año 2015 y tomando las causas de mortalidad materna por egresos hospitalarios, se evidencia que entre las principales causas de morbilidad materna, aún prevalecen: las enfermedades hipertensivas, hemorrágicas y sepsis.

El score mamá fue implementado como una estrategia de alarma materna en primera instancia en Agosto del 2015 en dos coordinaciones zonales y fue introducido a nivel del país en enero del 2016; con la finalidad de lograr la identificación de complicaciones obstétricas mediante la correcta toma de signos vitales los cuales deben ser documentados y registrados en la historia clínica de cada paciente logrando así el reconocimiento temprano de cualquier

cambio en la condición de una mujer, y proveerá a tiempo el tratamiento necesario según sea el caso. Por tal motivo el MSP, considera muy importante la existencia de herramientas de diagnóstico materno fetal, las cuales pone a nuestra disposición; sin embargo, al no tener información adecuada sobre su uso, nos lleva a dejarlas como obsoletas, sin mayor aporte a la sociedad y a la salud. Es importante el uso adecuado del score mama, ya que nos permitan detectar a tiempo las complicaciones, y así poder evitar complicaciones futuras como la morbilidad y mortalidad materna.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo impacta el Score Mamá en la identificación y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo 2017-2018?

## **1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- 1-¿Cuál es el riesgo obstétrico determinado mediante la aplicación del score mama?
- 2-¿Existe el cumplimiento de la estrategia de salud materna (Score Mamá) según la normas de Ministerio de Salud Pública en la Atención Materna de la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel?
- 3-¿Cuál es la principal causa de complicaciones obstétricas y de mortalidad materna en gestantes con score mamá desfavorable?
- 4-¿Cuál es el resultante neonatal asociado a un score mamá desfavorable?

## **1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Investigar el impacto del score mamá en la identificación y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel 2017- 2018.

#### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el riesgo obstétrico mediante la aplicación del score mamá.
- Evaluar el cumplimiento de la estrategia de salud materna (Score Mamá) según la normas de Ministerio de Salud Pública en la Atención Materna de la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel.
- Determinar la principal causa de complicaciones obstétricas y de mortalidad materna en gestantes con score mamá desfavorable.
- Identificar el resultante neonatal asociado a un score mamá desfavorable.

#### **1.5 HIPÓTESIS**

Con la determinación del impacto del score mamá en la identificación y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas se podrá intervenir sobre las causas, y disminuir la morbimortalidad materno-fetal en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel.

#### **1.6 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES**

##### **1.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE: Score mamá**

##### **1.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.**

- Complicaciones obstétricas
- Edad cronológica.
- Edad gestacional.
- Paridad.

- Controles prenatales

## **1.7 JUSTIFICACIÓN**

Considero necesario realizar el presente trabajo de investigación, ya que las complicaciones obstétricas, así como mortalidad materna son catalogadas como un problema de salud pública a nivel mundial y considerado como una catástrofe familiar cuando se suscita. En el periodo prenatal y posnatal la falta de atención medica sigue generando que aproximadamente 1 000 mujeres sigan muriendo cada día, lo que se considera como muertes evitables con políticas de salud que respondan a las necesidades de la población femenina en los países pobres, particularmente en Ecuador, México y en América Latina.

El propósito del Score Mamá es clasificar la gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones mediante el uso de una herramienta objetiva. El registro del Score Mamá en las mujeres gestantes y puérperas es obligatorio y deberá ser colocado en la historia clínica perinatal, así como en la hoja de evolución de la paciente.

Por tal razón resulta de vital importancia tener clara la eficacia de la aplicación del score mama como herramienta complementaria a la identificación oportuna de factores de riesgo obstétricos en embarazadas y puérperas.

Es por ello que la presente investigación tiene por finalidad conocer el impacto de las estrategias de alarma materna (SCORE MAMÁ) y las complicaciones obstétricas, y su relación para la toma de decisiones en el tratamiento definitivo, de manera que proporcionen fuente de análisis para mejorar la cobertura y calidad de atención, y promover una correcta orientación de las estrategias creadas para mejorar las posibles deficiencias encontradas.

## **1.8 VIABILIDAD**



Este trabajo de investigación es viable porque cuento con el suficiente acceso de información teórica tanto de libros, revistas, internet, así como con los recursos económicos, materiales, humanos; además dispongo del permiso de las autoridades de la maternidad Matilde Hidalgo de Procel para obtener los datos y casos necesarios para realizar el presente trabajo.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El embarazo es un proceso natural en la vida de la mujer , sin embargo existe la posibilidad de que en el transcurso del mismo, durante el parto o postparto se presenten complicaciones obstétricas que puedan afectar el estado de salud de la madre, del producto o en el peor de los casos el de ambos. Aproximadamente 830 mujeres mueren cada día en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y parto, las mismas que con un adecuado control obstétrico, identificación y manejo oportuno de complicaciones pueden ser prevenidas o evitadas.

Según OMS (2016) El 99% de muertes maternas compete a países en desarrollo y las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo en comparación con otras mujeres. Entre 1990 y 2015 se ha logrado reducir la mortalidad materna en un 44%.La atención integral y especializada antes, durante o después del parto puede salvarle la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

Han reducido a la mitad su mortalidad materna, varios países subsaharianos desde 1990. Mientras que en otras regiones como el Norte de África y Asia, el éxito ha sido aún mayor. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%. (OMS, 2016).

El comienzo del nuevo milenio se suscitó en septiembre del 2000, donde se llevó a cabo la mayor reunión de jefes de Estado de toda la historia, en la cual fue aprobada por 189

países la Declaración del Milenio, y que finalizó con la implementación de ocho objetivos, los mismos que se debieron alcanzar durante el año 2015. Dentro de los cuales está el Reducir los Riesgos del Embarazo, haciendo énfasis en reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes. (ONU, 2000).

Según un informe desarrollado por las Naciones Unidas(2014) en Washington en el que se indicó que ha sido un logro dado en 11 países de América Latina y el Caribe, la lucha contra la disminución de las cifras por muerte relacionada con el embarazo o parto. Sin embargo a pesar de ello ninguno de esos países cumple con el objetivo impuesto por el Milenio en cuanto a la reducción de la mortalidad materna de 75% para el 2015. Los once países de la región que más avanzaron son Barbados (-56%), Bolivia (- 61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (- 61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%).

En el 2013, 289.000 mujeres, a nivel mundial, murieron por causas obstétricas (embarazo, parto y postparto). En el Ecuador la RMM en 1990 estuvo en 84.59, llegando a su punto más alto en 1993 con una RMM con 96,13. En el 2014, el Ecuador cierra su año con 166 muertes maternas, una RMM de 49,16, lo cual significa un descenso de 46% de la RMM con respecto a la que se presentó en 1990, con mejoras en los sistemas de búsqueda y registro en los últimos años. Las principales causas de muertes maternas (hemorragias, sepsis y enfermedades hipertensivas del embarazo) abarcan casi el 60% de los casos. (INEC, 2017).

Desde agosto del 2013 el Ecuador realiza la auditoría de todas sus muertes maternas y se implementa el Sistema Informático de Vigilancia SIVE Muertes Evitables; estos factores han contribuido a la mejora en la identificación y registro de casos de muerte materna con el fin de reforzar la calidad de los datos estadísticos y plantear planes de acción para la erradicación de la mortalidad materna. (Jones, 2015).

Como menciona Silvia Jara (2016), Directora Distrital de Salud, el Ecuador cuenta con tres actividades estratégicas para la reducción de la muerte materna, las mismas que han sido fundamentadas en experiencias exitosas en otros países y por recomendaciones basadas en evidencia científica. Estas tácticas, tienen que ver con la captación oportuna a través del censo obstétrico, estandarización de la atención a pacientes y mejora de la gestión de atención a las madres gestantes. Con la finalidad de precisar las acciones necesarias para la correcta toma de decisiones y clasificar la gravedad de las pacientes.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional ha implementado una estrategia , el protocolo Score Mamá 2016: “escala de puntuación desarrollada para la detección temprana de morbilidad materna” Con el objetivo de brindar recomendaciones clínicas a los profesionales de la salud basadas en la mejor evidencia científica para la toma de decisiones en la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento oportuno, que contribuyan a disminuir y evitar la morbimortalidad materna y perinatal vinculada a complicaciones obstétricas. (MSP, 2016,p.4).

El Ministerio de Salud Pública ha desarrollado este protocolo para aplicación del Score MAMÁ y las Claves Obstétricas, con la colaboración de médicos ginecólogos, intensivista, Emergenciólogos, obstetras y salubristas, y fue implementado en una primera fase desde Agosto del 2015 en dos coordinaciones zonales (Z4, y Z9), para luego ser introducido a nivel país en Enero del 2016. Es importante mencionar que el registro y documentación regular de signos vitales ayudarán al reconocimiento temprano de cualquier cambio en la condición de una mujer, y proveerá a tiempo el tratamiento necesario según sea el caso.

En nuestro país en la actualidad la primera causa de mortalidad materna la constituyen los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia y la eclampsia, y en número considerable de casos presentan secuelas orgánicas irreversibles; conjuntamente con la

hemorragia obstétrica y sus complicaciones sobresalen como las causas principales de morbi-mortalidad materna y perinatal.

Como tercera causa de muerte materna esta la sepsis obstétrica, la principal patología no obstétrica relacionada con sepsis en la gestante es la infección urinaria; sin embargo, en países como el nuestro es importante tener en cuenta patologías infecciosas tropicales tipo malaria como originaria de la sepsis.

La sepsis obstétrica es, principalmente, el resultado de infecciones pélvicas debidas a corioamnionitis, endometritis, infecciones de la herida quirúrgica, aborto séptico o infección del tracto urinario. El factor de riesgo más habitual para la sepsis obstétrica es la cesárea; cuya tasa parece estar incrementándose en todo el mundo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016, pág. 6).

Por lo tanto en base a lo que se ha expuesto con anterioridad, se puede, mencionar a los trastornos hipertensivos es una de las principales causas de complicaciones obstétricas, las mismas que podrían evitarse si se aplica la estrategia Alarma Materna, la cual implica la aplicación del Score Mamá, brindando una atención de calidad y calidez.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 SCORE MAMÁ**

Rivera S.( 2013) menciona que el Score Mamá es una herramienta de puntuación para detección del riesgo, que se aplica al primer contacto en emergencias obstétricas, en todos los niveles de atención. (p.39)

El score mamá tiene como propósito clasificar la gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, ,mediante el uso de una herramienta objetiva que puede ser utilizado al principio de la atención a la mujer embarazada, para lo cual es necesario una adecuada atención y la correcta toma de signos vitales.

MSP (2016) En la historia clinica perinatal y en la hoja de evolucion de cada paciente debe constar obligatoriamente el registro del score mamá en las mujeres gestantes y puérperas. (p.8).

### **IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DEL SCORE MAMÁ**

La aplicación del Score Mamá es de suma importancia, ya que esta herramienta de puntuación permite valorar alteraciones que presenten los signos vitales de la gestante, permitiéndole al personal de salud brindar una atención de calidad y calidez, dando un tratamiento oportuno ante cualquier complicación obstétrica.

Esta herramienta de puntuación Score MAMÁ, consta de 6 signos vitales, y 1 signo cuantitativo: Frecuencia Cardiaca (FC), Presión arterial dividida en: Sistólica y Diastólica, Frecuencia Respiratoria (FR), Saturación de Oxígeno (Sat O<sub>2</sub>), Estado de Conciencia y Proteinuria

La medición de los parámetros o signos vitales del score mamá debe iniciarse en el siguiente orden según el protocolo del MSP:

### **FRECUENCIA RESPIRATORIA**

La frecuencia respiratoria consiste en el número de respiraciones que un organismo realiza en el lapso de un minuto (60 segundos), por lo que la toma de este signo es importante y obligatoria, ya que cambios en los parámetros normales de la FR son identificados como el indicador más sensible y precoz del deterioro en el bienestar de la paciente. Se debe simular la toma de la frecuencia cardíaca para realizar la medición de la frecuencia respiratoria observando los movimientos de la caja torácica para el conteo, ya que la mujer toma conciencia de la medición de sus respiraciones, las mismas se verán alteradas (MSP, 2016,p.8-11).

Los valores normales de la frecuencia respiratoria en la gestante o puérpera son de 12 a 22 respiraciones por minuto. La taquipnea es evidencia de sepsis hasta que se demuestre lo contrario.

### **PRESIÓN SANGUÍNEA**

La presión sanguínea o arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos, indicando el funcionamiento cardíaco y circulación de la gestante. Debe utilizarse un brazalete del tamaño correcto para la medición de la Presión arterial, para ello debe medirse la circunferencia media del brazo (CMB) en todas las mujeres particularmente en aquellas con IMC > 29.9kg / m<sup>2</sup> en su primera visita prenatal. Si el CMB es > 33 cm se debe usar el brazalete de adulto grande. (MSP, 2016, p.8-11).

Debe considerarse que la presión debe ser tomada cuando la paciente este en reposo con el fin de evitar obtener valores alterados y poder así brindar el diagnóstico oportuno ya que la alteración de valores normales en este signo puede ser indicativo de afectación

sistémica de órganos diana, como son el corazón, riñón, el cerebro y la retina aumentando así la morbimortalidad de las pacientes gestantes. Se recomienda la toma de presión arterial sanguínea manual si se evidencia una presión elevada ya que la toma electrónica puede subestimar la lectura.

## **FRECUENCIA CARDÍACA**

La FC es el número de contracciones del corazón o pulsaciones durante un minuto. Debido al aumento del tamaño uterino lo que incrementa el flujo de sangre, el ritmo cardíaco durante la gestación tiende a elevarse de 85 a 90 latidos por minuto.

Para evaluar la frecuencia cardíaca en adultos la arteria radial es el sitio comúnmente utilizado ya que es accesible. La arteria braquial se utiliza en la medición de la presión arterial y las arterias carótida y femoral puede ser palpado en el caso de colapso, donde el gasto cardíaco no puede ser detectado en la circulación periférica. Los oxímetros de pulso también dan una lectura del ritmo cardíaco. Sin embargo, si la mujer tiene una bradicardia o taquicardia detectada electrónicamente, el pulso debe ser evaluado de forma manual. (MSP, 2016, p.8-11).

Los parámetros normales de frecuencia cardíaca varían entre 60 a 100 latidos por minuto, valores aumentados o disminuidos son una señal importante que puede indicar una enfermedad subyacente grave.

## **SATURACIÓN DE OXÍGENO**

Es la cantidad de oxígeno disponible en el torrente sanguíneo, los niveles de saturación de oxígeno reflejan el porcentaje de la hemoglobina arterial saturada de oxígeno en la sangre, y se conoce como SpO<sub>2</sub>. Parámetros normales 94 a 100%.



Los niveles de saturación de oxígeno se miden de forma rutinaria a todas las mujeres, y se prestan mayor atención en las siguientes circunstancias:

- Si la frecuencia respiratoria está fuera de los parámetros normales.
- Si una condición médica / obstétrica requiere la medición de los niveles de saturación de oxígeno continuo, por ejemplo, trastorno respiratorio. (MSP 2016,p.8-11).

La uñas artificiales y esmalte podrían alterar la precisión de los resultados. La medición de este signo depende de un flujo adecuado a través del conducto de la luz, logrando valorar alteraciones al observar a la paciente con falta de aliento, fatiga, labios cianóticos, permitiéndole así al profesional de salud tomar las medidas necesarias con la gestante ya que al desaturar se compromete el estado materno y fetal.

## **TEMPERATURA CORPORAL**

La temperatura corporal es la medida relativa de calor o frío asociado al metabolismo del cuerpo humano y su función es mantener activos los procesos biológicos, debe ser registrada en el sitio apropiado es decir vía oral, axilar, o timpánica de acuerdo con las directrices locales, en el caso del SCORE MAMÁ se deberá registrar en la medida de lo posible axilar. Los parámetros de temperatura aceptados son 35.6 a 37,2 ° C. (MSP, 2016, p.8-11).

Un indicativo de sepsis es la caída o aumento de la temperatura y las oscilaciones fiebre. Se debe considerar que los antipiréticos pueden enmascarar una Pirexia y la hipotermia es un hallazgo importante que puede indicar una infección y no debe ser ignorada.

## **NIVEL DE CONCIENCIA**

El estado o nivel de consciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo que nos rodea. La respuesta neurológica es una medida de

conciencia y de respuesta de la mujer gestante o puérpera. La evaluación de respuesta neurológica debe ser documentada en la casilla correspondiente:

-Alerta - Responde a voz -Responde al dolor -Ausencia de respuesta

Ante cualquier caída en el nivel de conciencia se debe tomar una acción inmediata. (MSP, 2016,p.10-11)

## **PROTEINURIA**

Consiste en la presencia de proteínas en la orina, la cual puede indicar, un trastorno hipertensivo del embarazo, una infección, una enfermedad renal subyacente, una muestra contaminada. Las pruebas positivas transitorias son generalmente insignificantes, debido a los cambios fisiológicos en el embarazo resultantes en presencia de pequeñas cantidades de albúmina y globulina en la orina. (MSP, 2016, p.11).

La presencia de proteinuria  $\geq 300$  mg en orina de 24 horas es el método diagnóstico correspondiente.

## **MANEJO DEL PUNTAJE DEL SCORE MAMÁ**

Según el (MSP, 2016, p.11-18) Toda paciente que acude al establecimiento de salud debe ser aplicada el score mamá y su respectiva categorización de riesgo. Activar alarma ante problemas en pasos a seguir:

- La puntuación de “0” como estado normal y “3” como puntuación de máximo riesgo
- Puntaje 2 a 5: 1er nivel: comunicar a Director de la unidad y éste al Director Distrital.  
2do nivel: Comunicar al Director del Hospital.
- Puntaje  $> 5$ : 1er y 2do nivel: comunicar al Director de la unidad y éste al Director Distrital o a la Coordinación Zonal (según sea el caso).

El conocimiento y manejo adecuado de esta herramienta de puntuación es muy importante más aun para el personal de salud ,debido a que de esta manera se logra realizar las intervenciones adecuadas dependiendo de la puntuación del Score Mamá, ya que esta indica el nivel de riesgo de complicación de la gestante. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016,p.12-14).

- Cada signo vital, tiene una puntuación asignada que va de 0 a 3 a la izquierda y derecha respectivamente.
- Dependiendo de la variabilidad de los signos vitales se les ha asignado un puntaje altamente sensible para detectar a tiempo las gestantes o mujeres posparto con riesgos de morbilidad.
- La suma de puntos se registra en la columna lateral derecha, misma que facilita el conteo. El puntaje se calcula dependiendo del valor en el signo vital obtenido en la toma de signos vitales de la mujer embarazada o posparto. Para ilustrar pondremos un ejemplo:

Gestante de 25 años de edad con 33 SG, que presenta los siguientes Signos Vitales: FC: 105xmin, PA: 140/95 mmHg, FR: 16 x min, T: 36.5°C, S02: 96% Proteínas (+) Estado de Conciencia: Alerta

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**GERENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE DISMINUCIÓN MORTALIDAD MATERNA**

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤50	-	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	1
Sistólica	≤70	71-89	-	90-139	-	140-149	≥160	Sistólica	2
Diastólica	≤50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	2
FR	≤11	-	-	12-22	-	23-29	≥30	FR	0
T(°C)(*)	-	≤35.5	-	35.6-37.2	37.3-38.4	-	≥38.5	T(°C)	0
Sat(**)	≤85	86-89	90-93*	94-100	-	-	-	Sat(**)	0
Estado de Conciencia	-	Confusa/ agitada	-	alerta	Responde a la voz/ Somnolienta	Responde al dolor/ estuporosa	No responde	Estado de Conciencia	0
Proteinuria(***)	-	-	-	(-)	(+)	-	-	Proteinuria	1
La adecuada toma de signos vitales puede salvar una vida.								<b>TOTAL SCORE MAMÁ</b>	<b>6</b>

**SCORE MAMÁ**

Considere que en la labor de parto los valores de signos podrían alterarse

(\*)Temperatura axilar

(\*\*)Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0

La saturación se tomara sin ayuda de oxígeno suplementario.

(\*\*\*)Sobre las 20 semanas de gestación

## 2.2.2 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Las complicaciones obstétricas hacen referencia a disrupciones y trastornos los cuales pueden ocurrir durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto. Entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

### TRASTORNOS HIPERTENSIVOS:

Es de gran importancia que las gestantes siempre estén en constante toma de tensión arterial ya que esta puede estar en valores normales antes de la gestación pero después de ella pueden alterarse sus cifras poniendo en riesgo el bienestar de la gestante, llegándose a convertir en una preeclampsia o eclampsia, es por esto que siempre se debe valorar con la finalidad de prevenir estas complicaciones el score mamá al primer contacto con la gestante

## **HIPERTENSIÓN GESTACIONAL**

Uno de los problemas médicos obstétricos de gran controversia en su manejo es la hipertensión, considerada como una de las complicaciones más graves que afecta negativamente al embarazo y se asocia a gran morbimortalidad materna y neonatal. La hipertensión gestacional es una forma de presión arterial alta durante el embarazo que se presenta en aproximadamente el 6% por ciento del total de los embarazos ( Ministerio de Salud Pública. , 2016.).

Las complicaciones inducidas por la hipertensión en el embarazo representa el 18% de las muertes maternas, en el 47% de los casos la muerte ocurre cuando se desarrolla una preeclampsia, otro 47% cuando ocurre una eclampsia y el 6% por otros cuadros hipertensivos.

La hipertensión gestacional puede convertirse en preeclampsia, esta enfermedad se presenta en ocasiones en mujeres jóvenes y primerizas, es más frecuente en embarazos gemelares y polihidramnios (sobredistención uterina), en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años, con hipertensión crónica o que tuvieron hipertensión durante un embarazo previo, en mujeres afroamericanas ,con diabetes, desnutrición y obesidad.

La hipertensión gestacional se diagnostica cuando las lecturas de tensión arterial sistólica (TAS)  $\geq 140$  mmHg y/o Tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual  $\geq 90$  mmHg , teniendo como base el promedio de por lo menos 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo, presentes desde las 20 semanas de gestación ,en la cual existe ausencia de proteinuria, exámenes normales y con la particularidad que la Tensión Arterial retorna a lo normal dentro de las 12 semanas posparto. (Standford children's Health., 2017).

**Síntomas:**

- Aumento de la presión arterial
- Ausencia o presencia de proteínas en la orina (para diagnosticar hipertensión gestacional o preeclampsia)
- Edema (hinchazón)
- Aumento de peso repentino
- Cambios en la visión, como por ejemplo visión borrosa o doble
- Náuseas, vómitos
- Dolor en la parte superior derecha del abdomen o dolor alrededor del estómago
- Orina en pequeñas cantidades
- Cambios en los valores de los exámenes de las funciones del hígado y los riñones.  
(DÍAZ LÓPEZ, 2017,p.14)

Durante el embarazo es muy importante que se realicen los controles de presión arterial con el fin de identificar posibles trastornos hipertensivos a inicios del embarazo puesto que la hipertensión gestacional es posible diagnosticar en las primeras semanas de embarazo cuando la presión antes de este ha sido normal, de esta manera se logrará prevenir o tratar complicaciones.

**HIPERTENSIÓN CRÓNICA**

Es considerada cuando la TAS  $\geq$  140 mmHg y/o TAD  $\geq$  90 mmHg presente antes del embarazo, antes de las 20 semanas de gestación, o que persiste después de las 12 semanas del posparto y ausencia de proteinuria, excepto si hay lesión renal. ( Ministerio de Salud Pública. , 2016,p.19).

## **HIPERTENSIÓN CRÓNICA MÁS PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA SOBREAÑADIDA**

Aparición de proteinuria luego de las 20 semanas o brusco aumento de valores basales conocidos de proteinuria previos, o agravamiento de cifras de TA y/o aparición de síndrome HELLP y/o síntomas neurosensoriales en una mujer diagnosticada previamente como hipertensa. La preeclampsia sobreimpuesta empeora significativamente el pronóstico materno-fetal en mujeres con hipertensión crónica (Guía de Práctica clínica, 2013,p.18).

### **PREECLAMPSIA**

También llamada toxemia del embarazo, es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos severos ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (presión sanguínea, hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades. La preeclampsia puede ocurrir hasta en 10% de los embarazos, usualmente en el segundo y tercer trimestre y después de la semana 32. Aunque infrecuente, algunas mujeres pueden presentar signos de preeclampsia desde la semana 20.

Los signos clínicos aparecen en la segunda mitad del embarazo, pero los mecanismos patogénicos aparecen mucho más temprano. A pesar de un mejor entendimiento de la fisiopatología y de algunos avances en la capacidad de monitorear las alteraciones hemodinámicas en estas pacientes, el único tratamiento curativo es el nacimiento del feto y de la placenta. ( Williams,Obstetricia, 2015,p.706).

Según González P (2015) El objetivo del tratamiento médico es evitar las complicaciones maternas como accidente vascular cerebral, falla renal, edema pulmonar y eclampsia. El momento del nacimiento es de primordial importancia y debe de tomar en cuenta la edad gestacional, la gravedad de la preeclampsia, las condiciones maternas y fetales,

así como la optimización de analgesia y anestesia durante el nacimiento. El tratamiento farmacológico está basado esencialmente en la terapia antihipertensiva y sulfato de magnesio. (p.2)

Según el MSP (2016.):La preeclampsia puede ser dividida en:

**Preeclampsia sin signos de gravedad (leve):** Tensión arterial  $\geq 140/90$  mm Hg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria  $\geq$  a 300 mg/24 horas sin criterios de gravedad. (p.19)

**Preeclampsia con signos de gravedad (grave):** TAS  $\geq 160$  mmHg y/o TAD  $\geq 110$  mmHg con proteinuria positiva y uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco.

- Proteinuria  $>5g/24h$
- Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen)
- Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia  $0.9mg./dL$ . Oliguria de  $> 50ml/ h$ )
- Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, alteración del sensorio-confusión)
- Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia)
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Oligoamnios
- Desprendimiento de placenta
- Cianosis



- Edema Agudo de Pulmón (no atribuible a otras causas)

**Preeclampsia sin proteinuria:** TAS  $\geq$  140 y/o TAD  $\geq$  90 mmHg\* y uno de los siguientes: - Plaquetas menores de 100.000 /uL. - Enzimas hepáticas (transaminasas) elevadas al doble de lo normal. - Desarrollo de insuficiencia renal aguda caracterizada por concentraciones de creatinina sérica mayores a 1,1 mg/dL o el doble de concentración de creatinina sérica en ausencia de otras enfermedades renales. - Edema agudo de pulmón. - Aparición de síntomas neurológicos o visuales.

La estrategia del Score Mamá es de gran ayuda ya que en esta se maneja y verifica estrictamente la tensión arterial pudiendo así ser tratada con el fin de prevenir este trastorno hipertensivo.

## **ECLAMPSIA**

Esta alteración suele presentarse en el último trimestre del embarazo, durante las primeras 24 horas del comienzo del parto, la preeclampsia termina en eclampsia cuando no ha sido controlada siendo una causa importante de muerte materna. Se la define como el desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías o condiciones neurológicas. (MSP ,2016,p.19.)

## **SÍNDROME DE HELLP**

Es una de las complicaciones maternas y fetales más graves del embarazo, cursando una alta morbimortalidad en las gestantes. “Es una grave complicación de la preeclampsia, caracterizada por la presencia de hemólisis, disfunción hepática y trombocitopenia en una progresión evolutiva de los cuadros severos de hipertensión en el embarazo.” (Altamirano, 2017,p.18)

Para no llegar a estas complicaciones de gran magnitud es importante que la gestante acuda a sus controles prenatales y que el personal de salud realice las intervenciones adecuadas como es la aplicación del Score Mamá.

## **MANEJO DE LO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO**

Elegir el momento oportuno y el lugar adecuado para la culminación de la gestación constituye la terapia indicada dependiendo de las guías de protocolos de manejo de los trastornos hipertensivos y de la capacidad de resolución del profesional de salud a cargo. Se recomienda hospitalización en aquellas embarazadas que presenten cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, pero sobre todo, aquellas con riesgo de graves complicaciones como la preeclampsia, ya que la presencia de proteinuria mayor a 300 mg/24 h, implica enfermedad avanzada y el inicio de una fase inestable en la que la salud del feto y de la madre puede deteriorarse de forma impredecible.

- Se deberá completar y registrar todos los datos en la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.
- Realice evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor experiencia en obstetricia que incluya cada 30 minutos: control de signos vitales ,reflejos osteotendinosos,frecuencia cardiaca fetal, valoración y examen vaginal
- Valorar el nivel de conciencia; en casos de presencia de signos neurológicos o puntuación de score mama desfavorable a pesar de manejo, realizar la prevención de eclampsia con dosis de impregnación de sulfato de magnesio.
- Evaluar la necesidad de realizar maduración pulmonar fetal según el caso.
- Solicitas exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO-Urocultivo,

Glucosa, Creatinina, urea, ácido úrico, TGO, TGP, deshidrogenasa láctica, si proteinuria en tirilla reactiva es POSITIVA, solicite Proteinuria en 24 horas. Evaluar los resultados para descartar Síndrome de Hellp.

- Si no revierte puntaje en 30 minutos, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad dependiendo del tipo de complicación obstétrica.

## **PATOLOGIAS HEMORRAGICAS**

Un signo de alarma para el personal de salud es la pérdida de sangre considerable en la gestante indicando una complicación obstétrica que pone en riesgo a la madre y el producto. Una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto. Para prevenir estas muertes, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzó recientemente la iniciativa: Cero muertes maternas por hemorragia. (OPS, 2015,p.1).

(Williams Obstetricia F. Gary Cunningham, 2015): Las hemorragias vaginales durante el embarazo se dividen en dos grandes grupos, ya que sus causas son notoriamente diferentes. Se dividen en hemorragias de la primera mitad del embarazo y de la segunda mitad. Las principales condiciones clínicas asociadas con la hemorragia que causan la muerte de la madre son la rotura de un embarazo ectópico, el aborto, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI), coagulación intravascular diseminada (CID), placenta previa, retención placentaria.

### **Hemorragia de la Primera mitad del embarazo**

Es la pérdida hemática que puede cursar en las primeras 20 semanas de gestación.

La principal causa de hemorragia en el primer trimestre de gestación es el aborto, el cual se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación con un peso inferior a 500 gramos del producto.

### **Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo.**

Corresponde al sangrado que se presenta más allá de las 20 semanas de gestación en la cual una excesiva pérdida de sangre puede llegar a producir un shock hipovolémico, en este grupo podemos mencionar: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina.

**Placenta previa:** Se produce en el 20% de los sangrados durante la segunda mitad del embarazo y suele ser más frecuente durante la tercera mitad. Se define como la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, cuyo cuadro característico es el sangrado indoloro de cantidad variable, roja rutilante, que aparece de forma brusca e inesperada en su mayoría de veces en reposo o durante el sueño, sin presencia de actividad uterina. (SCIELO: Dra. Patricia Asturizaga, 2014).

Factores de riesgo: Edad Materna mayor a 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrado, AMEU, miomectomía, cesáreas), tabaquismo.

**Desprendimiento prematuro de placenta:** SCIELO,( 2014) menciona que es la separación prematura de una placenta de su lugar de implantación, en algunos casos se suelen presentar después de un traumatismo. La tríada clásica de síntomas en el DPPNI son: hemorragia dolor e hipertoniá uterina. Si el desprendimiento supera el 50%, generalmente ocurre muerte fetal por hipoxia y sobreviene otras complicaciones como shock hipovolémico,

alteraciones la crisis sanguínea e insuficiencia renal. La hemorragia genital es oscura y con coágulos, de cuantía variable que no guarda relación con la gravedad del cuadro clínico.

Factores de riesgo: Uso de cocaína, sobre-distensión uterino, enfermedades hipertensivas, colagenopatías, antecedente de DPPNI, trauma abdominal, trombofilias.

**Rotura Uterina:** Se dividen en: dehiscencia (rotura de cicatriz previa) y rotura de útero sin cicatriz previa (por maniobras obstétricas, traumatismos, trabajo de parto prolongado con desproporción feto-materna). Los signos clínicos son: Dolor abdominal, dolor a la palpación, pérdida de bienestar fetal, palpación fácil de partes fetales, muerte fetal, hemorragia vaginal, colapso circulatorio materno; taquicardia, hipotensión. (SCIELO: Dra. Patricia Asturizaga, 2014)

**Hemorragia Postparto:** Hemorragia en la cual existe una pérdida mayor de 500 ml de sangre en un parto natural y mayor a 1000ml en una cesárea ; provocando una hipovolemia o disminución circulante de la sangre. La hemorragia post parto se puede dividir en: primaria y secundaria, cuyas principales causas son:

a) Hemorragia post parto primaria: atonía uterina (50-60%), retención de restos placentarios (20-30%), trauma genital espontáneo o iatrogénico entre ellos laceraciones cervicales o vaginales (10%)

b) Hemorragia post parto secundaria.

### **Manejo de la hemorragia posparto**

Se debe explicar la situación clínica a la paciente en forma resumida y precisa los procedimientos que se realizaran con el fin de lograr contención y aliento. Pida ayuda. Comunique la situación y movilice urgentemente a todo el personal disponible (enfermeras, anestesistas, personal de laboratorio, hemoterapia). Para que las medidas se implementen

simultáneamente y sin pérdida de tiempo, el personal debe actuar en equipo sabiendo qué debe hacer cada uno en la emergencia.

Coloque dos vías intravenosas de gran calibre (16G o 14G) y suministre soluciones cristaloides en volumen de hasta 2 litros en infusión rápida. Realice una rápida evaluación del estado general de la mujer incluyendo signos vitales. Evalúe el tono uterino. En caso de atonía masajee el útero para expulsar la sangre y los coágulos sanguíneos (los coágulos sanguíneos retenidos en el útero inhiben las contracciones uterinas eficaces). Inicie masaje uterino bimanual como primera medida para la contención del sangrado mientras prepara de forma simultánea el manejo farmacológico. Si el establecimiento no reúne las condiciones obstétricas esenciales, evalúe los mayores requerimientos del caso y, si lo estima necesario, derive a la paciente sin pérdida de tiempo a otra institución de mayor complejidad. (Altamirano, 2017,p.21-22.)

## **SEPSIS**

La septicemia se produce cuando los gérmenes que han invadido el torrente sanguíneo se multiplican en el mismo. La septicemia puerperal primitiva se debe, en la mayoría de los casos, a la rápida invasión del torrente sanguíneo por el estreptococo.

Se anuncia a las 24 horas del parto por un intenso escalofrío, con temperatura que asciende a 40°C, de tipo continuo. El pulso se acelera hasta una frecuencia de 140-160 por minuto y se presenta pequeño y blando. El estado general desmejora rápidamente. La facies se altera con la misma rapidez, mostrando un rostro pálido; la lengua está seca y los labios trémulos, las extremidades se ponen cianóticas.

En contraste, el examen local no proporciona síntomas ni signos de valor. En estos casos el hemocultivo permitirá el diagnóstico etiológico, al poner en evidencia al germen invasor, y el antibiograma dará la pauta para el uso adecuado de la terapéutica antimicrobiana.

Pero desgraciadamente son excepcionales los éxitos, aún con tratamientos enérgicos y bien instituidos, ya que la muerte suele acaecer entre el 5° y 8° día, precedida por delirios, diarreas tóxicas y disnea intensa.

La septicemia puerperal secundaria sobreviene, a menudo, en la evolución grave de la endometritis. Puede sospecharse la septicemia cuando el estado general de la paciente se altera progresivamente, la facies se hace grisácea y la lengua se seca, la temperatura oscila entre 39 y 40°C. El pulso es pequeño, blando, con una frecuencia que alcanza a 140-160 por minuto. El hemocultivo debe realizarse en forma seriada y se efectuará antibiograma. A veces la evolución es nefasta, la diarrea hace su aparición, el estado general decae con rapidez y el óbito llega, inevitablemente al cabo de unos días, en medios de síntomas de profunda intoxicación: adinamia, postración y delirio. (Navarro, 2017,p.30).

### **2.2.3 RIESGO OBSTÉTRICO**

El embarazo tradicionalmente es considerado como un evento fisiológico, sin embargo debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir daño permanente o la muerte, tanto de la madre como del recién nacido. (Herrear, Oliva, & Domínguez, 2014, pág. 114)

La probabilidad o posibilidad de que se produzca una situación deletérea inesperada se define como riesgo obstétrico .En medicina materna fetal, este hecho, es decir el punto final no deseado: muerte fetal, muerte materna, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro. El riesgo obstétrico se puede identificar mediante una atención prenatal logrando evitar o disminuir posible alteraciones tanto en la madre como en el feto. (MSP, 2015, pág. 14)

Según Díaz López (2017) durante la evolución del embarazo y después de este se pueden presentar diferentes tipos de riesgo obstétrico tanto materno como perinatal afectando

así la calidad de vida de estos, por esta razón es de gran importancia que se preste una atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio con el fin de prevenir o tratar adecuadamente estas complicaciones obstétricas.

## **CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO**

Durante el ciclo evolutivo del embarazo pueden presentarse diferentes tipos de riesgo obstétricos que pueden ser algunos por antecedentes patológicos, por complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, estas alteraciones pueden ser prevenibles siempre y cuando se acuda a control prenatal ya que mediante estos se logra identificar dichas complicaciones siendo estas altamente prevenibles o tratadas, obteniendo así un embarazo seguro protegiendo la salud materno – perinatal.

**SIN RIESGO O CERO:** Por exclusión de los factores pertenecientes a los demás grupos de riesgo.

**BAJO RIESGO O 1:** Aquel en que la madre, el feto y/o el neonato, tienen una menor probabilidad de enfermar y morir o de padecer secuelas durante el embarazo o después del parto.

Como lo afirma Montero & Barrientos(2014) “Que es aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo”. (p.2)

Corresponden los siguientes: Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente., Baja estatura materna: < 1,45 metros, Cardiopatía 1 que no limita su actividad, Condiciones socio-económicas desfavorables, Control insuficiente de la gestación: < 4 visitas prenatales o 1 visita tras semana 20 de gestación., Edad extrema < 16 ó >35 años, Embarazo no deseado, Fumadora habitual., Esterilidad previa 2 años o más, Fecha de última menstruación incierta., Gestante con Rh-, Gran multiparidad 5 o más fetos de por lo menos de



28 semanas., Hemorragia del primer trimestre, Incompatibilidad de Rh, Incremento de peso excesivo o insuficiente  $> 15\text{Kg}$  o  $< 5\text{ Kg}$ , Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática., Obesidad, Período intengénico menor de 12 meses o mayor de 5 años, Discapacidad mental o física ,Grupos vulnerables, Accesibilidad cultural (idioma, viviendas en zonas de difícil acceso, patrones socioculturales.)

Existen diferentes factores que pueden afectar en el desarrollo adecuado del embarazo, es por esto de gran importancia se prevengan estos riesgos mediante los controles prenatales, consejería, además de visita domiciliaria programada, ya que estos se pueden diagnosticar y tratar a tiempo antes que lleguen a complicaciones futuras.(MSP, 2016).

**RIESGO ALTO O 2:** Según Navarro(2017) afirma que es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones durante el periodo de gestación o después del parto. (p.9).

Anemia grave ( $\text{Hb} < 9\text{g/dl}$  o Hematocrito  $< 25\%$ ), Cardiopatía 2 paciente obligada a una limitación ligera de su actividad física, Cirugía uterina previa, Diabetes gestacional, Embarazo gemelar, Embarazo prolongado, más de 42 semanas de gestación, Endocrinopatías (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica), Hemorragia 2° o 3° trimestre, Hidramnios u Oligoamnios, Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico, antecedentes de retardo del crecimiento, Infección materna: TORCHES, Obesidad mórbida, Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg, Sospecha de malformación fetal, Presentación anómala: constatada tras la semana de gestación, Neoplasias, tumores, Enfermedades crónicas

Como indica Ministerio de Salud Pública (2015): Se debe considerar que en las pacientes con estos factores de riesgo se recomienda referencia a hospital de segundo nivel oportuna, tratamiento específico, control más seguido.

**RIESGO MUY ALTO Ó 3:** es aquel embarazo en el que hay una muy inminente probabilidad materno – fetal de secuelas o muerte si no se toman medidas oportunas.

Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37, Cardiopatía 3 ó 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física o en la que está provoca su descompensación, Diabetes pregestacional, Drogadicción y alcoholismo, Gestación múltiple (3 o más), Incompetencia cervical, Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo, Malformación fetal confirmada, Muerte perinatal recurrente, Placenta Previa, Preeclampsia grave: TA diastólica mayor o igual 110 mmHg o TA sistólicamayor o igual a 140 mmHg, Patología asociada grave, Retardo de Crecimiento Intrauterino, Rotura Prematura de Membranas, VIH + con o sin tratamiento, SIDA

En estas pacientes se debe realizar referencia a hospital de Segundo o Tercer nivel(Hospital Especializado o de especialidades), realizar manejo especializado, la referencia es inmediata prioritaria.

#### **2.2.4 SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO.**

La mayoría de las complicaciones obstétricas pueden ser evitadas si la gestante y sus familiares aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo. El no demorar en la identificación de estas señales de peligro, el no demorar en acudir a un servicio de salud y el no demorar en recibir la atención calificada y oportuna son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte. Entre las señales de peligro se encuentran

- 1.-Sangrado vaginal.
- 2.-Dolor abdominal intenso.
- 3.-Pérdida de líquido amniótico antes del parto.
- 4.- Cefalea intensa.

5.-Zumbido en los oídos (acufenos).

6.-Mareo y fotofobias.

7.-Convulsiones.

8.-Falta de movimientos del bebé.

9.-Disuria

10.-Fiebre  $\geq 38$

**2.2.5 IDENTIFICACIÓN DE LAS TRES DEMORAS:** Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas. (Dras Mazza, Vallejo, & González Blanco, 2014).

1. Demora en decidir buscar atención; la madre no reconoce los signos de alarma: la decisión de buscar ayuda es el primer paso para recibir cuidados obstétricos de emergencia. Depende de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza la vida, así como de la información de la que dispone acerca de a dónde puede acudir.

2- Demora en identificar y acceder a un servicio de salud: depende de la distancia al servicio de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo de los traslados.

3- Demora a la pronta respuesta ante una emergencia por parte de un profesional de salud o el equipo que lo conforman: La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de

la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación. (Dras Mazza, Vallejo, & González Blanco, 2014).

**2.2.6 SISTEMA DE ACTUALIZACIÓN DE CLAVE:** De acuerdo a la puntuación del score mama y al estado general de la paciente puede influir en la activación de claves obstétricas.

- **CLAVE ROJA:** Hemorragia obstétrica que causa inestabilidad hemodinámica o signos de choque.
- **CLAVE AZUL:** Pre eclampsia severa, Eclampsia, HELLP.
- **CLAVE AMARILLA:** Choque Séptico

Las unidades de salud deben contar con un sistema de activación de claves obstétricas el cual puede ser: alarma, sirena, parlantes, y comunicar a todo el equipo de la unidad, buscando la mejor forma para que no provoque caos en el resto de pacientes y familiares. Todos los miembros del establecimiento de salud deben saber lo que significa CLAVE ROJA, AZUL o AMARILLA y como se activa. De acuerdo con el nivel de resolución de cada unidad operativa: las unidades tipo C y Hospitales, mínimo 3 profesionales (útero, cabeza y brazos), mientras que las unidades tipo A, B y puestos de salud, mínimo 2 profesionales (útero y brazos).

## 2.3-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Impacto:** Hace referencia a la impresión o efecto muy intensos dejados en alguien o en algo por cualquier acción o suceso, puede verse como un cambio en el resultado de un proceso.

**Score Mamá:** Escala de puntuación en función de los signos vitales de la madre para la detección temprana de morbilidad materna.

**Muerte materna:** ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la edad gestacional y del lugar del parto, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

**Edad gestacional:** Duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento.

**Embarazo de riesgo:** es aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto.

**Complicaciones obstétricas:** Se refieren a interrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.

**Trastornos hipertensivos:** Patologías relacionadas con la alteración de los valores normales de la presión arterial generalmente elevados, durante el embarazo o el posparto, independientemente del momento de su aparición.

**Eclampsia:** Trastorno que afecta a la mujeres con preeclampsia durante el embarazo o puerperio, no atribuible a otras patologías que se manifiesta por Desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado.

**Síndrome de Hellp:** Complicación de la preeclampsia severa o eclampsia que se caracteriza por presencia de hemólisis, enzimas hepática elevadas y trombocitopenia.

**Sepsis Obstétrica:** Enfermedad grave, respuesta inflamatoria del organismo como defensa a la invasión y proliferación de bacterias, virus y hongos en el torrente sanguíneo de la gestante o puérpera.

**Hemorragia posparto:** Pérdida sanguínea mayor a 500 mL en un parto y más de 1.000 mL en una cesárea.

**Referencia:** Procedimiento por medio del cual los prestadores de la salud envían a los pacientes de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud.

## **CAPITULO III**

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó un trabajo de investigación de tipo Descriptivo, prospectivo y analítico.

##### **3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Es un estudio no experimental, de campo, que se realizó a través de la observación directa, valoración del score mamá y la aplicación de una ficha de recolección de datos, procesos mediante los cuales se determinó el “IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS.

#### **3.2 MATERIALES Y MÉTODOS**

##### **3.2.1 LOCALIZACIÓN**

El presente estudio se realizó en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel de la ciudad de Guayaquil, esta categorizado en III Nivel de atención, especializado en Gineco-Obstetricia.

Ubicado en la Parroquia Ximena, en un sector urbano- periférico al sur de la ciudad de Guayaquil, fue inaugurado el 5 de Agosto de 1988, con atención de los servicios de consulta externa con una dotación de 40 camas disponibles, desde Agosto de 1993 asumió las funciones de Jefatura de Área 1 mediante decreto ejecutivo No.3292 del 29 de Abril de 1992 publicado en el registro oficial No.932, el 11 de Mayo del mismo año. Sus límites son por el norte la ciudadela Valdivia, al Sur y al Este el Estero Covina y al Oeste la avenida 25 de Julio, depende administrativa y financiera del Ministerio de Salud.

### **3.2.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO**

El Guasmo es un sector urbano periférico localizado al sur de la ciudad de Guayaquil parroquia Ximena. En 1970, se construyó la Pradera I, II, II. Y a finales de la década de los 70 las invasiones en la hacienda llamada El Guasmo, zona agreste y pantanosa cuyo propietario era el señor Juan X Marcos. Las invasiones se iniciaron en el Guasmo Norte y se extendieron poblado el sur hasta el Puerto Marítimo fomentada por políticos que participaban en la contienda electoral de esa época.

En 1980 se inicia la estrategia de Atención Primaria de Salud y se crea la primera Unidad de Salud “CASITAS DEL GUASMO” en el Guasmo Norte.

En el año 2000 se reestructuran las Áreas en la Provincia del Guayas y se unifican las Áreas 1 y 2 sumándose 4 unidades de salud del Guasmo Norte al área 1 quedando conformado esta última con 3 centros de salud y 9 subcentros de salud, a partir del 11 de junio de 1993 por Acuerdo Ministerial 3081, paso a llamarse “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”.

En el año 2013 el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, es reconocido por el Ministerio de Salud Pública como “Hospital Amigo del Niño” por cumplir con los criterios globales establecidos por esta cartera de Salud.

El 7 de octubre del 2015. La Ministra de Salud de ese entonces Karina Vance, hace la entrega de la Certificación como Hospital Acreditado en Nivel Platino por parte de la Organización Extranjera ACI (Canadian Acreditación International). Donde destaco que es el primer hospital del país y de Hispanoamérica, en alcanzar ese nivel, obteniendo un promedio de 97,15% en los estándares de evaluación. Hoy por hoy se sigue trabajando por la Certificación Diamante, el máximo nivel de Acreditación Internacional.



### **3.2.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN**

El periodo de investigación fue de aproximadamente 6 meses, en el cual se realizó el estudio desde el mes de Agosto hasta Enero del 2017.

### **3.2.4 RECURSOS A EMPLEAR**

- Humanos
- Físicos

#### **3.2.4.1 RECURSOS HUMANOS**

- Investigador
- Tutora
- Pacientes

#### **3.2.4.2 RECURSOS FÍSICOS**

- Textos
- Teléfonos
- Formularios de preguntas de investigación
- Computadora / impresora
- Materiales de oficina
- Pen Drive
- Lapiceros
- Transporte

### 3.2.4.3 RECURSOS TÉCNICOS

- Bibliografía especializada
- Protocolo del MSP del Ecuador
- Programa Microsoft Excel
- Programa Microsoft Word
- Programa de Power Point

### 3.2.5 UNIVERSO Y MUESTRA

#### 3.2.5.1 UNIVERSO

El Universo estará constituido por 150 embarazadas que fueron ingresadas al Hospital Materno infantil Matilde Hidalgo de Procel con un score mama igual o mayor a 5 en el periodo de Agosto a Enero 2017-1018.

#### 3.2.5.2 MUESTRA

La muestra estará conformada por las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión. Para calcular la muestra se utilizó la fórmula que se muestra a continuación, en donde del total del universo de 150 embarazadas, aplicando la fórmula nos dió una muestra de 109 gestantes, las cuales utilizaremos para el presente estudio.

$$n = \frac{N}{(N - 1)E^2 + 1}$$

$$n = \frac{150}{(150-1)0.05^2+1}$$

$$n = \frac{150}{(149)0.05^2+1}$$

$$n = \frac{150}{0.3725+1}$$

$$n = \frac{150}{1.3725}$$

**n= 109**

n=muestra

N=universo

E=margen de error (0.05)

### **3.2.6- PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

Para el presente trabajo de investigación se eligió la documentación que conformó el marco conceptual para definir el tema en estudio.

Se realizó por medio de técnicas de observación y la ficha de recolección de datos aplicando una serie de preguntas con opción a respuestas múltiples, permitiendo indagar en las pacientes aspectos sobre la calidad y prontitud de la atención, la toma de signos vitales y datos obstétricos.

Para la presentación de los datos se los realizó por medio de tablas y gráficos, las que fueron procesadas en porcentaje y se las analizó mediante la interpretación y discusión de los resultados.

### **3.2.7.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.2.7.1- CRITERIO DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes ingresadas al Hospital Matilde Hidalgo de Procel 2017- 2018 con un score mamá igual o superior a 5.
- Mujeres con embarazo mayor de 20 semanas de gestación que han sido atendidas en el servicio de Emergencia e ingresadas al Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

### 3.2.7.2-CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con score mamá normal.
- Mujeres con embarazo menor de 20 semanas de gestación que fueron atendidas en el periodo de la investigación.

### 3.2.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE:  <b>SCORE MAMÁ</b>	Consiste en una herramienta de puntuación cuyo propósito es la detección del riesgo, complicaciones obstétricas o de morbilidad materna logrando la actuación oportuna y correcta toma de decisiones desde el contacto con las pacientes mediante la correcta toma de los signos vitales.	Consta 6 signos vitales, y 1 signo cuantitativo: Frecuencia cardiaca, Presión Sistólica y Diastólica, Frecuencia Respiratoria, Temperatura corporal, Saturación de Oxígeno, el Estado de conciencia y Proteinuria.	Rango de puntuación $\geq 5$
VARIABLE INDEPENDIENTES:  <b>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</b>	Hace referencia a trastornos o disrupciones ocurridos durante la gestación, parto, trabajo de parto y en el período inicial neonatal.	Complicación obstétrica identificada en las pacientes de estudio.	Trastornos hipertensivos Hemorragias postparto Sepsis
<b>EDAD CRONOLÓGICA</b>	Sumatoria de años que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Rango de edades.	$\leq 19$ 20-24 25-29 30-34 $\geq 35$
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	Periodo de tiempo de vida intrauterina que comprende desde la concepción al momento del nacimiento.	Fecha de última menstruación	Embarazos a partir de las 20 semanas de gestación
<b>PARIDAD</b>	Se refiere al número de embarazos que ha tenido una mujer	Primigesta, Secundigestas Múltipara Gran múltipara	Antecedentes gineco-obstetricos

<p><b>CONTROLES PRENATALES</b></p>	<p>Conjunto de Procedimientos y acciones sistemáticas, periódicas que el equipo de salud ofrece en la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante mediante la supervisión del embarazo.</p>	<p>Número Total</p>	<p>Ninguno De 1 a 4 De 5 a 8 Más de 8</p>
--	--	---------------------	---

### **3.2.9-ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Posterior a la recolección de datos implica relacionarse con cada uno de los pacientes de la muestra tomada con el objeto de que la información obtenida nos permita lograr los objetivos de dicha información. Todos los datos obtenidos a través de la ficha de recolección y luego del análisis y la evaluación del score mamá, fueron ingresados en Excel empleando el uso de tablas y gráficos estadísticos.

### **3.2.10.-ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

Se pide autorización a la directora de la maternidad Matilde Hidalgo de Procel quien dio su autorización para realizar el presente trabajo.

La Constitución de la República, en su articulado, indica lo siguiente:

La Constitución de la República, en su articulado, indica lo siguiente:

Art.- 3 Son deberes primordiales del Estado garantiza sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema, y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes;

Art 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado , cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales,

educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud sexual y salud reproductiva. La presentación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

El Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 contempla en:

Objetivo 3: “Mejorar la Calidad de Vida”, que incluye como política nacional la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, el fortalecimiento de acciones y servicios para garantizar este derecho y mejorar las prestaciones en la calidad de los servicios de salud”;

### 3.2.11.-PRESUPUESTO: Autofinanciado

Para la realización de este proyecto de investigación, se necesitó recursos económicos, los cuales fueron asumidos por la autora y se detallan a continuación:

DESCRIPCIÓN /RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
Fotocopias	200	\$0.03	\$6.00
Materiales de oficina (resma de hojas, lápices,folders,bolígrafos )	5	\$4.00	\$20.00
Impresiones	300	\$0.10	\$30.00
Pendrive	1	\$20.00	\$20.00
Cd regrabable	2	\$3.50	\$7.00
Anillados	5	\$2.00	\$10.00
Empastado de tesis	1	\$15.00	\$15.00
Internet	-----	-----	\$50.00
Impresora	1	\$150.00	\$150.00
Transporte	-----	-----	\$50.00
Personal de apoyo	-----	-----	\$40.00
<b>TOTAL</b>			\$398.00

## CAPITULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

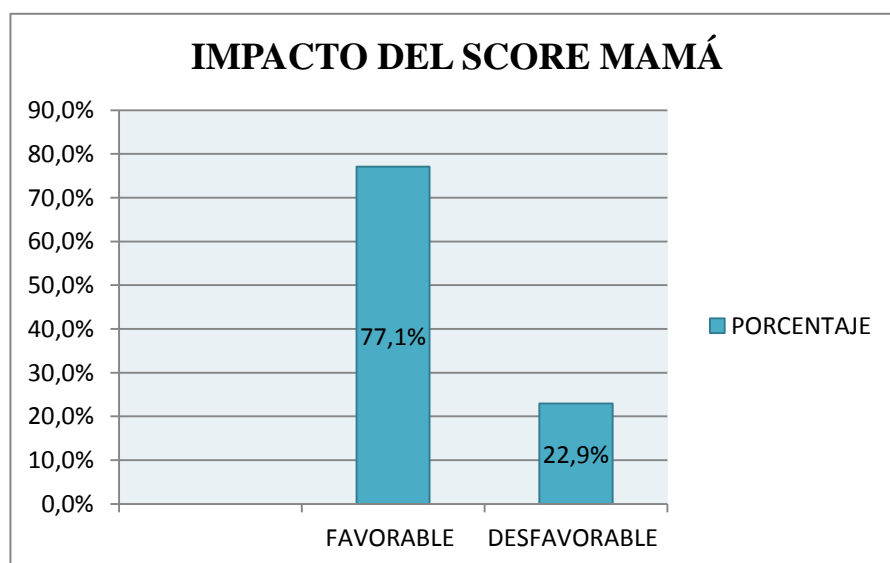
#### 4.1 RESULTADOS

CUADRO N.º 1

**IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL 2017- 2018**

IMPACTO DEL SCORE MAMÁ	N.º DE PACIENTES	PORCENTAJE
FAVORABLE	84	77,1%
DESFAVORABLE	25	22,9%
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100,0%</b>

**Gráfico 1: Impacto del Score Mamá en la identificación y manejo oportuno de complicaciones obstétricas**



FUENTE: Recolección de datos Hospital Matilde Hidalgo de Procel 2017- 2018

ELABORADO POR: Jania Hurtado Cabezas

Guayaquil-Ecuador

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:** La tabla y el gráfico muestran que se logró investigar que el impacto del score mamá fue favorable en un 77.1% del total de las pacientes encuestadas, y solo el 22,9% tuvo un impacto desfavorable.

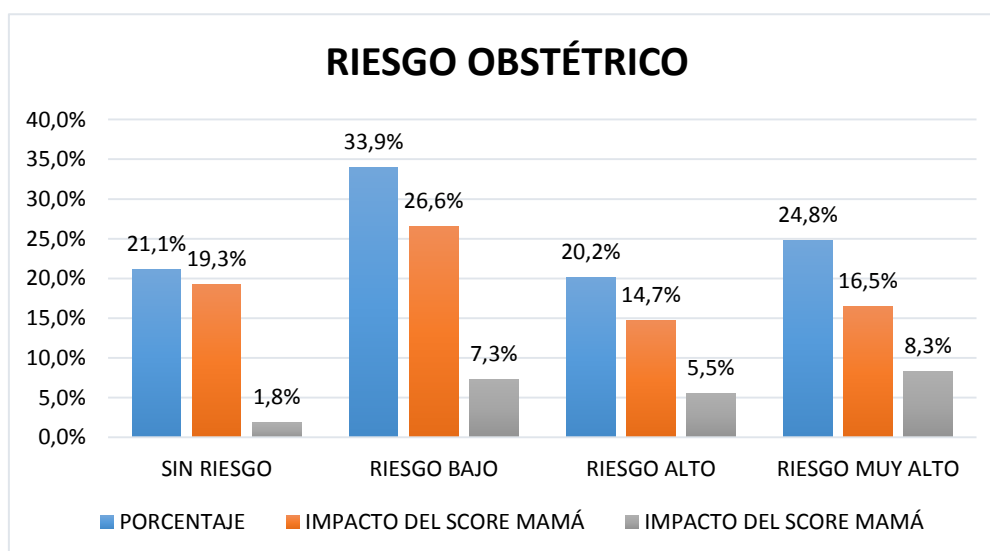
Por lo expuesto anteriormente se puede analizar que el impacto del score mamá fue favorable en un gran porcentaje, lo que demuestra que el score mamá es una herramienta útil para la prevención de complicaciones obstétricas de la mujer gestante, permitiendo a tiempo la identificación y manejo oportuno de las patologías reduciendo de esta manera la morbimortalidad materno-fetal.

## CUADRO Nº 2

**IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL 2017- 2018”, SEGÚN EL RIESGO OBSTÉTRICO:**

CATEGORIZACIÓN DE RIESGO	Nº DE PACIENTES	IMPACTO DEL SCORE MAMÁ	
		FAVORABLE	DESFAVORABLE
SIN RIESGO	23	19,3%	1,8%
RIESGO BAJO	37	26,6%	7,3%
RIESGO ALTO	22	14,7%	5,5%
RIESGO MUY ALTO	27	16,5%	8,3%
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>77,1%</b>	<b>22,9%</b>

**Gráfico 2: Impacto del Score Mamá según el Riesgo Obstétrico**



FUENTE: Recolección de datos Hospital Matilde Hidalgo de Procel 2017- 2018

ELABORADO POR: Jania Hurtado Cabezas

Guayaquil-Ecuador

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:** La tabla y el gráfico muestran que en cuanto a la categorización de riesgo; el 33,9% del total de gestantes de la muestra representan un riesgo obstétrico bajo de las cuales el 26,6% evolucionó favorablemente, seguida de aquellas gestantes con un riesgo obstétrico muy alto con un 24,8%, del cual el 16,5% tuvo un impacto favorable, mientras que en cuanto al riesgo obstétrico alto el 20,2% tuvo una evolución ventajosa del 14,7% y por hubo un 21,1% de gestantes sin riesgo de las cuales el 19,3% tuvo una evolución favorable.

Por lo tanto se puede analizar que a pesar de existir el 78,9% de riesgo obstétrico total (bajo, alto y muy alto), con la aplicación del score mamá se logró la identificación y manejo oportuno de complicaciones obstétricas, con un impacto favorable del 77,1% incluidas las pacientes sin riesgo.



### CUADRO Nº 3

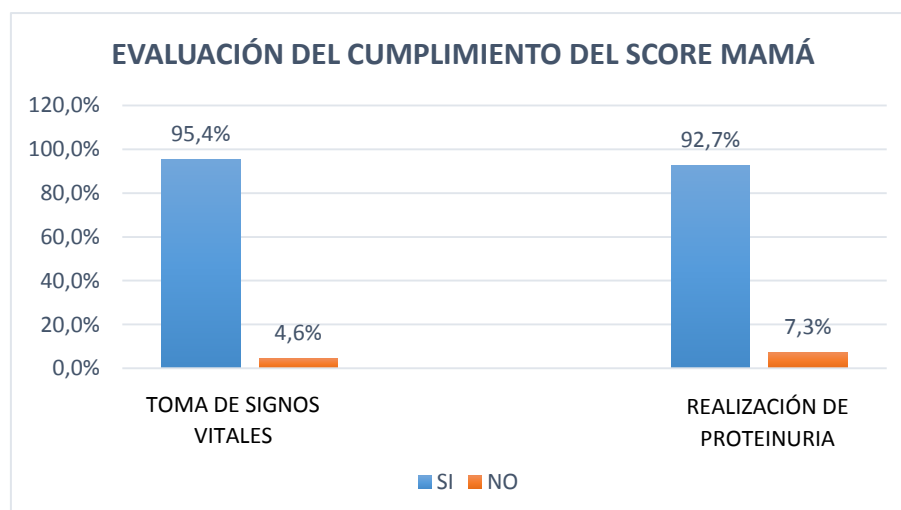
#### IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL 2017- 2018

##### EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL SCORE MAMÁ:

¿SEÑORA LE TOMARON LOS SIGNOS VITALES? ¿LE REALIZARON LA PRUEBA DE LA TIRILLA EN ORINA?

TOMA DE SIGNOS VITALES	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE	REALIZACIÓN DE PROTEINURIA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	104	95,4%	SI	101	92,7%
NO	5	4,6%	NO	8	7,3%
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100,0%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100,0%</b>

**Gráfico 3: Impacto del Score Mamá según la Evaluación del Cumplimiento del Score Mamá**



FUENTE: Recolección de datos Hospital Matilde Hidalgo de Procel 2017- 2018

ELABORADO POR: Jania Hurtado Cabezas

Guayaquil-Ecuador

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:** En base a los datos que refleja la tabla y el gráfico podemos apreciar que la mayoría de las pacientes encuestadas respondió que si se les había tomado los signos vitales al ingreso con un porcentaje del 95,4%, y solo el 4.6 % respondió que no; en cuanto a la realización de la prueba de tirilla en orina el 92,7% respondió que si le habían realizado dicha prueba, mientras el 7.3% respondió que no le realizaron proteinuria.

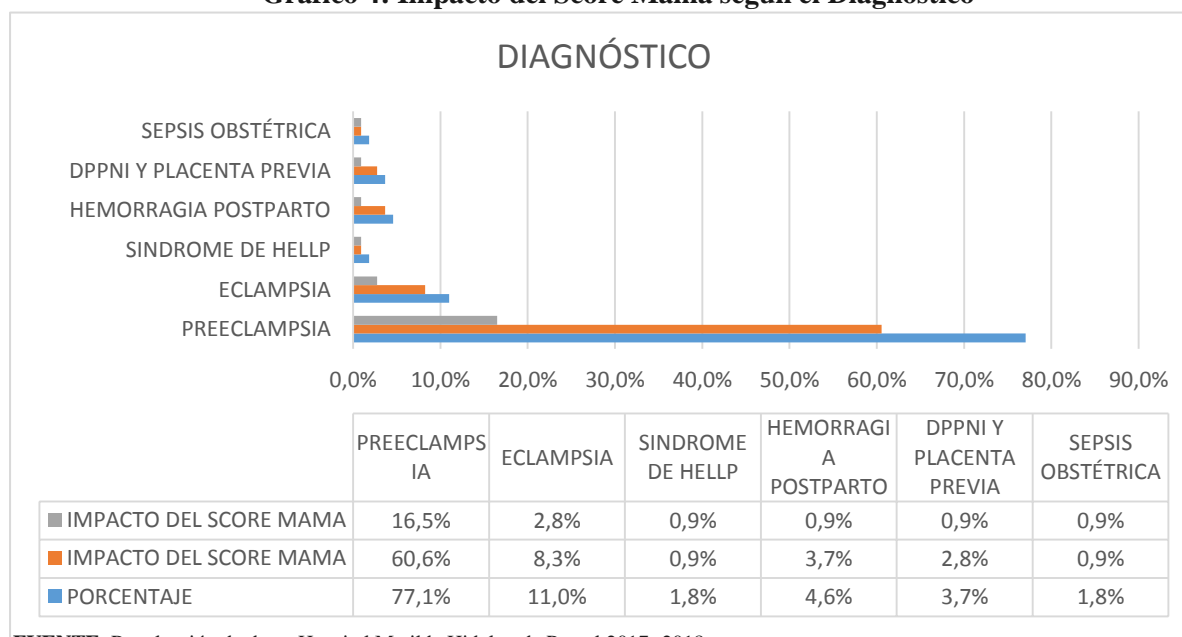
Por lo expuesto anteriormente se puede analizar que si existe el cumplimiento de la estrategia de salud materna (score mamá) en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel obteniendo un resultado favorable en cuanto a la realización de signos vitales y prueba de tirilla en orina, lo que demuestra que gracias a la aplicación del score mamá se podrá identificar oportunamente las complicaciones obstétricas, disminuyendo la morbilidad materna.

CUADRO Nº 4

**IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN EL DIAGNÓSTICO:**

DIAGNÓSTICO	Nº DE PACIENTES	IMPACTO DEL SCORE MAMÁ	
		FAVORABLE	DESFAVORABLE
PREECLAMPSIA	84	60,6%	16,5%
ECLAMPSIA	12	8,3%	2,8%
SINDROME DE HELLP	2	0,9%	0,9%
HEMORRAGIA POSTPARTO	5	3,7%	0,9%
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA Y PLACENTA PREVIA	4	2,8%	0,9%
SEPSIS OBSTÉTRICA	2	0,9%	0,9%
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>77,1%</b>	<b>22,9%</b>

Gráfico 4: Impacto del Score Mamá según el Diagnóstico



FUENTE: Recolección de datos Hospital Matilde Hidalgo de Procel 2017- 2018

ELABORADO POR: Jania Hurtado Cabezas

Guayaquil-Ecuador

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:** La Tabla y el gráfico expresan que la Preeclampsia constituye la complicación obstétrica más frecuente, ocupando el 77.1% del cual el 60.6% tuvo un impacto favorable en su evolución, seguida de la eclampsia con un 11,0% obteniendo el 8,3% de evolución ventajosa, en cuanto a las patologías hemorrágicas ; la Hemorragia Postparto tiene el 3.7% de evolución favorable de un 4.6%, por último la sepsis obstétrica y el síndrome de Hellp ocupan un porcentaje del 1.8% con una evolución ventajosa del 0.9%.

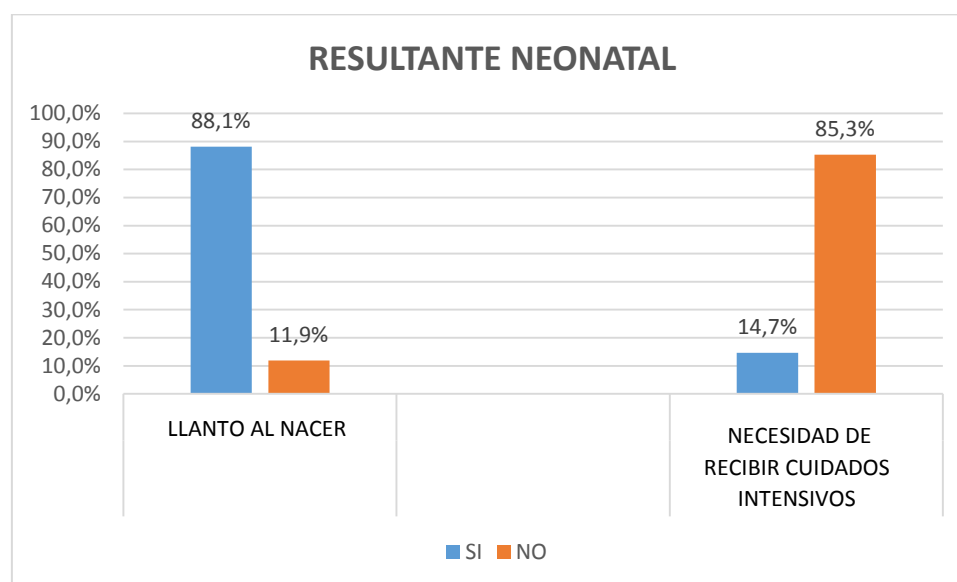
Se puede analizar que los trastornos hipertensivos constituyen la primera causa de complicaciones obstétrica y de morbilidad materna fetal con un total de 89.9% debido probablemente a los factores de riesgo de las pacientes estudiadas, mientras que las patologías hemorrágicas y la sepsis ocupan la segunda y tercera causa respectivamente, sin embargo con la correcta aplicación del score mamá logro disminuir el riesgo de morbilidad.

## CUADRO Nº 5

**IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. SEGÚN LA IDENTIFICACIÓN DEL RESULTANTE NEONATAL:**

LLANTO AL NACER	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE	NECESIDAD DE RECIBIR CUIDADOS INTENSIVOS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	96	88,1%	SI	16	14,7%
NO	13	11,9%	NO	93	85,3%
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100,0%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100,0%</b>

**Gráfico 5: Impacto del Score Mamá según la identificación del Resultante Neonatal**



FUENTE: Recolección de datos Hospital Matilde Hidalgo de Procel 2017- 2018

ELABORADO POR: Jania Hurtado Cabezas

Guayaquil-Ecuador

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:** En base a los datos que refleja la tabla y el gráfico podemos apreciar que el 88,1% de las pacientes encuestadas respondieron que su bebés lloraron al nacer, mientras que el 11,9% manifestaron que no, en cuanto a la necesidad de recibir cuidados intensivos el 85,3% respondió que sus bebés no tuvieron la necesidad de recibir cuidados intensivos y el 14,7% respondió que sí.

Por lo tanto podemos analizar qué a pesar de existir gestantes con score mamá superior a 5, el resultante neonatal en general fue favorable en general, y por ello la identificación y manejo oportuno del score mamá es importante para obtener un resultante neonatal óptimo pudiendo evitar o disminuir la morbilidad fetal.

## 4.2 DISCUSIÓN

Debido a que el score mamá es un estudio pionero en nuestro país implementado en Agosto del 2016, no existen investigaciones internacionales sobre el tema con el que lo podamos relacionar. En el presente trabajo de investigación realizado en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, se ha podido determinar que el impacto del score mamá fue favorable en un 77.1% y que en la muestra escogida existe el riesgo obstétrico total del 78.9%, con la aplicación del score mamá se logró la identificación y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas a pesar del riesgo obstétrico.

Se evaluó que si existe el cumplimiento del score mamá en el hospital en estudio debido a que al 95.4% se les tomo los signos vitales y el 92.7% se les realizó la prueba de tirilla en orina.

Los resultados del presente trabajo de investigación guardan relación con el trabajo realizado en Ambato por Altamirano(2017) así tenemos que de acuerdo a nuestro trabajo, la principal causa de complicaciones obstétricas y de mortalidad materna detectada mediante la aplicación del score mamá fueron los trastornos hipertensivos con un total de 89.9%; de los cuales el 77.1% corresponde a la Preeclampsia, el 11% a la Eclampsia y el 1.8% al Síndrome de Hellp. Mientras que el estudio realizado en Ambato mediante la aplicación del score mamá, también reporta que los Trastornos Hipertensivos Gestacionales son la principal causa de complicaciones obstétricas y de riesgo para muerte materna, misma que al ser intervenida oportunamente decrece su incidencia.

En cuanto al resultante neonatal se identificó que fue favorable debido a que el 88.1% de los neonatos lloraron al nacer y el 85.3% no tuvo la necesidad de recibir cuidados intensivos. Lamentablemente no se puede comparar los principales resultados de este trabajo con el anteriormente mencionado, ya que en el mismo no hay más reportes relacionado a la presente investigación.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

Después de haber culminado el presente trabajo podemos concluir que:

1. Se determinó el riesgo obstétrico, identificando que las pacientes de la muestra por su puntuación de score mamá constituyen un riesgo obstétrico alto, sin embargo al realizar la categorización de riesgo según el formulario de recolección de datos tenemos que se determinó un riesgo obstétrico total del 78.9%, y con la identificación oportuna por medio del SCORE MAMÁ, se actúa sobre él y se evita muerte materna.
2. Se logró efectivamente evaluar el cumplimiento de la estrategia de alarma materna Score mamá en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, de lo cual podemos concluir que en la institución si se cumple con la toma de signos vitales en un 95.4% y por lo tanto esto permite que el impacto del score mamá en el estudio realizado sea favorable, logrando la disminución de la morbilidad materno fetal.
3. Que las complicaciones obstétricas más frecuentes detectadas mediante la aplicación del score mamá fueron los trastornos hipertensivos en el embarazo con un 89.9%, y de estas la que mayor puntuación alcanzó fue la Preeclampsia que llegó al 77.1%. Por ello la importancia de la aplicación del Score Mamá, permitiendo conocer cuál es la forma adecuada para poder actuar correctamente ante una alarma materna, previniendo así posibles factores de riesgo, evitando complicaciones y secuelas a largo plazo en las gestantes y el producto.
4. El impacto favorable del SCORE MAMÁ en el manejo e identificación oportuna de las complicaciones obstétricas, se obtuvo un resultante neonatal óptimo, debido a que un total de 85.3% de los neonatos no tuvo la necesidad de recibir cuidados

intensivos, lo que quiere decir ante un score mamá desfavorable la actuación del personal de salud debe ser inmediata, disminuyendo así la morbimortalidad fetal.

5. Finalmente podemos concluir diciendo que el score mamá es una herramienta útil para la prevención de complicaciones obstétricas de la mujer gestante, por lo que el aporte del presente proyecto deja como aprendizaje que la aplicación del score mama redujo notablemente la muerte materna durante la gestación ya que en este estudio se logró identificar que su impacto fue favorable en un 77.1% por ello que es muy importante su aplicación desde los controles prenatales, logrando identificar a tiempo el riesgo de morbimortalidad materno fetal.

## 5.2 RECOMENDACIONES

1. Controlar que el personal de salud que labora en las instituciones de salud, llenen de forma completa todos los datos y formularios de las pacientes, pues esta información es determinante para la aplicación de la herramienta SCORE MAMÁ que resulta de mucha ayuda ante la prevención de la muerte materna y de complicaciones obstétricas.
2. El MSP debe promover la realización de trabajos investigativos que evalúen el proceso de avance en cuanto a la utilización del Score Mamá y la disminución de las complicaciones obstétricas.
3. Educar a las pacientes sobre la importancia de la toma correcta de los signos vitales en cada uno de los controles prenatales con el objetivo de identificar oportunamente las complicaciones obstétricas.
4. Realizar futuras evaluaciones mediante una ficha recolectora de datos para crear una fuente de datos que determinen la incidencia de muerte materna por la dificultad en el uso del Protocolo Score mamá y claves obstétricas por parte del personal de Ginecoobstetricia.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kenneth Leveno , Steven Bloom, Brian Casey, Jodi Dashe , Jeanne Sheffield, Barbara Hoffman, . . . F. Gary Cunningham. (2015). Williams Obstetricia :COMPLICACIONES OBSTETRICAS :TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS CAP 11. 24va edicion McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
2. Ministerio de Salud Pública. . (2016.). Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC) Segunda edición ; Dirección Nacional de Normatización; . Quito.
3. (MSP), M. d. (2016). Control Prenatal.Guía de práctica clínica(GPC). Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>
4. (OPS), O. P. (2015). Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas.
5. Altamirano, L. (2017). Impacto del Score mama sobre la mortalidad en mujeres embarazadas. Ambato-Ecuador: C.A.
6. DÍAZ LÓPEZ, K. P. (2017). MEDICIÓN DEL IMPACTO DEL SCORE MAMÁ RELACIONADO CON LAS COMPLICACIONES GINECOOBSTETRICIAS. Tulcan.
7. Dras Mazza, M. M., Vallejo, C. M., & González Blanco, M. (2014). Scielo: Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela .
8. González, P. (2015). Anestesiología en Ginecoobstetricia. Revista Mexicana de Anestesiología.
9. Guia de Práctica clínica. (2013). Trastornos Hipertensivos del embarazo. MSP. Quito: EditogramS.A (pp.17-18).
10. Herrear, D. V., Oliva, D. J., & Domínguez, D. F. (2014). Riesgo Reproductivo;Riesgo Obstetrico. La Habana.
11. INEC. (Junio de 2017). Estimación de la Razon de Mortalidad Materna en el Ecuador . Obtenido de RMM\_Nota\_metodologica\_INEC\_2016.pdf: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2016/RMM\\_Nota\\_metodologica\\_INEC\\_2016.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf)
12. Jara, S. (18 de Octubre de 2016). Estrategia para la reduccion de muerte materna.
13. Leandra, N. L. (2017). ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS CON LA APLICACIÓN DEL SCORE MAMA Y SIN EL . LOJA-ECUADOR.



14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, S. M. (2016). Protocolo SCORE MAMA. . Quito-Ecuador : Dirección Nacional de Normatización.
15. MJ, M., & Barrientos. (2014). Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. Protocolo de atención en el embarazo de bajo y alto riesgo. Pimssalud.
16. MSP. ( 2013. ). Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito: Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
17. MSP. (2015). Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. . Quito-Ecuador: Dirección Nacional de Normatización.
18. OBSTETRICIA, W. (2012). CoTRASTORNOS HIPERTENSIVOS . (24a. ed.).
19. OMS. (SEPTIEMBRE de 2016). MORTALIDAD MATERNA. Obtenido de NOTA DESCRIPTIVA (CENTRO DE PRENSA): <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
20. PUBLICA, M. D. (octubre de 2015). Estrategia-Alarma-Materna-Score-MAMA estrategia "ALARMA MATERNA" en el Ecuador. . Obtenido de <https://es.scribd.com/document/323921766/Estrategia-Alarma-Materna-Score-MAMA-y-Codigos-08-10-2015>
21. SALUD, M. C. (2015). CLASIFICACION DE RIESGO OBSTETRICO. Obtenido de CLASIFICACION DE RIESGO OBSTETRICO.
22. SCIELO: Dra. Patricia Asturizaga, D. L. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. Obtenido de Revista. Médica. La Paz v.20 n.2 La Paz : [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009)
23. Stanford children's Health. (2017). Hipertensión gestacional. Obtenido de <http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hipertensi-ngestacional-90-P05594>

# ANEXOS

**ANEXO: 1 CERTIFICADO DE PERMISO DE REALIZACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL**



Guayaquil, 22 de diciembre del 2017

**Dra. Ana Mejía**  
**DIRECTORA**  
**HOSPITAL MATERNO INFANTIL "DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL"**

**En su despacho.-**

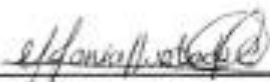
De mi consideración:

Me dirijo a usted yo HURTADO CABEZAS JANIA LICETH, con cédula de Identidad N<sup>o</sup>.0940289697 de la manera más respetuosa, para solicitarle que me confiera los datos estadísticos desde AGOSTO del 2017 hasta ENERO del 2018 y me permita realizar encuesta a las pacientes de institución. TEMA: "IMPACTO DEL SCORE MAMA EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS .HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL 2017- 2018"

Por cuanto esta documentación, es de suma importancia para poder realizar mi trabajo de titulación.

En espera de una respuesta favorable, quedamos de usted muy agradecidas.

Atentamente,

  
HURTADO CABEZAS JANIA  
CI: 0940289697

  
Tutora Obst. BEATRIZ MORAN RIVAS Msc.

  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL  
Dra. Ana Mejía Velastegui  
DIRECCIÓN TÉCNICA ASISTENCIAL  
22/12/2017

Recibido  
21/12/17

## ANEXO 2



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**



## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“IMPACTO DEL SCORE MAMÁ EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO OPORTUNO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO 2017-2018.”**

**FECHA.....**

### 1-EDAD

≤ 19.....                      30-34.....  
 20-24.....                      ≥35.....  
 25-29.....

### 2-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

HIPERTENSION.....                      EPILEPSIA.....  
 PREECLAMPSIA.....                      DIABETES.....  
 ECLAMPSIA.....                      OTROS: ...  
 NINGUNO.....

### 3-ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

PRIMIGESTA.....  
 SECUNDIGESTA.....  
 MULTÍPARA.....  
 GRAN MULTIPARA.....

### 4-EDAD GESTACIONAL: FUM

20-27.....                      28-36.....                      37 – 41.....

### 5-NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

NINGUNO.....                      DE 1 A 4.....  
 DE 5 A 8.....                      MÁS DE 8.....

**6-PUNTUACIÓN DEL SCORE MAMÁ**

PUNTUACIÓN:.....

Presión arterial.....

Frecuencia Cardíaca (FC).....

Frecuencia Respiratoria (FR).....

Saturación de Oxígeno (Sat).....

Temperatura (T).....

Estado de Conciencia.....

Proteinuria.....

**7: DIAGNÓSTICO:**.....**8-VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO:**

PARTO.....

CESÁREA.....

**9-COMPLICACIÓN**.....**EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL SCORE MAMA:**

10-¿SEÑORA LE TOMARON LOS SIGNOS VITALES CUANDO LLEGÓ?

SI.....

NO.....

11-LE REALIZARON LA PRUEBA DE LA TIRILLA EN ORINA

SI.....

NO.....

**IDENTIFICACIÓN DEL RESULTANTE NEONATAL:**

12-EN QUE CONDICIONES NACIO EL NIÑO ¿LLORO AL NACER?

SI.....

NO.....

13-¿TUVO NECESIDAD DE RECIBIR CUIDADOS INTENSIVOS (O2, Termocuna, Medicación)?

SI.....

NO.....

### ANEXO 3: PASOS A SEGUIR SEGÚN LA PUNTUACIÓN DEL SCORE MAMÁ EN LAS UNIDADES TIPO C Y HOSPITALES BÁSICOS

<b>1</b>	<b>EVALÚE Y ANALICE FACTORES DE RIESGO</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplique Score MAMÁ c/4 horas y registre.</li> <li>2. Reevalúe signos vitales y signos de peligro maternos.</li> <li>3. Evalúe factores de riesgo.</li> <li>4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard.</li> <li>5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista.</li> <li>6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (agendamiento).</li> </ol>
<b>2-4</b>	<b>TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplique el Score MAMÁ c/hora y registre</li> <li>2. Evalúe signos vitales más signos de peligro maternos.</li> <li>3. Realice diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica.</li> <li>4. Comunique al médico tratante quien debe evaluar en máximo 30 minutos</li> <li>5. Aliste, active y aplique CLAVE: AZUL, ROJA o AMARILLA según sea el caso.</li> <li>6. Si no revierte puntaje en una hora, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad dependiendo del tipo de complicación obstétrica.</li> <li>7. Transfiera con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior.</li> <li>8. Active cadena de llamadas: comunique al Director del Establecimiento de Salud y éste al Director Distrital o Zonal.</li> <li>9. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.</li> </ol>
<b>5</b>	<b>TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplique Score MAMÁ c/30 minutos y registre.</li> <li>2. Evalúe signos vitales más signos de peligro maternos.</li> <li>3. Realice diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica.</li> <li>4. Comunique al médico tratante, quien debe evaluar a la paciente en máximo 15 minutos.</li> <li>5. Aliste, active y aplique CLAVE: AZUL, ROJA o AMARILLA según sea el caso.</li> <li>6. Si no revierte puntaje en 30 minutos, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad dependiendo del tipo de complicación obstétrica.</li> <li>7. Transfiera con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior.</li> <li>8. Active cadena de llamadas: comunique al Director del Establecimiento de Salud y éste al Director Distrital o Zonal.</li> <li>9. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.</li> </ol>

**ANEXO 4: IMÁGENES DE KITS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL PARA LA ACTIVACIÓN DE CLAVES**

**KITS AZUL: TRASTORNOS HIPERTENSIVOS**



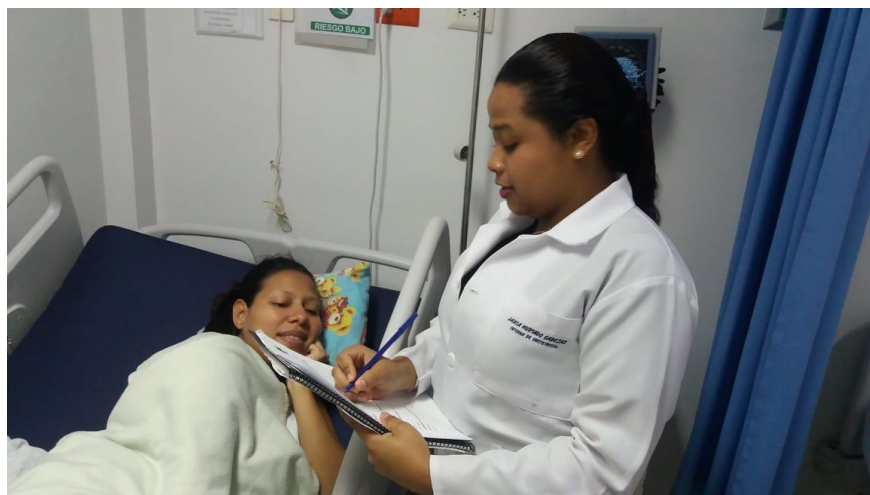
**KITS ROJO : HEMORRAGIAS**



**KITS AMARILLO : SEPSIS**



**ANEXO 5: FOTOGRAFÍAS DE ENCUESTAS, MEDIANTE LA FICHA DE RECOLECCIÓN REALIZADA A LAS PACIENTES QUE INGRESARON AL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL**









**ANEXO 7:****DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN EL RIESGO OBSTÉTRICO:**

<b>CATEGORIZACIÓN DE RIESGO</b>	<b>NÚMERO DE CASOS</b>
<b>SIN RIESGO</b>	23
<b>BAJO RIESGO</b>	
- Control insuficiente de la gestación <4 visitas prenatales o 1 visita tras semana 20 de gestación.	21
- Edad materna <16 o >35 años	07
- Gran multiparidad 5 o más fetos de por lo menos de 28 semanas.	03
-Obesidad	03
-Anemia leve	03
<b>ALTO RIESGO</b>	
- Cirugía uterina previa.	07
- Diabetes gestacional.	04
- Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg.	05
- Hipertensión	06
<b>RIESGO MUY ALTO</b>	
- Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.	17
- Preeclampsia grave : TA diastólica mayor o igual 110 mmHg o TA sistólica mayor o igual a 140 mmHg	05
-Eclampsia	03
-Epilepsia	02
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>