



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

**ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS CON LA
APLICACIÓN DEL SCORE MAMÁ Y SIN ÉL, EN EL HOSPITAL
BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL

AUTORA:

Leandra Mariel Navarro León

DIRECTOR:

Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR
2017



CERTIFICACIÓN

**Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS**

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de Tesis titulada **“ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS CON LA APLICACIÓN DEL SCORE MAMÁ Y SIN ÉL, EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR”**, de autoría de la Sra. Leandra Mariel Navarro León previo a la obtención del Título de MÉDICO GENERAL, ha sido orientada, dirigida y revisada bajo mi dirección; por lo tanto autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Loja, 26 de Enero del 2017

Atentamente,



.....
Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Leandra Mariel Navarro León, egresada de la Carrera de Medicina, perteneciente al Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado **“ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS CON LA APLICACIÓN DEL SCORE MAMÁ Y SIN ÉL, EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR”**, es de autoría propia y no ha sido previamente presentado para ningún grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establecen en los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la ley de propiedad intelectual.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Leandra Mariel Navarro León

Firma:.....

Pasaporte: 4329622

Fecha: 26 de enero de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Leandra Mariel Navarro León declaro ser autor de la tesis titulada: “**ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS CON LA APLICACIÓN DEL SCORE MAMÁ Y SIN ÉL, EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR**”, como requisito para optar el grado de MEDICA GENERAL; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 26 días del mes de enero del dos mil diecisiete. Firma el autor.

Firma: .....

Autora: Leandra Mariel Navarro León

Pasaporte: 4329622

Dirección: Perú

Correo electrónico: marilean_geminis@hotmail.com

Celular: 005173503182

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, Mg. Sc

DEDICATORIA

A MIS PADRES, AMPARO Y EDDY, por su gran amor y apoyo incondicional, por estar ahí junto a mí cuando más los necesitaba, por aquellos consejos brindados para salir adelante, porque sin ellos todo lo logrado no sería posible.

A MIS HERMANOS, aquellas personitas que me vieron como su mayor ejemplo, y que pese a la distancia siempre estaban ahí para darme todo su amor, A TI MERCEDES por darme una sobrina muy hermosa.

A MI ESPOSO ALEXANDER, por ser mi compañero, amigo, y confidente, por su gran apoyo, por incentivar me siempre salir a delante , por enseñarme ser paciente, por su amor que a pesar de estos años cada día es más grande e indestructible, porque a pesar de las altas y bajas estamos más unidos que nunca.

A MI HIJA AKIANE, mi blanquiñosa por enseñarme cada día nuevas cosas y al mirarla darme cuenta que haría hasta lo imposible por verla feliz, y por enseñarme a ser madre.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A MIS PADRES AMPARO Y EDDY, por su paciencia durante estos años de mi formación profesional, por estar ahí y siempre decirme tú puedes y por permitirme separarme de ellos para lograr mis sueños, GRACIAS POR SER LOS MEJORES PADRES QUE DIOS PUDO HABERME DADO.

A MIS HERMANOS MERCEDES, NAYELLY Y ALEJANDRO, por ese amor siempre brindado, por hacerme sentir su orgullo y la persona en la que más confían, gracias por ser mis mejores amigos.

A MI ESPOSO ALEXANDER, por todos estos años que llevamos juntos y así aprender muchas cosas a tu lado, por tu paciencia, por amarme, por ser mi confidente, mi amigo, mi cómplice; y por permitirme formar una hermosa familia junto a nuestra hija, AYSELL AKIANE.

DOCENTES DE UNL, por darme la oportunidad de estudiar y formarme profesionalmente en sus aulas.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	i
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICAS	x
1. TÍTULO:.....	1
2. RESUMEN	2
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	7
4.1 RIESGO OBSTÉTRICO.....	7
4.1.1 CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO	7
4.2 SCORE MAMÁ	10
4.3 PARTO.....	17
4.3.1 PARTO POR CESÁREA	18
4.4 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	20
4.4.1 Patologías hemorrágicas.....	20
4.4.2 Hipertensión gestacional	24
4.4.3. Síndromes infecciosos.	29
5. METODOLOGÍA	31
5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	31
5.2. AREA DE ESTUDIO.....	31
5.3. UNIVERSO DE ESTUDIO	31
5.4. MUESTRA.....	31

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	31
5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	32
5.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	32
5.6. PLAN DE ANÁLISIS:.....	32
6. RESULTADOS.....	33
7. DISCUSIÓN.....	38
8. CONCLUSIONES.....	41
9. RECOMENDACIONES.....	42
10. BIBLIOGRAFÍA.....	43
11. ANEXOS.....	45
ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
ANEXO 2: PROYECTO DE TESIS.....	49
ANEXO 3: CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DE RESUMEN.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Distribución de las gestantes según Riesgo Obstétrico	33
TABALA N°2: Distribución de las gestantes según Manifestaciones del Score Mamá	34
TABLA N°3: Distribución de las gestantes según Vía de Terminación del embarazo	35
TABLA N°4: Distribución de las gestantes según Causas de cesárea	36
TABLA N°5: Distribución de las gestantes según Complicaciones Obstétricas	37

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA N°1: Identificación de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas en el Hospital Binacional de Macará- Ecuador.....	33
GRÁFICA N°2: Score Mamá de mujeres embarazadas en el Hospital Binacional de Macará - Ecuador	34
GRÁFICA N°3: Terminación del embarazo en el Hospital Binacional de Macará - Ecuador	35
GRÁFICA N°4: Causas de cesárea en el Hospital Binacional de Macará - Ecuador	36
GRÁFICA N°5: Complicaciones obstétricas en el Hospital Binacional de Macará - Ecuador	37

1. TÍTULO:

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN
EMBARAZADAS ATENDIDAS CON LA APLICACIÓN DEL SCORE MAMÁ Y SIN
ÉL, EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR”**

2. RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como propósito determinar las complicaciones obstétricas sin la utilización del SCORE MAMÁ y con la utilización de esta estrategia , y también analizar el cumplimiento de la estrategia de salud materna (Score Mamá) según las normas del Ministerio de Salud Pública en la Atención Materna del Hospital de Macará. Este estudio es de tipo descriptivo, comparativo y retrospectivo; con una muestra de 417 historias clínicas, que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. En nuestro estudio se determinó que en el 2015 el factor de riesgo bajo es (22,79%); y en el 2016 (37,13%), riesgo alto 2015 (22,79%) y en el 2016 (13,37%), riesgo muy alto en el 2015 (0,47%) y en el 2016 (0,99%). Puntuación del SCORE MAMÁ, normal (88,12%), baja (7,43%), alta (2,97%) y muy alta (1,48%). La finalización del embarazo de los 105 casos durante en el 2015, fueron 78.10% por vía vaginal y 21.90% en cesárea, debido a causas maternas (60,87%) y a causas fetales (39,13%) y durante el año 2016 de los 79 casos, fueron 72,22% por vía vaginal y 22,78% en cesaría, por causas maternas (61,11%) y causas fetales (38,89%). Las complicaciones obstétricas observadas en el presente estudio determinan que en el 2015 fueron 45,12% y durante el 2016 fueron 25,74%. Y se logró concluir que complicaciones obstétricas disminuyeron cuando fueron aplicadas con el SCORE MAMÁ, además se observó que se realizó un buen manejo clínico a las pacientes que presentaron algún tipo de variación en la puntuación del SCORE MAMÁ.

Palabras Claves: SCORE MAMÁ, COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, PARTO, CESÁREA.

SUMMARY

The present study aimed to determine the obstetric complications without the use of the SCORE MAMA and the use of this strategy, and also to analyze the compliance of the maternal health strategy (SCORE MAMA) according to the norms of the Ministry of Public Health In the maternal care of the hospital of Macará. This study is descriptive, comparative and retrospective; with a sample of 147 clinical histories, that fulfilled the criteria of inclusion and exclusion. In our study it was determined that in 2015 the low risk factor is (22,79 %) and in 2016 (37,13%) very high risk and in the 2015 (22,79%) and in 2016 (13,37%). Punctuation of SCORE MAMA, normal (88,12%) , low (7,43%), high (2,97%) and very high (1,48%). The end of the pregnancy of the 105 cases during 2015, were 78.10% vaginally and 21,90% in cesarean, due to maternal causes were (60,87%) and to fetal causes (39,13%) And during 2016 of the 79 cases were 72,22% vaginally and 22,78% were cesarean, from maternal causes (61,11%) and fetal causes (38,89%). The obstetric complications observed in the present study determine that in 2015 they were 45,12% and in 2016 they were 25,74%. And it was possible to conclude that obstetrical complications decreased when they were applied with the SCORE MAMA. Also it was observed that a good clinical management was performed to the patients who presented some type of variation in the punctuation of the SCORE MAMA.

Key words: Score mama, obstetric complications, labor, cesarean.

3. INTRODUCCIÓN

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. 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.

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. La maternidad es un periodo privilegiado en la vida de la mujer, pues enfrenta riesgos, por lo tanto, la maternidad sin riesgos es un indicador del nivel de desarrollo humano y se constituye en 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, para lograr que sus hijos nazcan sanos y fuertes.

Entre las causas de mortalidad materna en el mundo se considera en primer lugar a la hemorragia grave con un 24% (según datos proporcionados por la OMS, UNICEF, UNPFA y BM 2007); le siguen causas indirectas como las infecciones, el aborto peligroso, la hipertensión, el parto inducido y otras causas directas.

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 MAMA, claves de

emergencia obstétrica y kits de atención, con el objetivo de inferir sobre la morbilidad y mortalidad materna.

El Hospital Básico de Macará no cuenta con estudios anteriores que nos permitan determinar la morbilidad y mortalidad materna a nivel local ni la aplicación de planes estratégicos de atención de las usuarias embarazadas. La limitada calidad de atención perinatal se deben principalmente a un sistema irregular de evaluación continua de prácticas clínicas y tratamientos para las patologías obstétricas que están fundadas en la mayoría de los casos en criterios personales y no en normas basados en la evidencia científica; esto se ve reflejado en un débil cumplimiento de estándares de calidad en la unidad de salud así como su gestión para cubrir las necesidades de capacitación al personal médico.

La importancia de esta investigación radica en conocer la aplicación de las estrategias de alarma materna (SCORE MAMÁ) y las complicaciones obstétricas, y su relación para las 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.

El desarrollo de la investigación científica, es de tipo descriptivo, comparativo y retrospectivo; con una muestra de 417 historias clínicas, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Además se pudo apreciar en cuanto a los resultados que la puntuación del SCORE MAMÁ estuvo en normal (88,12%), baja (7,43%), alta (2,97%) y muy alta (1,48%), además las complicaciones obstétricas observadas en el 2015 fueron de 45,12% y durante el 2016 fueron de 25,74%. Es por tal motivo que en la presente investigación se llega a la conclusión de que las complicaciones obstétricas disminuyeron cuando fueron aplicadas

con el SCORE MAMÁ, además se observó que se realizó un buen manejo clínico a las pacientes que presentaron algún tipo de variación en la puntuación del SCORE MAMÁ.

Por ello queda explícito de que las estrategias de alarma materna (SCORE MAMÁ) es de gran importancia para la disminución de la morbi-mortalidad materna-fetal.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 RIESGO OBSTÉTRICO

Se define como riesgo obstétrico la probabilidad de que se produzca una situación deletérea inesperada. En medicina materna fetal, este hecho, es decir el punto final no deseado: muerte fetal, muerte materna, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro (Herrera 2004; Jaramillo, Kouri, Villa 2012; Maradiegue 2010).

4.1.1 CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO (MSP 2016):

4.1.1.1 EMBARAZO DE RIESGO BAJO: Se define el embarazo de bajo riesgo, como 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.

- 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 antes.
- FUM 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 intergenésico menor de 12 meses o mayor de 5 años.

Las pacientes con éstas condiciones asegurar el cumplimiento del control Prenatal y consejería, además de visita domiciliaria programada.

4.1.1.2 EMBARAZO DE ALTO RIESGO: es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

- 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.
- Obesidad mórbida.
- TORCHES.
- Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg.
- Sospecha de malformación fetal.

Presentación anómala: constatada tras la semana de gestación.

En las pacientes con estos factores de riesgo se recomienda referencia a hospital de segundo nivel, tratamiento específico, control más seguido.

4.1.1.3 EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO: es aquel 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 provocada su descomposición.
- 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 sistólica mayor o igual a 140 mmHg.
- Patología asociada grave.
- Retardo de crecimiento intrauterino.
- Rotura prematura de membranas.
- VIH + con o sin tratamiento, SIDA.

Realizar referencia a hospital de segundo o tercer nivel, realizar manejo especializado.

4.2 SCORE MAMÁ (MSP 2015)

Es una herramienta de puntuación para detección del riesgo que se aplica al primer contacto, en emergencias obstétricas en todos los niveles de atención.

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.

Manejo del puntaje del Score Mamá: El Score MAMÁ, consta de 6 (seis) signos vitales, y 1 (un) signo cuantitativo:

- ❖ Frecuencia Cardíaca (FC)
- ❖ Presión arterial dividida en
 - Sistólica
 - Diastólica
- ❖ Frecuencia Respiratoria (FR)

- ❖ Saturación de Oxígeno (Sat)
- ❖ Estado de Conciencia
- ❖ Proteinuria

Según los protocolos del MSP 2016, se debe iniciar con la medición de los signos vitales en el siguiente orden:

Frecuencia Respiratoria

La frecuencia respiratoria es de toma obligatoria ya que cambios en estos signos vitales han sido identificados como ser el indicador más precoz y sensible del deterioro en el bienestar de la paciente. La evaluación de la frecuencia respiratoria debe llevarse a cabo durante 60 segundos, después de la evaluación de la frecuencia cardíaca, ya que si la mujer toma conciencia de la medición de sus respiraciones, las mismas se verán alteradas. Para realizar la técnica de la medición de la frecuencia respiratoria se debe simular la toma de frecuencia cardíaca, y se observara los movimientos de la caja torácica para el conteo.

La frecuencia respiratoria deberá ser documentada con un valor numérico en la hoja de evolución en la sección de signos vitales, y en el formulario 051 en el espacio designado para este signo vital. Los valores normales aceptables en frecuencia respiratoria de la gestante o puérpera son de 12 a 22 respiraciones por minuto. La taquipnea es evidencia de sepsis hasta que se pruebe lo contrario.

Presión sanguínea

La presión arterial se mide utilizando un brazalete del tamaño correcto, se recomienda que la circunferencia media del brazo (CMB) debe ser medida en todas las mujeres

embarazadas particularmente en aquellas con IMC > 29.9kg / m² en su primera visita prenatal. Si el CMB es > 33 cm se debe usar el brazalete de adulto grande.

	Ancho (cm)	Longitud (cm)	Circunferencia del brazo (cm)
Normal	12,0-13	0 - 23	Hasta 33
Adulto grande	12,5-13,	0 - 35	Hasta 42

Para realizar la medición, el estetoscopio debe ser colocado en el punto medio del brazo, el mismo que se determina midiendo la longitud de la parte superior del brazo, desde el hombro a la articulación de la fosa antecubital. Se toma el punto medio del brazo como el punto medio entre estos dos puntos de referencia.

La toma de la presión sanguínea de manera electrónica puede subestimar la lectura. Se recomienda la toma de presión arterial sanguínea manual si se evidencia una presión elevada.

Frecuencia Cardíaca

El sitio más comúnmente utilizado para evaluar la frecuencia cardíaca en el adulto es la arteria radial, ya que es fácilmente 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.

La arteria radial debe ser palpada mediante el índice y el dedo medio, en 30 segundos y se duplica si la tasa es regular, o sesenta segundos si la tasa es irregular.

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.

Los parámetros normales de frecuencia cardíaca varían entre 60 a 100 latidos por minuto, cualquier valor bajo o sobre estos parámetros es una señal importante que puede indicar una enfermedad subyacente grave, y debe ser investigada a fondo.

Saturación de Oxígeno

Los niveles de saturación de oxígeno reflejan el porcentaje de la hemoglobina arterial saturada de oxígeno en la sangre, y se conoce como SpO₂.

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.

La exactitud de la medición depende de un adecuado flujo de sangre a través del conducto de luz es decir, si la circulación periférica se ha apagado y una mujer se encuentra en un estado crítico, el resultado de SpO₂ puede ser inexacto o imposible de obtener.

Temperatura corporal

La temperatura debe ser registrado en el sitio apropiado (es decir, por vía oral, axilar, o timpánica) de acuerdo con las directrices locales, asegurando el uso correcto del termómetro, 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. Una caída o aumento de la temperatura y las oscilaciones fiebre puede indicar la sepsis. La hipotermia es un

hallazgo importante que puede indicar una infección y no debe ser ignorado. Pirexia puede enmascarse si se han administrado antipiréticos.

Nivel de Conciencia

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

Cualquier caída en el nivel de conciencia siempre debe ser considerada significativa y se debe tomar una acción inmediata.

Proteinuria

La determinación de proteinuria, más la presencia de varios signos clínicos 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.

Según la Guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos del embarazo 2015, y solamente si los métodos diagnósticos correspondientes no están disponibles, se puede realizar proteinuria en orina al azar con tira reactiva $\geq 1+$.

El método diagnóstico correspondiente es la presencia de proteinuria ≥ 300 mg en orina de 24 horas, o relación proteinuria-creatinuria en muestra aislada es \geq de 30 mg/mmol o ≥ 26 mg/mg.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE DISMINUCIÓN MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMÁ

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 50	–	51-59	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	
Sistólica	≤ 70	71-89	–	90-139	–	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≤ 50	51-59	–	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	
FR	≤ 11	–	–	12-22	–	23-29	≥ 30	FR	
T (°C) (*)	–	≤ 35.5	–	35.6-37.2	37.3-38.4	–	≥ 38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤ 85	86-89	90-93*	94-100	–	–	–	Sat	
Estado de Conciencia	–	confusa / agitada	–	alerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (***)	–	–	–	(-)	(+)	–	–	Proteinuria	
								TOTAL SCORE MAMÁ	

La adecuada toma de signos vitales puede salvar una vida.

Considere que en la labor de parto los valores de signos vitales podrian alterarse

(*) Temperatura axilar

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

La Saturación se tomará sin ayuda de oxígeno suplementario.

(***) Sobre las 20 semanas de gestación

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.

ESTABLECIMIENTOS TIPO A, B, PUESTOS DE SALUD Y PREHOSPITALARIA	
Puntaje	Pasos a Seguir
0	Evaluar y analizar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma
1	<p align="center">Evalúe y analice factores de riesgo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique score mamá cada 4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales. 3. Evalúe factores de riesgo y signos de alarma materna. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio,

	<p>Doppler fetal o campana de Pinar.</p> <p>5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista.</p> <p>6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (Agendamiento).</p>
2-4	<p style="text-align: center;">Trate y refiera según el caso</p> <p>1. Aplique Score Mamá cada hora y registre.</p> <p>2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma.</p> <p>3. Realice un diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica.</p> <p>4. Realice pruebas de bienestar fetal básica utilizando estetoscopio, Doppler fetal o campana de Pinar.</p> <p>5. Aliste, active y aplique D.R.E: AZUL (kits de Hipertensión inducida en el embarazo), o ROJO (kits de hemorragia) según sea el caso.</p> <p>6. Elabore hojas de referencia (053) y envíe a nivel de capacidad resolutive según el caso.</p> <p>7. Transfiera (acompañada de un profesional de salud).</p> <p>8. Active cadena de llamadas: comuníquese a Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital.</p> <p>9. Realice el seguimiento del caso.</p>
≥5	<p style="text-align: center;">Trate y refiera según el caso</p> <p>1. Aplique Score Mamá cada 30 minutos y registre.</p> <p>2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma.</p> <p>3. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, Doppler fetal o campana de Pinar.</p> <p>4. Aliste, active y aplique D.E.R.: AZUL (kits de hipertensión inducida en el embarazo), o ROJO (kits de hemorragia) según sea el caso del diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica.</p> <p>5. Elabore hojas de referencia (053) y envíe a establecimientos de salud de mayor complejidad según la emergencia obstétrica.</p> <p>6. Transfiera acompañada por un profesional de salud.</p> <p>7. Active cadena de llamadas: comuníquese a Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Zonal.</p> <p>8. Realice el seguimiento del caso.</p>

ESTABLECIMIENTOS TIPO C Y HOSPITALES BÁSICOS	
Puntaje	Pasos a Seguir
0	Evaluar y analizar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma
1	<p style="text-align: center;">Evalúe y analice factores de riesgo</p> <p>1. Aplique score mamá cada 4 horas y registre.</p> <p>2. Reevalúe signos vitales.</p> <p>3. Evalúe factores de riesgo y signos de alarma materna.</p> <p>4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar.</p> <p>5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista.</p> <p>6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento</p>

	(Agendamiento).
2-4	<p style="text-align: center;">Trate y refiera según el caso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score Mamá cada hora y registre. 2. Evalúe signos vitales más signos de alarma. 3. Realice un diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Comunique al médico tratante quien debe evaluar en máximo 30 minutos 5. Aliste, active y aplique CLAVE: AZUL (kits de hipertensión inducida por el embarazo), ROJA (kits de hemorragia) o AMARILLA (kits de sepsis) según sea el caso. 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. 7. Transfiera (acompañada de un profesional de salud según el caso). 8. Active cadena de llamadas: comunice a Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Zonal. 9. Si revierte puntaje use los pasos correspondiente.
≥5	<p style="text-align: center;">Trate y refiera según el caso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score Mamá cada 30 minutos y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma. 3. Realice un diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Comunique al médico tratante, quien debe evaluar a la paciente en máximo de 15 minutos. 5. Aplique Score Mamá cada 30 minutos y registre. 6. Aliste, active y aplique CLAVE: AZUL (kits de hipertensión inducida por el embarazo), ROJA (kits de hemorragia) O AMARILLA (kits de sepsis) según sea el caso. 7. 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. 8. Transfiera acompañada por un profesional de salud a nivel superior según el caso. 9. Active cadena de llamadas: comunice a Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Zonal. 10. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.

4.3 PARTO:

El parto es el proceso fisiológico por el que un feto es expulsado del útero al mundo exterior. El trabajo de parto se define como un aumento en la actividad miométrial o más concretamente como el cambio en la contractilidad miométrial que va desde la contractura (actividad esporádica de baja frecuencia) a la contracción (actividad de alta intensidad y alta

frecuencia) y que resulta en el borramiento y dilatación del cérvix uterino (Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom 2012).

4.3.1 PARTO POR CESÁREA (Nápoles, García, Couto, Torres 2005; MSP 2015)

La cesárea es una operación abdominal frecuente para el parto quirúrgico de un feto y la placenta.

En general, la cesárea es la intervención quirúrgica obstétrica más común y se emplea cuando el trabajo de parto está contraindicado, o cuando es poco probable que el parto vaginal finalice de forma segura o en un periodo de tiempo necesario para prevenir el desarrollo de morbilidad fetal o materna.

Las mujeres corren un riesgo de 5 – 7 veces de mayores complicaciones con una operación cesárea en comparación con un parto vaginal. Las complicaciones durante y después de una cirugía incluyen: lesión a la vejiga, útero y vasos sanguíneos, hemorragias. Estudios comparativos entre cesáreas programadas y cesáreas por motivos inherentes al bebe con nacimientos por vía vaginal han encontrado que un 50% de los valores de APGAR son muy bajos, requieren cinco veces más frecuentemente asistencia respiratoria y cinco veces más frecuentes son admitidos a cuidados intermedios o intensivos.

4.3.1.1 INDICACIONES DE CESÁREA (Gabbe S, Niebyl J, Simpsom J. 2006)

4.3.1.1.1 INDICACIONES DE CESÁREA ELECTIVA: De acuerdo con la evidencia médica disponible son indicaciones de cesárea electiva:

- ❖ Presentación de nalgas, transversa u oblicua: se ofrecerá siempre una versión cefálica externa a las 36 semanas.

- ❖ Macrosomía fetal: Se considerará la necesidad de practicar una cesárea electiva cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 5000g. En pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500 g.
- ❖ Placenta previa - Infecciones maternas: gestantes portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando. Pacientes VIH+, afectas de herpes genital.
- ❖ Cesárea iterativa: ≥ 2 cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4%). - Gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía)
- ❖ Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T": (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente).
- ❖ Compromiso fetal que contraindique la inducción-monitorización de la FCF del parto: (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, arritmias fetales...)
- ❖ Patología médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatía, riesgo AVC...)
- ❖ En algunos casos de prematuridad, gestaciones múltiples: dependerá de las circunstancias individuales de cada caso.

4.3.1.1.2 INDICACIONES DE CESÁREA URGENTE/EMERGENTE: Se activará el código de cesárea urgente. Las indicaciones más frecuentes son:

- ✓ Sospecha/pérdida de bienestar fetal
- ✓ DPPNI (Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta)
- ✓ Prolapso de cordón

- ✓ Ruptura uterina
- ✓ Embolia de líquido amniótico

4.4 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS (Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom 2012):

4.4.1 **Patologías hemorrágicas:** Es el sangrado que sale a través de la vagina durante el embarazo por cualquier razón. 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.

4.4.1.1 Hemorragias de la primera mitad del embarazo.

4.4.1.1.1 Aborto: El aborto en nuestro país es una de las principales causas de muerte materna. Esta se define como la interrupción espontánea o inducida antes de las 20 semanas de amenorrea con un peso inferior a 500 gramos del producto. Entre las primeras complicaciones del aborto se observan: perforaciones traumas, hemorragias, sepsis y retención de los productos de la concepción.

Clasificación: Teniendo en cuenta las causas que originan el aborto, se clasifican en: Aborto espontáneo o natural, Aborto provocado, Aborto terapéutico.

- ✓ **Aborto espontáneo o natural:** El aborto espontáneo se debe tanto a defectos paternos como maternos. Respecto a los primeros, es digno de señalar que del 40% al 50% de los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos a la

sífilis, muchas veces desconocida, ignorada, o negada a sabiendas. El restante 50% se debe a alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez entre otras. La causa de orden materno es variada. Las malformaciones de cada uno de los órganos del aparato genital femenino; los pólipos, fibromas, cánceres, las endometritis, entre otras. También algunas enfermedades como diabetes, hipertensión, o enfermedades producidas por infecciones bacterianas o virales son causantes de aborto espontáneo. Otras causas de aborto espontáneo son las malformaciones del embrión.

- ✓ **Aborto provocado o criminal:** Algunos pueblos no consideran acto criminal el aborto provocado, ya que entre ellos es conceptuado como un acto natural. Este criterio se ha mantenido en ciertas civilizaciones y hoy es practicado impunemente en ciertas sociedades. En Europa Occidental el aborto es más o menos duramente reprimido, según la política de natalidad llevada por los países en cuestión. Sin embargo y pese a la persecución penal de que es objeto, sus prácticas se desarrollan clandestinamente, y muy a menudo, sin las necesarias garantías de higiene y asepsia, lo cual provoca graves lesiones o la muerte a la embarazada. Dentro de este grupo se incluye el aborto producido por imprudencia. Su distintiva es su carácter negativo de omisión voluntaria o imprudencia unido a la aceptación de los resultados abortivos.
- ✓ **Aborto terapéutico:** Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo su contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera perdida (producto muerto) o representa un gravísimo peligro para la madre.

4.4.1.2 Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

4.4.1.2.1 Placenta previa: Otra causa de hemorragia, en su variedad central, oclusiva total o parcial, parcial, marginal o lateral se presenta con una frecuencia de uno por cada 200 o 300 embarazos siendo mayor en multíparas y en mayores de 35 años. Esta entidad constituye el 90% de los casos de pérdida sanguínea al final del embarazo.

4.4.1.2.2 Desprendimiento normoplacentario: Se denomina así a la separación de la placenta normalmente insertada antes de tiempo, desde su adherencia al endometrio. La placenta, normalmente, se desprende siempre después del nacimiento en el período de alumbramiento. El desprendimiento puede ser parcial o total y para ubicarlo en esta categoría, el desprendimiento debe ocurrir luego de las 20 semanas de gestación. Los que se producen antes de esa fecha, se consideran como abortos.

4.4.1.3 Hemorragias del parto, y puerperio (Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. 2012)

4.4.1.3.1 Atonía uterina.

Etiopatogenia. El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero se achica. A medida que se separa la placenta, el útero se hace firme y globuloso, llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado. Al final de un embarazo a término,

500-800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuadas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia. Se trata de un cuadro en que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae y no contrae, alterándose así la hemostasia. Es decir que la atonía uterina tiene lugar cuando fracasan los mecanismos de contracción normales después del alumbramiento placentario.

4. 4.1.3.2 Retención total de placenta y membranas ovulares.

- ✓ ***Retención parcial de restos placentarios.*** Con cierta frecuencia no es toda la placenta, sino uno o varios cotiledones, lo que queda retenido. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresiones apresuradas o tironeamiento desde el cordón. También ocurre como resultado de alumbramientos manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes. El diagnóstico se realiza por el examen minucioso de la placenta, que deberá ser efectuado después de todo alumbramiento. Se observa así la ausencia de uno o más cotiledones. La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido. El tacto intrauterino, que se llevará a cabo sólo en caso de necesidad, confirma el diagnóstico.

4.4.1.3.3 Desgarros del canal blando del parto: Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo. Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello, y cuerpo del útero) (OPS 2012)

❖ **Desgarros del cuello del útero.** El desgarro cervical se produce como consecuencia del pasaje de la cabeza fetal por un cuello aún no dilatado totalmente o a causa de pujos prematuros en los partos espontáneos desgarro espontáneo. Existen lesiones serias del cuello consecutivas a maniobras en las que se ha empleado la fuerza, desgarros artificiales. Son producidos por intervenciones realizadas con dilatación incompleta, dilataciones manuales del cuello, partos precipitados, fetos voluminosos, etc. Se trata de desgarros que miden más de 2cm de profundidad a partir del borde externo del cuello generalmente bilaterales, llegan a veces hasta la inserción de la vagina y aún más allá; son muy sangrantes, con hemorragia roja y continua, a pesar de una buena retracción uterina, debida generalmente al desgarro de la rama cervical de la uterina.

4.4.2 Hipertensión gestacional (MSP 2015). 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. Cuando la muerte ocurre en una paciente con preeclampsia el 37% son debidas a complicaciones cerebro vascular, mientras que en presencia de eclampsia es de 62%. Las complicaciones de la hipertensión inducidas por el embarazo en otros países son la causa del 12% de las muertes maternas que ocurren antes de la

finalización del embarazo. En nuestro país la enfermedad hipertensiva gestacional constituye otra causa importante de muerte materna representando el 20% de las muertes maternas directas.

Factores de riesgos para síndrome hipertensivo gestacional. La nuliparidad aproximadamente el 75% de los casos y si la edad es de 35 años o más el riesgo de presentar la enfermedad es más alto. Antecedentes familiares. Embarazo múltiple es cinco veces mayor que la observada en la población en general. La existencia de diabetes mellitus, polihidramnios y mola hidatiforme; la aparición de preeclampsia, eclampsia es más frecuente sobre todo en las molas de gran tamaño y cuando las manifestaciones clínicas aparecen antes de lo habitual. Hipertensión crónica es la incidencia de la enfermedad se quintuplica en relación a lo esperado. Factores ambientales.- el riesgo es mayor en las madres que viven a más de tres mil metros sobre el nivel del mar. Desnutrición y obesidad.

4.4.2.1 La preeclampsia.- Es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo o hipertensión inducida por el embarazo y asociada a elevados niveles de proteína en la orina. Debido a que la preeclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor causal específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para el trastorno.

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.

Es mucho más común en mujeres con su primer embarazo, hasta el 85% de los casos ocurren en primigrávidas y frecuentemente la incidencia disminuye considerablemente en el segundo embarazo. Se sabe que una nueva paternidad en el segundo embarazo reduce el riesgo, excepto en mujeres con una historia familiar de embarazos hipertensivo pero al mismo tiempo, el riesgo aumenta con la edad materna, por lo que ha sido difícil evaluar el verdadero efecto de la paternidad en el riesgo de preeclampsia. El riesgo es cuatro veces mayor para mujeres en cuyas familias ha habido casos de la enfermedad. También es más significativo en la aparición de preeclampsia es el haber tenido esta enfermedad en un embarazo previo.

Es más frecuente en mujeres con hipertensión, y diabetes previos al embarazo, enfermedades auto inmunes como lupus eritematoso, en pacientes con trombofilias, insuficiencia renal, y mujeres con una historia familiar con pre eclampsia, mujeres con obesidad y mujeres con múltiples gestaciones (gemelos por ejemplo). El riesgo sube a casi el doble en mujeres de raza negra. Es posible desarrollar preeclampsia después del parto, hasta un período de 6 a 8 semanas después del alumbramiento. Por ello, se debe prestar atención las 24 - 48 horas seguidas del parto con el fin de detectar posibles síntomas y signos de pre eclampsia. La morbilidad y la mortalidad materna en la preeclampsia son el resultado de disfunción terminal de un órgano, hemorragia cerebral, y eclampsia; mientras que para el recién nacido lo son la restricción del crecimiento intrauterino y el bajo peso por prematuridad.

Clasificación:

- ✓ *Preeclampsia leve*: tensión arterial (TA) \geq 140/90 mmHg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas + proteinuria \geq a 300 mg/24 horas sin criterios de gravedad.
- ✓ *Preeclampsia grave*: TA \geq a 160/110 + proteinuria positiva y asociada a uno o varios signos clínicos o de laboratorio.

Cuadro clínico.

La preeclampsia leve es un síndrome que puede presentar los siguientes signos y síntomas:

- Presión arterial de 140/90mmHg
- Edema de cara y manos
- Alteración de la función hepática y visual
- Presencia de proteína en la orina

La preeclampsia severa presenta los siguientes signos y síntomas:

- Oliguria menor de 400ml/24h
- Trastornos mentales
- Dolores epigástricos (en puñalada, intensos)
- Edema pulmonar o cianosis
- Aumento de peso de más de 2 kg en una semana
- Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia a la luz
- Cefaleas intensas y persistentes

4.4.2.1.1 Síndrome de HELLP. El síndrome HELLP es una complicación seria de la hipertensión inducida por el embarazo (problemas de alta presión del embarazo). Se presenta aproximadamente en 2 a 12 por ciento de las mujeres con hipertensión del embarazo. Generalmente se desarrolla antes del parto, pero puede presentarse también después del mismo. El síndrome HELLP consiste en los siguientes problemas:

- ✓ Hemólisis
- ✓ Desintegración de los glóbulos rojos.
- ✓ Enzimas hepáticas elevadas
- ✓ Daño a las células hepáticas que altera la función hepática
- ✓ Plaquetas bajas

Los síntomas pueden incluir:

- ✓ Dolor abdominal en el lado superior derecho o dolor alrededor del estómago
- ✓ Náuseas, vómitos
- ✓ Cefalea
- ✓ Aumento de la presión sanguínea
- ✓ Proteína en la orina
- ✓ Edema

Existen varias clasificaciones. Las más destacadas son las Clasificaciones de Mississippi y la de Tennessee que se muestran en las tablas 1 y 2 respectivamente. Se considera Síndrome de HELLP incompleto si cumple solo 1 o 2 criterios de la triada de laboratorio

Tabla 1. Clasificación de Mississippi			Tabla 2. Clasificación Tennessee	
HELLP clase I	Plaquetas	$\leq 50 \times 10^9 / L$	AST	$\geq 70 U/L$
	AST o ATL	$\geq 70 U/L$	LDH	$\geq 600 U/L$
	DHL	$\geq 600 U/L$	Plaquetas	$\leq 100 \times 10^9 / L$
HELLP clase II	Plaquetas	$50 \text{ a } 100 \times 10^9 / L$		
	AST o ATL	$\geq 70 U/L$		
	DHL	$\geq 600 U/L$		
HELLP clase III	Plaquetas	$100 \text{ a } 150 \times 10^9 / L$		
	AST o ATL	$\geq 40 U/L$		
	DHL	$\geq 600 U/L$		

4.4.2.2 Eclampsia. Se trata de una toxemia del embarazo con convulsiones. Un cuadro más agravado de la preeclampsia. Es la complicación más seria de la preeclampsia, en el Reino Unido, por ejemplo aparece en 1 de cada 2.000 embarazos y tiene una mortalidad cercana a 1.8%. El síndrome de HELLP es más común, probablemente presente en 1 de cada 500 embarazos y puede ser tan peligroso como la eclampsia misma. Ambos trastornos pueden aparecer sin anunciarse por razón de los signos prodrómicos de la preeclampsia. La hemorragia cerebral es una lesión que puede matar a mujeres con eclampsia o preeclampsia.

4.4.2.3 Hipertensión arterial crónica. Cuando se detecta tensión arterial elevada antes de la mitad del embarazo se dice que es porque la madre ya era hipertensa. Se le llama hipertensión crónica. Generalmente, como son mujeres jóvenes, no suelen saber que tienen la TA elevada y la primera noticia de esta alteración la tienen al controlarse el embarazo. La hipertensión crónica puede complicar el embarazo induciendo la aparición de una preeclampsia, sobre todo, cuando está algo alterada la función renal.

4.4.3. Síndromes infecciosos.

4.4.3.1 Endometritis puerperal.- Es la causa más común de reacciones térmicas y dolorosas del puerperio y la más frecuente localización de la infección puerperal. Puede asentar en la zona de inserción de la placenta o bien extenderse a toda la cavidad uterina. De cualquier manera, las lesiones son siempre más importantes y profundas a nivel del área

placentaria. La sintomatología de inicio generalmente brusco, se inicia entre el 3° y 5° día después del parto, con escalofríos acompañados de temperatura que oscila entre 39 y 40 °C y taquicardia. El útero se palpa subinvolucionado, blando y doloroso, los loquios suelen ser abundantes, grises o achocolatados, y más tarde purulentos y fétidos.

4.4.3.2 Septicemia puerperal.- Cuando los gérmenes que han invadido el torrente circulatorio se multiplican en el mismo, se produce la septicemia. 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.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO:

La elaboración del presente trabajo de investigación incluye la aplicación de la investigación descriptiva, comparativa y retrospectiva.

5.2. AREA DE ESTUDIO:

El estudio investigativo se realizó en el Hospital Binacional de Macará en el área de Gineco-Obstetría durante el periodo Enero – Junio 2015 y el periodo Enero – Junio 2016.

DIRECCION	Calle Lázaro Vala y calle Catamayo
CANTON	Macará
PROVINCIA	Loja
TELEFONO	072-696-227/072-694-474

5.3. UNIVERSO DE ESTUDIO:

El universo lo constituyeron 448 historias clínicas encontradas en el área de estadística del Hospital Binacional de Macará.

5.4. MUESTRA:

La muestra lo constituyeron 417 historias clínicas del Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Macará, mismas que cumplen con los criterios de exclusión de la presente investigación.

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Historias clínicas en la que las pacientes realizaron sus controles en el Hospital Binacional de Macará - Ecuador.
2. Historias clínicas en la que las pacientes asistieron en labor de parto en el Hospital Binacional de Macará - Ecuador.

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Historias clínicas en las que las pacientes fueron referidas a hospitales de mayor capacidad resolutive.

5.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- ✓ Historias Clínicas Perinatales.

Para la realización solicitamos al Director del Hospital de Macará, se autorice a quien corresponda nos permita el ingreso a los datos Estadísticos e Historias Clínicas de las usuarias del presente Hospital.

5.6. PLAN DE ANÁLISIS:

Corresponde a la elaboración de la Tesis, la misma que contiene:

- Los resultados específicos y legibles de la investigación aplicada en el estudio comparativo de complicaciones obstétricas en embarazadas atendidas con la aplicación del Score Mamá y sin él, en el Hospital de macará.
- Para la presentación de los datos se los realizó por medio de tablas simples, las que fueron procesados en porcentaje y se las analizó cuantitativamente y cualitativamente mediante la interpretación y discusión de los resultados. Estos sirvieron de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones
- Culmina con la entrega del documento general a las autoridades del Área de la Salud Humana, el mismo que contiene los puntos anteriormente mencionados.

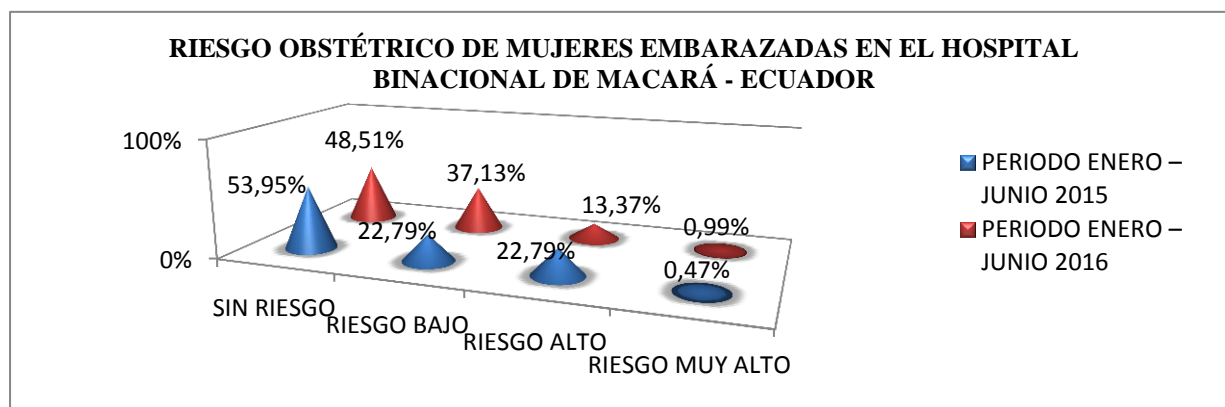
6. RESULTADOS

TABLA N° 1: Distribución de las gestantes según Riesgo Obstétrico

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR				
PARÁMETROS	PERIODO ENERO – JUNIO 2015		PERIODO ENERO – JUNIO 2016	
CATEGORIZACIÓN DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SIN RIESGO	116	53,95%	98	48,51%
RIESGO BAJO	49	22,79%	75	37,13%
RIESGO ALTO	49	22,79%	27	13,37%
RIESGO MUY ALTO	1	0,47%	2	0,99%
TOTAL	215	100%	202	100%

Fuente: Historias Clínicas.
 Autora: Leandra Navarro León.

GRÁFICO N°1



Fuente: Historias Clínicas.
 Autora: Leandra Navarro León.

Análisis e Interpretación: Apreciamos con respecto a los Riesgos Obstétricos en el Periodo Enero – Junio 2015, que 116 casos (53,95%) desarrollan un embarazo sin riesgos, en el Periodo Enero – Junio 2016 encontramos 98 gestantes sin riesgo (48,51%); en el periodo Enero – Junio 2015, 49 usuarias (22,79%) presentan algún tipo de riesgo bajo, en el Periodo Enero – Junio 2016 con riesgo bajo 75 gestantes (37,13%). Además, en el periodo Enero – Junio del 2015, 49 usuarias presentaron riesgo alto en el embarazo (22,79%), en el periodo Enero – Junio 2016 con riesgo alto 27 casos (13,37%). En el periodo Enero – Junio 2015 con Riesgo Muy Alto se observa 1 caso (0,47%), en el Periodo Enero – Junio 2016 hubo 2 casos de riesgo muy alto con un 0,99%.

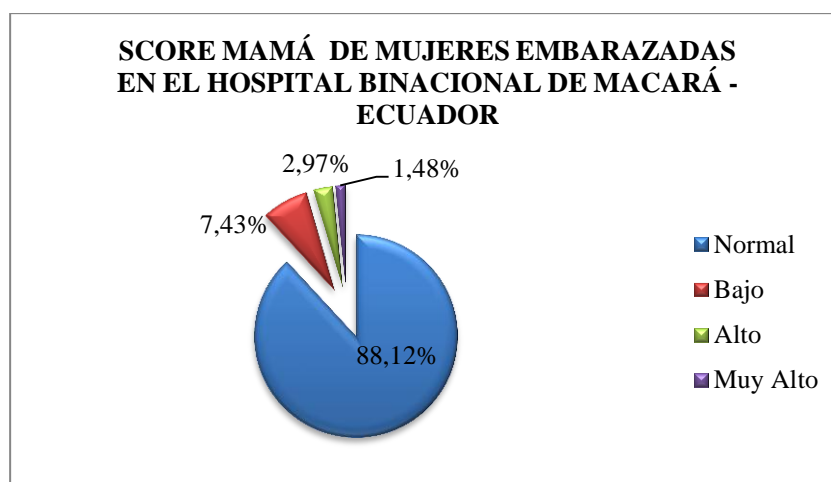
TABLA N°2: Distribución de las gestantes según Manifestaciones del Score Mamá

SCORE MAMÁ DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR		
PERIODO ENERO – JUNIO 2016		
PARÁMETROS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Normal	178	88,12%
Bajo	15	7,43%
Alto	6	2,97%
Muy Alto	3	1,48%
TOTAL	202	100%

Fuente: Historias Clínicas.

Autora: Leandra Navarro León.

GRÁFICO N° 2



Fuente: Historias Clínicas.

Autora: Leandra Navarro León.

Análisis e Interpretación: La aplicación implementada por el Ministerio de Salud del Ecuador sobre Score Mamá se puede apreciar que el 88,12% no presenta alteraciones en sus controles, se encontró con una puntuación Baja (7,43%), con una puntuación de Alta (2,97%), y el caso de 3 personas con una puntuación Muy Alta (1,48%).

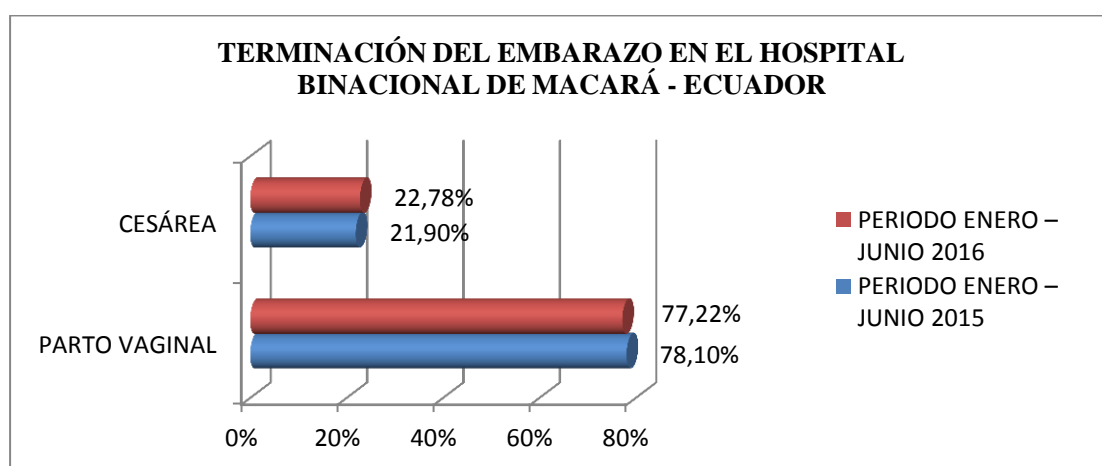
TABLA N° 3: Distribución de las gestantes según Vía de Terminación del Embarazo

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR				
PARÁMETROS	PERIODO ENERO – JUNIO 2015	PERIODO ENERO – JUNIO 2016	PERIODO ENERO – JUNIO 2015	PERIODO ENERO – JUNIO 2016
TIPO DE PARTO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PARTO VAGINAL	82	78,10%	61	77,22%
CESÁREA	23	21,90%	18	22,78%
TOTAL	105	100%	79	100%

Fuente: Historias Clínicas.

Autora: Leandra Navarro León.

GRÁFICO N°3



Fuente: Historias Clínicas.

Autora: Leandra Navarro León.

Análisis e Interpretación: En el Periodo Enero – Junio 2015 hubieron un total de 105 partos, en los cuales el 78,1% con finalización del embarazo por vía vaginal, y 21,9% se les realizó cesárea. En el Periodo Enero – Junio 2016 se realizaron 79 partos, con un 77,22% de partos por vía vaginal y un 22,78% en cesárea.

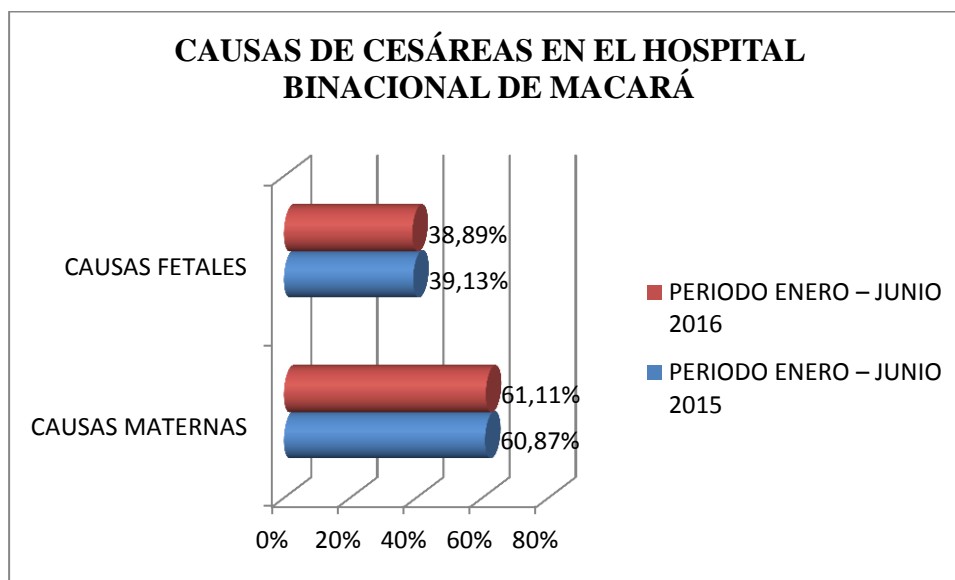
TABLA N° 4: Distribución de las gestantes según causas de Cesárea

CAUSAS DE CESÁREA EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR				
CAUSAS DE CESÁREAS PARÁMETROS	PERIODO ENERO – JUNIO 2015		PERIODO ENERO – JUNIO 2016	
	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CAUSAS MATERNAS	14	60,87%	11	61,11%
CAUSAS FETALES	9	39,13%	7	38,89%
TOTAL	23	100%	18	100%

Fuente: Historias Clínicas.

Autora: Leandra Navarro León.

GRÁFICO N° 4



Fuente: Historias Clínicas.

Autora: Leandra Navarro León.

Análisis e Interpretación: Durante el periodo Enero – Junio 2015 se realizaron 23 cesáreas, de las cuales las causas maternas corresponden a un 60,87% y las causas fetales son 39,13%. Se observó en el Periodo Enero – Junio del 2016 un total de 18 cesáreas, como causas maternas tuvo un 61,11% y causas fetales conforman un 38,89%.

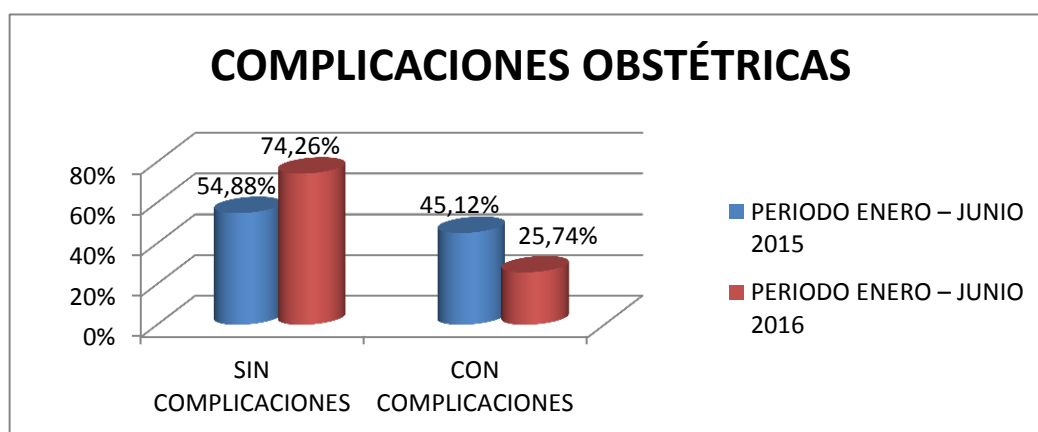
TABLA N°5: Distribución de las gestantes según Complicaciones Obstétricas

PARÁMETROS	PERIODO ENERO – JUNIO 2015		PERIODO ENERO – JUNIO 2016	
	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SIN COMPLICACIONES	118	54,88%	150	74,26%
CON COMPLICACIONES	97	45,12%	52	25,74%
TOTAL	215	100%	202	100%

Fuente: Historias Clínicas.

Autora: Leandra Navarro León.

GRÁFICO N°5



Fuente: Historias Clínicas.

Autora: Leandra Navarro León.

Análisis e Interpretación: Las complicaciones no estuvieron ausentes en nuestro estudio, es por ello que, en el Periodo Enero – Junio del 2015 se observaron 215 atenciones de embarazo, de las cuales 54,88% no presentaron complicaciones obstétrica, y el 45,12% presentaron complicaciones. Durante el periodo Enero – Junio del 2016 hubo 202 atenciones a gestantes, de las cuales el 74,26% no presentaron complicaciones y el 25,74% presentó complicaciones.

7. DISCUSIÓN

Los factores de riesgo obstétrico en nuestro estudio en el Periodo Enero – Junio 2015, 116 casos (53,95%) desarrollan un embarazo sin riesgos, en el Periodo Enero – Junio 2016 encontramos 98 gestantes sin riesgo (48,51%); en el periodo Enero – Junio 2015, 49 usuarias (22,79%) presentan algún tipo de riesgo bajo, de los cuales un 7,90% es debido a infecciones de vías urinarias bajas, y un 7,44% es por ganancia insuficiente de peso en el embarazo <5Kg, en el Periodo Enero – Junio 2016 con riesgo bajo 75 gestantes (37,13%), debido a la presencia de infecciones vías urinarias bajas (12,38%), ganancia insuficiente de peso en el embarazo (9,41%) y 6,43% con edad menor de 16 años y mayores a 35 años . Además, en el periodo Enero – Junio del 2015, 49 usuarias presentaron riesgo alto en el embarazo (22,79%), de las cuales, 8,37% es debido a Historia de Abortos, Cirugía Uterina Previa fue del 2,79%, y las anemias graves un 2,32%. En el periodo Enero – Junio 2016 con riesgo alto 27 casos (13,37%) ocasionados por antecedentes de Cirugía uterina previa (3,47%), obesidad mórbida en un 2,97%. En el periodo Enero – Junio 2015 con Riesgo Muy Alto se observa 1 caso (0,47%) debido a Amenaza de Parto Prematuro; en el Periodo Enero – Junio 2016 hubo 2 casos de riesgo muy alto con un 0,99%; por Amenaza de Parto Pretérmino. La Organización Panamericana de la Salud (OPS 2015) en su informe sobre factores que incidieron muertes maternas en las Américas alcanzó un gran porcentaje Enfermedades Hipertensivas en el embarazo con un 30,48%, seguido de complicaciones como Hemorragias postparto con 13,57%, lo cual no se observó como factores de riesgo predominantes en nuestro estudio.

El presente trabajo investigativo se realizó con la finalidad en determinar la efectividad de la herramienta planteada por el MSP en las gestantes del Hospital Binacional de Macará, encontrándose un aumento de embarazos y partos sin complicaciones para el 2016 (74,26%) en comparación del año anterior (54,88%). En cuanto a la puntuación del

Score mamá hubo un 11,88% de casos con alteración del score, a las cuales se les brindó un manejo adecuado recomendado por el MSP en sus Guías de Prácticas Clínicas, y así evitar la morbi-mortalidad materno-fetal, detallar que estas puntuaciones se vieron alteradas debido a la asociación con riesgos obstétricos. En el 2014, el Ecuador cierra su año con 166 muertes maternas, una Razón de Muerte Materna 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, esto llevó a la Autoridad Sanitaria, a través de la Gerencia Institucional de Disminución de Muerte Materna a desarrollar un sistema de puntuación de alerta temprana de morbilidad materna (Score MAMÁ), con el objetivo de clasificar el riesgo obstétrico de las mujeres gestantes y puérperas, y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva.

En el presente estudio se determinó que el 78,1% (2015) y 77,23% (2016) de los embarazos tuvo finalización por vía vaginal, y el 21,9% (2015) y el 22,78% (2016) fue por cesárea siendo las causas más relevantes: Distocia de Presentación, Cesárea anterior, y trabajo de parto prolongado para ambos periodos; la OPS (Organización Panamericana de la Salud 2012) indican que el Ecuador es el segundo país con el más alto índice de cesáreas, pues del total de partos anuales, el 41,2% son a través de operaciones, esto también lo respalda el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) que en su último informe de 2015 afirma que en la provincia de Loja se registran un total de 4912 partos de los cuales 3422 terminan en partos vaginales, 1481 partos por cesárea (30,15%). En el estudio realizado en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito el porcentaje de cesáreas en mujeres nulíparas encuestadas fue del 19%, sin embargo, hay que resaltar que dentro de este porcentaje la mitad de las mujeres encuestadas la indicación de cesárea fue de sufrimiento fetal agudo (SFA) que se podría definir como hipoxia fetal, condición asociada a una

variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y feto.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer, por cual, en nuestro estudio, se observó ruptura prematura de membranas (9,30%), Sufrimiento Fetal Agudo, Hemorragia en el primer trimestre y Abortos (6,98%, respectivamente) para el año 2015; en el año 2016 se observó Ruptura prematura de membranas y Abortos (6,44%, respectivamente), como mayores porcentajes. La OMS (Organización Mundial de la Salud) en su informe de Septiembre del 2016 señala que las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto, y los abortos peligrosos.

Se enfatiza que en el año 2015, no se implementaba aun el SCORE MAMÁ , pero en Enero 2016 se introduce a nivel nacional; considerando que el embarazo y el trabajo de parto son eventos fisiológicos normales, el observar con precisión los signos vitales de la embarazada es parte integral de la atención. Hay una posibilidad de que cualquier mujer gestante o en posparto presente riesgo de deterioro fisiológico, y el mismo no siempre se puede predecir (CLAP 2012). Es por ello que la importancia de mencionar 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. Además se indica que no se puede realizar comparaciones con otros estudios porque aún no se han realizado.

8. CONCLUSIONES

- ✓ Durante el 2015 dónde aún no se daba la aplicación del Score Mamá, hubo un gran número de casos de complicaciones obstétricas en las cuales se observó: Ruptura Prematura de Membranas, Hemorragia en el primer trimestre, Aborto y Sufrimiento Fetal Agudo, pero hay que enfatizar que la tasa de complicaciones a pesar de ser relativamente alta no hay casos reportados de muerte materna, pero sí de muerte fetal. Por tal motivo, se evidencia un gran número de embarazos con finalización en cesárea asociados con antecedentes de riesgo obstétrico de importancia.

- ✓ En cuanto a las complicaciones con la aplicación del Score Mamá en el periodo 2016, existe un menor porcentaje en comparación del año anterior, aun así, se evidenció complicaciones obstétricas como son: Ruptura Prematura de membranas, Abortos, Hemorragia en el primer trimestre y Sufrimiento fetal Agudo. En estas pacientes se les aplicó el score mamá, es por ello, que el manejo correcto a los riesgos obstétricos evidenciados y las alteraciones del score se logró la disminución del porcentaje de estas complicaciones.

- ✓ La aplicación implementada por el Ministerio de Salud del Ecuador sobre Score Mamá se puede apreciar que a pesar de presentarse alteraciones en cuanto a su puntuación el personal médico encargado realizó el manejo recomendado por el MSP.

9. RECOMENDACIONES

- ✚ Los directores hospitalarios deben sensibilizar al personal de salud, médicos, internos, residentes acerca de la importancia de la aplicación del Score Mamá, e informar al personal de salud en cuanto a la correcta aplicación del mismo.

- ✚ El MSP y universidades deben realizar eventos informáticos sobre la importancia de la utilización del Score Mamá.

- ✚ Las facultades de salud de las distintas universidades del país deben 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.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública. 2014. Informe Mortalidad en la Maternidad Ecuador. Quito – Ecuador. Recuperado de <http://salud.gob.ec>
2. HERRERA MORRE. 2014. Parto por cesárea primera electiva. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. volumen 68 (1): 79-81.
3. Ministerio de Salud pública. 2016. Control Prenatal. Guía de práctica clínica. Recuperado de: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública. 2015. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Recuperado de <http://salud.gob.ec>
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos, Protocolo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna, 2016, Quito, Ecuador.
6. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. 2012. Obstetricia de Williams. México: Mc Graw Hill.
7. Nápoles Méndez D, García Goderich AG, Couto Núñez D, Torres Acosta Y. 2005. Características de la fase latente del trabajo de parto en nuestro medio. MEDISAN.
8. Gabbe S, Niebyl J, Simpsom J. 2006. OBSTETRICIA. Madrid. Editorial MARBAN.
9. Organización panamericana de la Salud. 2012. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Recuperado de http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es

10. Organización Mundial de la Salud. 2014. El Embarazo en la Adolescencia.
Recuperado de www.who.int
11. Organización Panamericana de la Salud. 2015. Base de datos regional de mortalidad,
Observatorio Regional de Salud. Recuperado de www.paho.org/rho
12. Organización Mundial de la Salud. 2012. Estadísticas sanitarias mundiales 2012.
Recuperado de:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf

11. ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: “ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS CON LA APLICACIÓN DEL SCORE MAMÁ Y SIN ÉL, EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR”

1. Distribución de las gestantes según Riesgo Obstétrico

RIESGO OBSTÉTRICO DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR, EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2015 Y ENERO - JUNIO DEL 2016				
PARÁMETROS	PERIODO ENERO – JUNIO 2015		PERIODO ENERO – JUNIO 2016	
CATEGORIZACIÓN DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SIN RIESGO	116	53,95%	98	48,51%
RIESGO BAJO	49	22,79%	75	37,13%
✓ Control insuficiente de la gestación <4 visitas prenatales o 1 visita tras semana 20 de gestación.	0	0%	7	3,46%
✓ Edad materna <16 o >35 años.	5	2,33%	13	6,43%
✓ Gran multiparidad 5 o más fetos de por lo menos de 28 semanas.	7	3,26%	5	2,47%
✓ Hemorragia del primer trimestre.	1	0,46%	1	0,50%
✓ Ganancia de peso insuficiente en el embarazo < 5kg.	16	7,44%	19	9,41%
✓ Incremento de peso excesivo en el embarazo > 15kg.	3	1,40%	5	2,48%
✓ Infección urinaria baja.	17	7,90%	25	12,38%
RIESGO ALTO	49	22,79%	27	13,37%
✓ Anemia grave (Hb < 9g/dL o hematocrito < 25%).	5	2,32%	2	0,99%
✓ Cirugía uterina previa.	6	2,79%	7	3,47%
✓ Diabetes gestacional.	4	1,86%	3	1,48%
✓ Embarazo gemelar.	1	0,46%	1	0,50%
✓ Hemorragia en el segundo trimestre.	3	1,40%	0	0%

✓ Oligoamnios.	3	1,40%	0	0%
✓ Historia de abortos.	18	8,37%	4	1,98%
✓ Obesidad mórbida.	4	1,86%	6	2,77%
✓ Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg.	2	0,93%	1	0,50%
✓ Historia de partos distócicos.	3	1,40%	3	1,48%
RIESGO MUY ALTO	1	0,47%	2	0,99%
✓ Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.	1	0,47%	2	0,99%
TOTAL	215	100%	202	100%

2. Distribución de las gestantes según Manifestaciones del Score Mamá

SCORE MAMÁ EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR	
PERIODO ENERO – JUNIO 2016	
PUNTAJE	NÚMERO DE CASOS
Normal	
Bajo	
Alto	
Muy Alto	
No aplicadas	
vacías	
TOTAL	

3. Distribución de las gestantes según Manifestaciones del Score Mamá

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR, EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2015 Y ENERO - JUNIO DEL 2016		
	PERIODO ENERO – JUNIO 2015	PERIODO ENERO – JUNIO 2016
TIPO DE PARTO	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE CASOS
PARTO VAGINAL		
CESÁREA		
TOTAL		

4. Distribución de las gestantes según causas de Cesárea

CAUSAS DE CESÁREA DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR, EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2015 Y ENERO - JUNIO DEL 2016				
	PERIODO ENERO – JUNIO 2015		PERIODO ENERO – JUNIO 2016	
PARÁMETROS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CESÁREA ANTERIOR	5	21,74%	4	22,22%
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN	7	30,43%	6	33,33%
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	4	17,39%	3	16,67%
ESTRECHEZ PÉLVICA	3	13,04%	2	11,11%
CONDILOMATOSIS VAGINAL	2	8,7%	2	11,11%
SUFRIMIENTO FETAL	2	8,7%	1	5,56%
TOTAL	23	100%	18	100%

5. Distribución de las gestantes según Complicaciones Obstétricas

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR, EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2015 Y ENERO - JUNIO DEL 2016				
	PERIODO ENERO – JUNIO 2015		PERIODO ENERO – JUNIO 2016	
PARÁMETROS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SIN COMPLICACIONES	118	54,88%	150	74,26%
HEMORRAGIA DEL 1º TRIMESTRE	15	6,98%	5	2,48%
ABORTO	15	6,98%	13	6,44%
PREECLAMPSIA	5	2,33%	2	0,99%
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	8	3,72%	4	1,98%
ROTURA PREMATURA DE	20	9,3%	13	6,44%

MEMBRANAS				
PARTO PRETÉRMINO	7	3,26%	4	1,98%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	2	0,93%	1	0,49%
BAJO PESO AL NACER < 2500g.	3	1,4%	3	1,48%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	15	6,98%	5	2,48%
OBITO FETAL	3	1,4%	0	0%
RUPTURA UTERINA	0	0%	1	0,49%
RETENCIÓN PLACENTARIA	3	1,4%	1	0,49%
ATONÍA UTERINA	1	0,47%	0	0%
TOTAL	215	100%	202	100%

ANEXO 2: PROYECTO DE TESIS**TEMA:**

“ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS CON LA APLICACIÓN DEL SCORE MAMÁ Y SIN ÉL, EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ - ECUADOR”

PROBLEMA:

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en embarazadas atendidas con la aplicación del Score Mamá y sin él, en el Hospital Binacional de Macará Ecuador?

JUSTIFICACIÓN

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. 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.

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. La maternidad es un periodo privilegiado en la vida de la mujer, pues enfrenta riesgos que no pueden ser prevenidos, pero sí evitados, por lo tanto, la maternidad sin riesgos es un indicador del nivel de desarrollo humano y se constituye en 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, para lograr que sus hijos nazcan sanos y fuertes.

La mayor parte de las muertes de las gestantes se producen en lugares pobres y con poco acceso a los establecimientos de salud. Generalmente, esto sucede en donde no existen medios de transporte ó el traslado se realiza en vehículos poco adecuados, originando que los partos sean en lugares sin condiciones de bioseguridad y ausencia del personal calificado. Siendo la hemorragia la causa principal del deceso. En menor número está la hipertensión, el aborto, la infección y otras situaciones no determinadas.

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. Los signos de alarma no son identificados a tiempo por las gestantes o sus familiares y eso contribuye al aumento del riesgo de las madres y sus menores, lo cual produce la muerte.

Entre las causas de mortalidad materna en el mundo se considera en primer lugar a la hemorragia grave con un 24% (según datos proporcionados por la OMS, UNICEF, UNPFA y

BM 2007); le siguen causas indirectas como las infecciones, el aborto peligroso, la hipertensión, el parto inducido y otras causas directas.

En tanto, en América Latina según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el riesgo de morir de una mujer es de 1 en 17 en Haití; le sigue Bolivia con 1 en 26; El Salvador con 1 en 65; Honduras, 1 en 75, y Guatemala y Perú se encuentran en quinto y sexto lugar respectivamente, con una muerte entre 85 mujeres. También, le sigue pero con menor cifra de riesgo, Nicaragua, Paraguay, Brasil, Ecuador, México, República Dominicana, Colombia, Cuba y Panamá, cuyo índice de muerte es 510 mujeres.

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 MAMA, claves de emergencia obstétrica y kits de atención, con el objetivo de inferir sobre la morbilidad y mortalidad materna.

Ninguna madre que llegue a la puerta de un hospital debe morir, por grave que sea la causa o gravedad con la que lo hace. Que ‘llegó muy grave’ no es una justificación, pues por eso mismo acude. Las hospitalarias constituyen la mayoría de muertes maternas en Ecuador, lo cual amerita un análisis mayor, con datos, sobre todo en lugares lejanos o fronterizos debido a que no se dispone de datos reales o concretos, sino que están inmiscuidos dentro de datos regionales o provinciales.

El Hospital Básico de Macará no cuenta con estudios anteriores que nos permitan determinar la morbilidad y mortalidad materna a nivel local ni la aplicación de planes estratégicos de atención de las usuarias embarazadas. La limitada calidad de atención perinatal se deben principalmente a un sistema irregular de evaluación continua de prácticas clínicas y tratamientos para las patologías obstétricas que están fundadas en la mayoría de los casos en criterios personales y no en normas basados en la evidencia científica; esto se ve reflejado en un débil cumplimiento de estándares de calidad en la unidad de salud así como su gestión para cubrir las necesidades de capacitación al personal médico.

El uso de un sistema de información interconectado que acompaña y evalúa las decisiones de salud en todos los niveles como el Sistema Informático Perinatal de la

OMS/OPS presenta deficiencias por la insuficiente cantidad y calidad de los datos, y manejo no apropiado de los mismos por el personal responsable. Planteando la necesidad de recabar información de lo más fehaciente y precisa posible y sobre esta base establecer directrices (por parte de las autoridades) para cuidados obstétricos y neonatales más adecuados.

Es por tal motivo que la presente investigación tiene por finalidad conocer la aplicación de las estrategias de atención obstétrica y las complicaciones obstétricas, como su relación de éstas para las 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.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

DETERMINAR LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS CON EL SCORE MAMÁ Y SIN ÉL, EN EL HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ ECUADOR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Investigar las complicaciones obstétricas en las mujeres embarazadas atendidas sin la Aplicación del Score Mamá en el Hospital de Macará.
- Determinar las complicaciones obstétricas en las mujeres embarazadas atendidas con la aplicación del Score Mamá en el Hospital de Macará.
- Analizar el cumplimiento de la estrategia de salud materna (Score Mamá) según la normas de Ministerio de Salud Pública en la Atención Materna del Hospital de Macará.
- Realizar una campaña de capacitación al personal de médicos residentes y su importancia de la aplicación de las estrategias de atención de salud materna planteada por el MSP.

ESQUEMA DE MARCO TEORICO

❖ ANTECEDENTES

❖ GENERALIDADES

- a. DEFUNCIÓN MATERNA
- b. MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA
- c. TASA DE MORTALIDAD MATERNA
- d. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

❖ RIESGO OBSTÉTRICO

○ CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO

EMBARAZO DE RIESGO BAJO:

EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO:

❖ SCORE MAMÁ

❖ PARTO

❖ PARTO POR CESÁREA

❖ TIPOS DE CESÁREA

❖ INDICACIONES DE CESÁREA

❖ COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

❖ CANTÓN MACARÁ

HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

La elaboración del presente trabajo de investigación incluye la aplicación de la investigación cuantitativa-descriptiva y comparativa, dado que se describirá y comparará las complicaciones obstétricas en las embarazadas con la aplicación del Score Mamá y sin él, será de tipo retrospectivo puesto que la información se la recolectará de la información disponible en Estadística, en las historias clínicas de las usuarias. Este estudio es de tipo transversal ya que el estudio se lo realizará haciendo un corte en el tiempo el mismo que no influirá en los resultados de la investigación.

AREA DE ESTUDIO:

El estudio investigativo se realizará en el Hospital Binacional de Macará en el área de Gineco-Obstetría durante el periodo Enero – Junio 2015 y el periodo Enero – Junio 2016.

DIRECCION	Calle Lázaro Vala y calle Catamayo
CANTON	Macará
PROVINCIA	Loja
TELEFONO	072-696-227/072-694-474

UNIVERSO DE ESTUDIO:

El universo y la muestra lo constituyeron las mujeres embarazadas del Servicio de Gineco-Obstetría en el Hospital de Macará.

MÉTODO E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- ✓ Historia Clínica Perinatal (Formulario 051) (Anexo 1), de acuerdo con las normas del MSP.
- ✓ Historias Clínicas, libro de egresos hospitalarios.

Para la realización solicitaremos al Director del Hospital de Macará, se digne autorizar a quien corresponda nos permita el ingreso a los datos Estadísticos e Historias Clínicas de las usuarias del presente Hospital.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Corresponde a la elaboración de la Tesis, la misma que contendrá:

- Los resultados específicos y legibles de la investigación que fue aplicada en la aplicación del Score Mamá y sin él, en las usuarias embarazadas atendidas en el Hospital de Macará.
 - Elaboración de cuadros y gráficos con la respectiva información acerca de los resultados obtenidos.
 - Discusión de los resultados generales.
- Culminación con la entrega del documento general a las autoridades del Área de la Salud Humana, el mismo que contendrá los puntos anteriormente mencionados. **VARIABLES:**

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- ✓ Complicaciones obstétricas.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Aplicación de Score Mamá y sin la aplicación.

CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES:

- **VARIABLE INDEPENDIENTE.**

COMPLICACIONES OBSTETRICAS: se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.

- **VARIABLES DEPENDIENTES**

SCORE MAMÁ: escala de puntuación desarrollada para la detección temprana de morbilidad materna.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Score Mamá	Escala de puntuación desarrollada para la detección temprana de morbilidad materna.	Registro de : Frecuencia cardiaca, Presión Sistólica y Diastólica, Frecuencia Respiratoria, Temperatura corporal, Saturación de Oxígeno, el Estado de conciencia y Proteinuria.	Puntaje de: 0 1 2 – 4 ≥ 5
Edad	Tiempo que una persona a vivido, a contar desde su	Rango de edades.	< 16 años 16 – 20 años

	nacimiento.		21 – 25 años 26 – 30 años 31 – 35 años > 35 años
Vía del parto	Vía de finalización del parto.	Registro en el expediente de la vía de finalización del parto	Vaginal Cesárea
Riesgo obstétrico	Es toda característica o circunstancia detectable en la embarazada que se asocia con un incremento en la probabilidad de que ocurra un daño a la salud para ella o su hijo durante el embarazo, el parto, o en el puerperio.	Registro de todo riesgo obstétrico identificado.	Control insuficiente en el embarazo, Multiparidad, Obesidad, Oligoamnios, Antecedentes de abortos, Preeclampsia, Diabetes gestacional, Malformación fetal, Otras.
Indicaciones de cesárea	Causa por la cual se toma la decisión de realizar cesárea.	Registro de la causa de la cesárea.	Sufrimiento Fetal Agudo. Desproporción céfalo pélvica Distocia de variedad de presentación. Expulsivo prolongado Otras
Complicaciones obstétricas	Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.	Registro de complicaciones obstétricas identificadas.	Hemorragias del primer y segundo trimestre, Aborto, Placenta previa, Hemorragias postparto, Ruptura uterina, Preeclampsia, Otros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Mujeres Embarazadas que realicen sus controles en el Hospital Binacional de Macará - Ecuador.
2. Mujeres embarazadas que asistieron en labor de parto en el Hospital Binacional de Macará - Ecuador.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Mujeres embarazadas en trabajo de parto referidas a Hospital de mayor capacidad resolutive.

RECURSOS Y PRESUPUESTOS

❖ Leandra Mariel Navarro León (Autora e investigadora)

❖ Director /a de Tesis que me asignen

Recursos Materiales:

- Historias Clínicas	\$ 0,00
(Área de Gineco-Obstetricia del Hospital de Macará)	
-Material de escritorio	\$ 200,00
(Computadora, papel de impresión e impresora)	
- Biblioteca (Libros, revistas ,artículos científicos)	\$ 30,00
- Elaboración de empastado	\$ 100,00
- Derechos y aranceles	\$ 150,00
- Movilización	\$ 150,00
- Imprevistos	\$ 150,00
- Internet	\$ 150,00
- Otros	\$ 300,00
Total:	\$ 1230,00

Financiamiento:

Los costos de la ejecución de este Proyecto de Investigación correspondiente para la obtención del título de Médicos Generales serán financiados por recursos propios del postulante.

ANEXO 3: CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DE RESUMEN

Prof. Cecilia Mercedes Llontop Coloma

DOCENTE DEL INSTITUTO CULTURAL PERUANO NORTEAMERICANO RG

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idiomas español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: "Estudio comparativo de complicaciones obstétricas en embarazadas atendidas con la aplicación del Score mamá y sin él, en el Hospital Binacional de Macará-Ecuador", autoría de Leandra Mariel Navarro León con número de pasaporte 4329622; egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Piura, 24 de Enero de 2017


ICPNA FILIAL SULLANA
Amilgar Tacure Campos
COORDINADOR

Prof. Cecilia Mercedes Llontop Coloma

DOCENTE DE INSTITUTO CULTURAL PERUANO NORTEAMERICANO RG
