UNIVESIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA

PREVENCIÓN DE MUERTE MATERNA A TRAVÉS DE MEDICIÓN DE RIESGOS UTILIZANDO LA ESCALA DE SCORE MAMÁ EN USUARIAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. PERIODO ENERO – ABRIL 2023.

AUTORES

ENMA JANETH ALDAS ALDAZ

GISSELA NATALY GARCES NARANJO

TUTORA

LIC. MARY MOSSO

GUARANDA ECUADOR

2023

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo va dedicado a Dios por permitir cumplir unos de mis mayores anhelos, a mi mamá Bertha Naranjo por darme la vida, siempre ser mi apoyo, por estar en los buenos y malos momentos durante este largo proceso, por cada momento dedicado para aconsejarme he impulsarme a seguir adelante.

A mi familia que aportado cada uno de ellos con un granito de arena mediante apoyo psicológico y emocional brindándome consejos y evitando que olvide cuales son mis verdaderos objetivos durante el desarrollo de mi profesión.

A mis compañeros y docentes de la Universidad Estatal de Bolívar de la Facultad de Ciencias de la Salud, por compartir experiencias, anécdotas, momentos y conocimientos que nos servirá para el desarrollo adecuado de la profesión.

Garces Naranjo Gissela Nataly

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico a Dios, por concederme el milagro de la vida y gracias a él he logrado mantenerme firme durante todo el trayecto de mi carrera, de mi vida, sin desfallecer ante los obstáculos presentados, hasta llegar a cumplir con una más de mis metas.

Dedico este trabajo a mis padres José Aldas y María Aldaz por siempre apoyarme a pesar de no estar conmigo todos los días, por ser unas personas que han figurado mi vida con sus enseñanzas, de llevar una vida con valores, con perseverancia y constancia.

A mi esposo Vinicio Masabanda e hijos, Isabel, Johan y Emilia por ser mi impulso a seguir luchando por mejores momentos, demostrar su amor, por confiar en mí, por comprenderme cuando he tenido que alejarme de ellos, aunque haya sido sin abandonar mis responsabilidades.

A todos y cada uno de mis familiares que contribuyeron en el transcurso de mi formación como persona y profesional.

Aldas Aldaz Enma Janeth

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar un infinito agradecimiento a Dios, que jamás nos ha dejado superar este proceso solas.

Nuestro profundo agradecimiento a la Universidad Estatal de Bolívar, institución la cual nos brindó la oportunidad de realizar nuestros estudios en tan prestigiosa carrera y lograr una meta propuesta.

También queremos expresar un agradecimiento a nuestra tutora Lic. Mary Mosso quién ha sabido guiarnos, comprendernos, aconsejarnos y brindarnos su apoyo durante el desarrollo de este trabajo el cual no ha sido fácil sin embargo se logró culminar satisfactoriamente.

Aldas Aldaz Enma Janeth

Garces Naranjo Gissela Nataly

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR EL TUTOR(A)

Guaranda, 31 de julio del 2023

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR/A

El suscrito/a LIC/MSC, MARY MOSSO ORTIZ Director/a del proyecto de investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: **PREVENCIÓN DE MUERTE MATERNA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE RIESGOS UTILIZANDO LA ESCALA DE SCORE MAMÁ EN USUARIAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. PERIODO ENERO - ABRIL 2023,** realizado por los estudiantes: **ALDAS ALDAZ ENMA JANETH** con **C.I. 0201908928** y **GARCES NARANJO GISSELA NATALY** con **C. I. 0202184099,** han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación publica respectiva.

.....

Lic/Mgs, Mary Mosso Ortiz

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Yo/nosotros Aldas Aldaz Enma Janeth y Garces Naranjo Gissela Nataly portador/res de la Cédula de Identidad No 0201908928 y 0202184099 en calidad de autor/res y titular / es de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación: Prevención de muerte materna a través de medición de riesgos utilizando la escala de Score Mamá en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo enero – abril 2023, modalidad proyecto de investigación de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Nombres y Apellidos

Nombres y Apellidos

Firmado electrónicamente por: ENMA JANETH ALDAS ALDAZ

Enma Janeth Aldas Aldaz
Firma

Firmado electrónicamente por: GISSELA NATALY GARCES NARANJO

Gissela Nataly Garces Naranjo
Firma

TEMA

Prevención de muerte materna a través de medición de riesgos utilizando la escala de Score Mamá en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo enero – abril 2023.

ÍNDICE

DEDICATORIA 2

AGRADECIMIENTO 4

TEMA 5

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR EL TUTOR 12

DECLARACIÓN DE AUTORÍA 13

RESUMEN EJECUTIVO 1

ABSTRACT 2

INTRODUCCIÓN 3

CAPITULO I 6

1. EL PROBLEMA 6

1.1 Planteamiento del Problema 6

1.2 Objetivos 9

1.2.1 Objetivo General 9

1.2.2 Objetivos Específicos 9

1.3 Justificación de la Investigación 10

CAPITULO II 13

2. MARCO TEÓRICO 13

2.1 Antecedentes de la Investigación 13

2.2 Antecedentes del Hospital Alfredo Noboa Montenegro 18

2.3 Situación Materna en el Ecuador 20

2.3.1 Situación Materna Provincia Bolívar 21

2.3.2 Situación Materna Hospital Alfredo Noboa Montenegro 21

2.4 Riesgo Obstétrico 22

2.4.1 Clasificación del Riesgo Obstétrico 22

2.5 Muerte materna 24

2.5.1 Causas Directas e Indirectas de la Muerte Materna 24

2.5.2 Causas Directas de Muerte Materna 24

2.5.3 Causas Indirectas de Muerte Materna 25

2.5.4 Las 3 Demoras en Salud que Llevan a Complicaciones Obstétricas en Embarazadas en Ecuador 25

2.6 Prevención de Muerte Materna 27

2.7 Principios Rectores Para Poner fin a la Mortalidad Materna Prevenible 28

2.7.1 Empoderar a las mujeres, niñas, familias y comunidades 28

2.7.2 Integrar la Atención Materna y Neonatal, Proteger y Apoyar la Relación entre la Madre y el Bebé 28

2.7.3 Priorizar la Implicación de los Países, el Liderazgo y Mecanismos Jurídicos, Normativos y Financieros Propicios 29

2.8 Medición de Riesgo Utilizando Escala Score Mamá en Gestantes y Puérperas 46

2.8.1 Score Mamá 46

2.9 Claves Obstétricas 52

2.9.1 Componentes de los kits de alarma materna 52

2.9.2 Activación de las Claves Obstétricas 57

2.9.3 Organización del Equipo y sus Funciones 58

2.10 Marco Legal 74

CAPITULO III 86

3. Metodología 86

3.1 Nivel de investigación 86

3.2 Diseño 86

3.3 Criterios de inclusión 86

3.4 Criterios de exclusión 87

3.5 Población y muestra 87

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 87

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos 88

CAPITULO IV 89

4. Resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados 89

4.1 Resultados según los objetivos 107

CAPITULO V 109

5. Conclusiones y recomendaciones 109

5.1 Conclusiones 109

5.2 Recomendaciones 110

CAPITULO VI 111

6. Marco administrativo 111

6.1 Recursos 111

PROPUESTA 124

Lista de referencias 140

Anexos 153

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 89

Tabla 2 Etnia de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 90

Tabla 3 Nivel de educación de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 91

Tabla 4 Estado civil de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023.... 92

Tabla 5 Frecuencia de antecedentes patológicos personales de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 93

Tabla 6 Antecedentes Gineco – Obstétricos de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 94

Tabla 7 Periodo intergenésico de madres multíparas que acuden al HANM, periodo enero-abril 2023..... 95

Tabla 8 Frecuencia de madres gestantes y puérperas atendidas en el HANM, periodo enero – abril 2023 96

Tabla 9 Semanas de gestación de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 97

Tabla 10 Frecuencia de realización de controles prenatales en usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 98

Tabla 11 Número de controles prenatales realizados por usuarias que acuden al HANM, periodo enero-abril 2023 99

Tabla 12 Variabilidad del Puntaje obtenido en la escala Score Mamá en madres que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 100

Tabla 13 Tipo de riesgo obstétrico que presentaron las madres que acuden al HANM. Periodo enero-abril 2023 101

Tabla 14 Diagnóstico de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 102

Tabla 15 Frecuencia del tipo de clave activada para la atención de la emergencia obstétrica de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 103

Tabla 16 Tipo de parto de las madres gestantes que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023 104

Tabla 17 ¿Hubo muerte materna durante la emergencia obstétrica de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023? 105

Tabla 18 Cumplimiento efectivo del registro de Score Mamá y claves obstétricas 106

RESUMEN EJECUTIVO

El profesional de salud debe tener los conocimientos y habilidades necesarias para actuar inmediatamente al identificar riesgos maternos, esto marca la diferencia entre la vida y la muerte de la madre o el feto, al realizar una valoración adecuada de signos clínicos – fisiológicos permite al personal actuar de manera conjunta y apropiada. La siguiente investigación tiene como objetivo determinar el riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro mediante la revisión de historias clínicas y la aplicación de una guía de observación. La metodología del estudio es de nivel cuantitativo, exploratorio de diseño transversal y descriptivo tiene como fin identificar los riesgos maternos que fueron más frecuentes y el cumplimiento efectivo del registro de Score mamá y claves obstétricas. La población objeto de estudio es de 44 historias clínicas de usuarias atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo de enero – abril 2023 a las cuales se les aplicó un instrumento de riesgos obstétricos y guía de observación para el protocolo. Los resultados obtenidos en relación a las características sociodemográficas la mayor parte de la población es de etnia mestiza con una educación secundaria en su mayoría la edad comprendida entre 20 – 34 años, solteras, con relación al riesgo que presentaron las usuarias, fue el riesgo inminente relacionado a los trastornos hipertensivos en el embarazo principalmente la preeclampsia con signos de severidad y los parámetros clínicos más frecuentemente alterado fueron la presión arterial y la proteinuria positiva y en cuanto al cumplimiento efectivo del registro Score Mamá y claves obstétricas su nivel de cumplimiento es excelente. Se concluyó que el personal del Hospital Alfredo Noboa Montenegro cumple con los estándares y protocolos de calidad en cuanto a la atención obstétrica identificando los riesgos a tiempo y aplicando correctamente los protocolos correspondientes.

Palabras clave: Muerte materna, Riesgo obstétrico, Score Mamá, Prevención

ABSTRACT

The health professional must have the necessary knowledge and skills to act immediately when identifying imminent maternal risks, this makes the difference between life and death of the mother or the fetus, by making an adequate assessment of clinical-physiological signs allows the staff act jointly and appropriately. The following research aims to determine the obstetric risk by applying the Score Mamá scale, in users who attend the Alfredo Noboa Montenegro Hospital by reviewing medical records and applying an observation guide on the Score Mamá protocol. The methodology of the study is quantitative, exploratory, with a cross-sectional and descriptive design, its purpose is to identify the maternal risks that were most frequent and what is the level of compliance with the Score mom protocols and obstetric keys. The population under study is 44 medical records of users treated at the Alfredo Noboa Montenegro Hospital during the period from January to April 2023, to whom an obstetric risk instrument and observation guide for the protocol were applied. The results obtained from the obstetric risks were that the socioeconomic factors were closely related to the type of risk presented by the users, also something important to emphasize is that low education was related to the lack of prenatal check-ups and that the highest percentage was they activated the obstetric keys due to the high Score Mamá score that put the mother's health at risk; On the other hand, the level of compliance with the Score Mamá protocol and obstetric keys, its level of compliance is excellent. It was concluded that the staff of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital complies with quality standards and protocols in terms of obstetric care, identifying risks on time and correctly applying the corresponding protocols.

Keywords: Maternal death, obstetric risk, Score Mamá, Prevention

INTRODUCCIÓN

El embarazo debería ser una experiencia positiva para todas las madres, sin embargo, sigue siendo un proceso peligroso puesto que durante su gestación, parto o postparto puede presentar algún tipo de riesgo que no siempre se puede predecir, además, la falta del reconocimiento oportuno de la condición materna puede derivar en una complicación que al momento de su ocurrencia deja consecuencias devastadoras tanto para su hijo, familia y personal de salud a su cargo. En el peor de los casos las complicaciones pueden derivar en la muerte materna – neonatal, sea esta por causas directas asociado a trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis o causas indirectas. (UNFLA, 2023)

Por ende, la mortalidad materna sigue siendo un problema grave de salud pública a nivel mundial, que hace visible la inequidad existente vulnerando el derecho a la salud y vida de la mujer, lo cual tiene implicaciones para la salud, economía de la familia y la comunidad debido a que las mujeres cumplen un papel fundamental en el entorno familiar y desarrollo socioeconómico. (GTR, 2023)

Por ello, la presente investigación se enfoca en la prevención de la muerte materna, a través de la estrategia establecida a nivel nacional para tal efecto, la estrategia Alarma Materna con la aplicación de la escala Score Mamá y claves obstétricas, con el fin de identificar y tratar oportunamente a la mujer con morbilidad obstétrica y riesgo de muerte durante el embarazo, parto o puerperio. La escala permite determinar el riesgo obstétrico a través de la medición y puntuación de signos clínicos – fisiológicos de la madre. Así también, las claves obstétricas el manejo oportuno de las principales emergencias obstétricas a través de la implementación de la activación de las claves: roja, azul y amarilla en los tres niveles de atención. (MSP, 2017)

Además, para la prevención y reducción de la mortalidad materna-neonatal existen programas, metas, principios, normas que los gobiernos han venido implementando de tal manera que su aplicación y cumplimiento oportuno ayudando a obtener mejores resultados en la atención a las madres gestantes, en parto y puérperas y disminuir la morbi-mortalidad de las mismas.

Nuestra investigación al enfocarse en la prevención de la muerte materna nos hemos planteado como objetivo determinar el riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro a fin de detectar riesgo. Se obtuvo como resultado que realmente la escala si permite la medición del riesgo obstétrico en madres gestantes y puerperio, donde la mayoría con el 65,9% presentaron riesgo inminente y el 18,2% presentaron riesgo obstétrico alto en su mayoría con antecedentes personales relacionados con los controles prenatales, factores socioeconómicos bajos, edades extremas y partos en domicilio, además se pudo evidenciar un cumplimiento excelente puesto que se encuentra dentro del rango que va desde el 91-100% en cuanto al registro efectivo del Score Mamá y claves obstétricas.

Cabe recalcar que estos resultados incentivarán al personal de salud mantenerse siempre actualizados en conocimientos para ofrecer siempre una atención de calidad y en las mujeres mejorar el conocimiento mediante la educación en relación a los riesgos que pueden presentar durante un embarazo.

En respuesta a ello, hemos diseñado un programa educativo con el fin de proporcionar a las madres información actualizada sobre medidas preventivas de riesgos obstétricos por otra parte a los profesionales de enfermería se brindó el fortalecimiento en la medición de signos clínicos y fisiológicos de la escala Score Mamá para promover un embarazo saludable

En general, los resultados reflejan que el Hospital Alfredo Noboa Montenegro está cumpliendo efectivamente con el objetivo de prevención de complicaciones y consecuente muerte materna – neonatal, a través de la aplicación correcta y oportuna del protocolo escala Score Mamá y claves obstétricas, siendo un indicador de calidad de la atención prenatal.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La muerte materna es definida como la muerte de una mujer desde el inicio del periodo de gestación hasta 42 días después de su parto (MSP, 2023). Problemática de interés nacional e internacional ya que no solo afecta a la madre sino también a la familia, comunidad y personal de salud por las repercusiones que trae consigo.

Muchos autores coinciden en que la razón de muerte materna (RMM) es un indicador que refleja desigualdad, pobreza, falta de oportunidades e inaccesibilidad a una atención de calidad de un país.

La OMS en un estudio reciente manifestó que alrededor del 95% de las muertes durante el año 2020, fueron en países de bajos recursos y medianos bajos y la mayoría podrían haberse evitado. (OMS, 2023)

La muerte materna puede ser prevenida si se actúa con profesionales capacitados y acorde a lo establecido en protocolos; pero también se necesita trabajar conjuntamente con la madre, esposo o familia en el reconocimiento temprano de riesgos y pedir ayuda inmediata, no esperar a que el problema incurra a incidentes que puedan terminar en desgracia.

Entre las principales causas de mortalidad materna se encuentran las complicaciones obstétricas relacionadas con hemorragias, trastornos hipertensivos, abortos en condiciones de riesgo, sepsis y otras causas directas e indirectas asociadas a la desigualdad social y a la dificultad de acceder a servicios de salud. (UNFPA, 2021)

A nivel mundial, se estima que cada día mueren alrededor de 830 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. (OMS, 2021)

La tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es una de las más altas en el mundo, con un promedio de 85 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos. (OPS, 2023)

En Ecuador, en el año 2020 los trastornos hipertensivos, la sepsis puerperal, las infecciones en las vías urinarias, la diabetes, el parto obstruido y las hemorragias posparto fueron las principales causas de mortalidad materna, resultando en 163 muertes maternas. (MSP, 2021)

En el Ecuador, según el reporte de la gaceta epidemiológica de muerte materna para la semana 17 del año 2023, se registraron 31 muertes maternas, en la zona 8 se identificó mayor muerte con 37.5% (12 MM); seguido de la zona 5 con un 18.75% (8 MM); y la zona cuatro siendo la de menor porcentaje con un 3.13% (1 MM).

De las 31 muertes maternas, el 53.72% fueron de causas directas, mientras que el 46.27% de causas indirectas, considerando también que un 78.13% de ellas sucedieron el MSP, con el mismo porcentaje del 9.38% sucedió tanto en el sector privado IESS como en el domicilio y un 3.13% trasladando a la paciente.

Dentro de la zona 5, constan los siguientes datos: 1 MM en la provincia Los Ríos, 5 en lo que corresponde a la provincia Guayas, 2 en la provincia Santa Elena. En la provincia Bolívar para esta semana epidemiológica aún no se reporta muertes maternas. (MSP, 2023)

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro a partir del año 2019 no ha reportado muertes maternas, sin embargo, durante los años 2021 y 2022 se ha identificado muerte de 2 mujeres cada año que fueron residentes de la provincia Bolívar.(MSP, 2022)

Para prevenir las muertes maternas nos hemos planteado realizar un estudio enfocado en la medición de riesgos utilizando la escala Score Mamá mediante la revisión de historias clínicas de las usuarias atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Formulación del problema

¿Cómo prevenir la mortalidad materna midiendo riesgos utilizando la escala de Score Mamá en usuarias que acuden al hospital Alfredo Noboa Montenegro? Periodo enero abril 2023

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar el riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir las condiciones sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Determinar el riesgo obstétrico más frecuente que presentan las madres durante el embarazo, parto y puerperio mediante la revisión de historias clínicas.
- Verificar el cumplimiento efectivo del registro del Score Mamá y claves obstétricas en usuarias que acuden al servicio de Gineco – obstetricia.

1.3 Justificación de la Investigación

La muerte materna se define, según el MSP, como la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a causas que están relacionadas o agravadas por el mismo, por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

A nivel mundial, la mortalidad materna en 2020 fue de 287.000 mujeres durante el embarazo, parto o después del mismo, el 95% de ellas en países en vías de desarrollo, las cuales pudieron ser evitadas, cabe destacar, que entre las principales causas de mortalidad materna están las complicaciones obstétricas como los trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia), hemorragias y sepsis constituyendo el 75%. (OMS, 2023)

Según el reporte de la gaceta epidemiológica de muerte materna para la semana 52 del año 2022, en el Ecuador se registraron 119 muertes, de las cuales en la zona 5 se identificaron 11MM; 5 sucedieron en la provincia de Los Ríos, cuatro en lo que corresponde a la provincia Guayas, 2 en la provincia de Santa Elena. En la provincia Bolívar no existió muerte materna, sin embargo, cuatro mujeres fallecidas eran residentes de la misma.

Hasta el año 2019, en Guaranda se registró 3 MM de madres residentes, 2 de ellas suscitaron en la misma (una usuaria en el domicilio y la segunda madre en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro), la otra mujer fuera de la provincia. (MSP, 2019)

Como parte de una respuesta a este contexto el gobierno y MSP como autoridad sanitaria nacional ha implementado en la estrategia “Alarma Materna” el protocolo Score Mamá y claves obstétricas en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención del sistema nacional de salud, para la identificación y tratamiento oportuno a la

mujer con morbilidad obstétrica y riesgo de muerte, de esta manera contribuir a la reducción de la mortalidad materna.

Este trabajo investigativo surge de la necesidad de conocer si la utilización de la escala Score Mamá permite determinar el riesgo obstétrico en mujeres embarazadas, parto y puerperio que acudieron al HANM, periodo enero – abril 2023. Cabe mencionar que es un protocolo utilizado en los tres niveles de atención, por tanto, es importante el reconocimiento temprano del deterioro de signos clínicos – fisiológicos para contribuir a la prevención de la mortalidad materna.

Resulta relevante este estudio debido a la afluencia considerable de mujeres gestantes, en parto o puerperio que acuden a este establecimiento de salud, por presentar deterioro de la condición materna en las que se aplicará la escala Score Mamá para determinar riesgo materno precoz.

Como aporte de nuestro trabajo se diseñará un programa educativo dirigido a las usuarias y el personal de enfermería del servicio de Gineco – obstetricia y Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro con el fin de capacitar; a las madres sobre temas relacionados a la prevención de riesgos obstétricos y por otro lado al personal sobre la correcta toma de los signos clínicos – fisiológicos de la escala Score Mamá.

La investigación resulta factible porque se cuenta con la disponibilidad por parte del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, mismo que nos facilitará la información y permisos necesarios para el desarrollo de nuestro estudio.

Los beneficiarios directos será el personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro porque según los resultados obtenidos podrán mejorar o mantenerse con la calidad de atención brindada a las usuarias que asisten a esta unidad de salud y los

beneficiarios indirectos serán las madres con riesgo a quienes el personal proporcionan cuidados e intervenciones basados en los protocolos estandarizados.

El presente trabajo es novedoso y original ya que no existen estudios con este enfoque además que se llegará a concluir si la escala Score Mamá realmente es una buena herramienta para intervenir en la muerte materna.

Limitaciones

- Limitada información sobre investigaciones locales relacionadas al tema.
- Falta de base de datos estadística

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

La revisión bibliográfica de estudios realizados, han permitido mencionar en este tramo aquellas investigaciones relevantes desarrollados sobre el tema tanto a nivel internacional y nacional que contribuyen información importante para el desarrollo de este estudio.

En Ica, Perú (Martinez, 2019) tituló su tema de proyecto como "Riesgo obstétrico según Score Mamá en gestantes y puérperas en el departamento de gineco – obstetricia del Hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019" con el objetivo de determinar el riesgo obstétrico según la clasificación del Score Mamá en gestantes y puérperas atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia. Esta investigación con enfoque cuantitativo, descriptiva, de corte transversal retrospectivo, se llevó a cabo con una población de 232 gestantes que tuvieron su parto en esta unidad de salud y de las cuales se obtuvieron los datos necesarios para clasificar a las gestantes según el Score Mamá. Entre los resultados encontrados fueron la mayoría pacientes en gestación con riesgo frecuente el hemorrágico que presentaron el 11.2%, seguida de hipertensión arterial con un 6.1% y sepsis 3.4% constituyendo un total de 20.7%. En cuanto al tipo de riesgo la mayoría presentaron un riesgo leve con 62.5%, grave 22.9% y muy grave 14.5%. Por otra parte, en usuarias puérperas predomina sepsis con un 4.7%, seguido de hemorragias con 3.4% y finalmente hipertensión arterial con 3.1%. El riesgo en las usuarias estuvo representado por leve y grave con un 42.3% y muy grave con el 15.4%.

Tomando como referencia esta investigación la escala Score Mamá ayuda en la medición y clasificación del riesgo obstétrico tanto en mujeres gestantes como puérperas,

facilitando así el manejo oportuno y eficaz de las complicaciones por tanto ayuda a la prevención de muerte materna de una mujer embarazada.

En Colombia, (Díaz, Sotillo, & Suaza, 2020) su tesis de grado titulado "Análisis de la mortalidad materna en el departamento de La Guajira, durante el quinquenio 2014 – 2018", cuyo objetivo estuvo enfocado a: analizar la mortalidad materna en el Departamento de La Guajira (Colombia), durante el quinquenio 2014 – 2018. Este trabajo investigativo tuvo enfoque cuantitativo, tomo como muestra a 132 casos de muertes maternas, encontrando como resultado que la mayoría de muertes ocurrieron por causas directas como hipertensión arterial y hemorragia obstétrica, una disminución significativa de 29 muertes por 100.000 nacidos vivos durante el periodo de estudio; en lo referente a las variables sociodemográficas la mayoría de las MM ocurrieron en áreas rurales en las poblaciones indígenas, en mujeres mayores de 35 años, de bajos recursos económicos; y en cuanto al momento de ocurrencia de la muerte se presentó en mayor porcentaje durante el tercer trimestre del embarazo terminando en su mayoría en cesárea.

En relación a este estudio coincide con otros donde indican que la causa de muertes maternas generalmente se producen por causas directas comunes como la hipertensión arterial, hemorragia, sepsis, factores socioeconómicos y sociodemográficos están estrechamente relacionados y contribuyen a la mortalidad materna, especialmente en países en vías de desarrollo donde el presupuesto para la salud es bajo, debiendo además mejorar la calidad de atención en los servicios de salud teniendo como referencia los antecedentes y hallazgos en el momento de los controles prenatales.

En Ecuador, Tena (Cuenca & Garlarza, 2021) seleccionaron para su trabajo de grado el tema "Eficacia del Score Mamá para identificar riesgo obstétrico en embarazadas y puérperas indígenas del Hospital José María Velasco Ibarra, en el periodo enero – diciembre 2020", con el objetivo de investigar la eficacia del Score Mamá para identificar

el riesgo obstétrico en embarazadas y puérperas indígenas del Hospital José María Velasco Ibarra, este estudio con enfoque descriptivo, retrospectiva, cuantitativo, cualitativo y de corte transversal, en el que trabajaron con 365 pacientes obstétricas auto identificadas cómo indígenas, fueron evaluadas con Score Mamá. Luego de la revisión de historias clínicas y relacionar el puntaje de Score Mamá con la presencia de complicaciones que desarrollaron, se obtuvieron los siguientes resultados: una sensibilidad del 77% por lo que hay una similitud con pacientes de otras etnias, pero sí existió variaciones del 66% en la especificidad, valor predictivo positivo del 32% y valor predictivo negativo del 93% para predecir complicaciones, por lo tanto la aplicación Score Mamá en pacientes indígenas no fue tan eficaz para detectar casos negativos a los casos realmente sanos.

Por consiguiente, el Score mamá al ser un protocolo que ha sido implementado por el Ministerio de Salud Pública en todas las unidades de salud de todos los niveles, su cumplimiento en cuanto a la valoración, registro e intervención correspondiente determinará su eficacia, por tanto, este protocolo ha sido eficaz para la medición de riesgos obstétricos independientemente de la etnia de la usuaria, más no para predecir de que la usuaria no tenga enfermedad y este realmente sana.

En Guayaquil, (Naranjo, 2020) su trabajo de grado titulado “Aplicación del Score Mamá y claves obstétricas para la prevención y reducción de complicaciones materno – fetales en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho, periodo de enero a diciembre del 2019”, cuyos objetivos fueron: Identificar la correcta aplicación del Score Mamá y claves obstétricas, analizar el porcentaje de gestantes en las que se usa este protocolo e identificar el grado de conocimiento del personal de salud acerca de la correcta aplicación del mismo. Empleando la metodología descriptiva de tipo observacional, mediante revisión simple de historias clínicas de las pacientes y ficha de recolección de datos, con

una población de 68 pacientes gestantes y se obtuvo como resultado que existe una oportuna aplicación de Score Mamá y claves obstétricas. En lo referente a la aplicación del Score Mamá del 100% se obtuvo puntuaciones de 4, 5 y 3 acordé al orden de porcentaje mayor a menor, de igual forma se realizó la activación de clave correspondiente en cada una, de las cuales sólo 14 pacientes presentaron preeclampsia seguido de 12 con preeclampsia con signos de severidad.

A través de la revisión de este trabajo investigativo ha permitido corroborar que la aplicación correcta del Score Mamá y oportuna activación de claves obstétricas por el personal de salud capacitado permite reducir las complicaciones y así evitar que estás conlleven a la MM.

En Jipijapa, (López, 2022) estudió el "Manejo oportuno de las claves obstétricas por el profesional de enfermería y su repercusión en las complicaciones maternas". Cuyo objetivo fue determinar las intervenciones de enfermería en el manejo oportuno de las claves obstétricas y su repercusión en las complicaciones maternas, para tal efecto desarrolló una metodología de investigación descriptiva y bibliográfica con enfoque cualitativo, seleccionó 13 trabajos investigativos relacionados con el tema. Encontrando resultados que, los roles de los profesionales de enfermería al aplicar los protocolos de las claves obstétricas en pacientes con complicaciones maternas se centraron en realizar funciones independientes propias de su profesión como en colaboración con el equipo multidisciplinario, además las investigaciones indican que la aplicación de las claves de obstétricas tiene una buena incidencia en la salud de la mujer, disminuye los riesgos maternos, si son aplicadas de forma correcta y oportuna.

Por ende, el manejo adecuado de los procedimientos establecidos en las claves obstétricas es vital para la atención oportuna de la paciente, cumplir con el tratamiento de

las complicaciones para una exitosa recuperación de la madre y el feto con el fin de precautelar sus vidas.

En Esmeraldas, (Caicedo & Pineda, 2022) una investigación realizada sobre "Riesgos maternos en el manejo de las claves obstétricas en el área de emergencia del Centro de Salud Tipo C del cantón San Lorenzo" cuyo objetivo estaba enfocado a determinar el manejo de claves obstétricas en el área de emergencia del Centro de Salud del cantón San Lorenzo. Este estudio de tipo cuantitativo se llevó a cabo con la aplicación de una guía de revisión de historias clínicas de usuarias con riesgos obstétricos identificados y el cuestionario dirigido al personal de salud. Del total de la población conformado por 12 pacientes, las causas relacionadas a complicaciones en su mayoría estaban asociadas a emergencias hipertensivas durante el parto o embarazo, seguido de hemorragias obstétricas y sepsis. En cuanto a la identificación de claves obstétricas, el personal logró identificar satisfactoriamente a cada una a través de signos, de las cuales la clave roja con shock hipovolémico fue la que más se presentó, seguido de la clave azul relacionadas con los trastornos hipertensivos presentándose en los 2 casos una atención oportuna y manejo adecuado de protocolos lo cual contribuyó a la disminución de complicaciones.

En este estudio se ve reflejado que las principales complicaciones son las causas directas como los trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis, por lo que ha sido necesario activar las 3 claves correspondientes, logrando el reconocimiento de las complicaciones a tiempo, seguido de un trabajo en equipo y en consecuencia la prevención de muerte materna o secuelas graves.

Finalmente, en un estudio realizado por (Castro & Pazos, 2022) en la provincia Bolívar titulado "Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en la provincia Bolívar 2016 – 2021" con los siguientes objetivos: recolectar información relacionada

con la mortalidad materna en la provincia Bolívar en los años 2016 a 2021, identificar las principales causas de mortalidad materna y establecer los factores sociodemográficos en los cuales se presenta mayor mortalidad. La investigación tuvo un enfoque cualitativo, de nivel observacional, retrospectivo con una muestra de 333 mujeres embarazadas y 18 casos de MM, luego del análisis estadístico un porcentaje del 47.7% presentó cuadros infecciosos y un mínimo de 7.8% de hipertensión arterial, y el resto estuvieron relacionados a otras causas. Por tanto, las MM estaban relacionadas además de las causas mencionadas a la edad adolescente, problemas nutricionales y el limitado acceso a los sistemas de salud.

Por lo que es importante hacer mención que la MM tanto a nivel nacional como local están dadas en mayor porcentaje por causas directas asociados a trastornos hipertensivos, hemorragia y sepsis, a ello sumado los factores socioeconómicos y sociodemográficos qué son los que dificultan el acceso a los sistemas de salud, ya sea por falta de recursos económicos, vías de comunicación o acceso, por tanto baja cobertura de controles prenatales, alto porcentaje de complicaciones que al no ser tratados adecuadamente derriban en MM.

Después de la revisión bibliográfica realizada ha permitido fundamentar los antecedentes del presente trabajo investigativo además de constatar que existen varias investigaciones relacionadas con el tema, pero no existe un estudio que abarque por completo nuestra investigación.

2.2 Antecedentes del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

El 03 de mayo de 1884 el presidente José María Caamaño mediante decreto legislativo establece un Hospital en Guaranda bajo la dirección de las Hermanas de la caridad. El 08 de marzo de 1894 se inauguró el hospital de Guaranda en un inicio con 2 salas para

hombres y mujeres, una sala para religiosas, capilla, botica y cocina. Posteriormente, en diciembre de 1926 cuando la junta de beneficencia pasa a ser asistencia pública, comenzó una etapa de progreso material y técnico, iniciándose con atención clínica y quirúrgica de acuerdo a las exigencias médicas de ese tiempo.

Con el paso de los años y debido al deterioro de la infraestructura y el crecimiento de la población fue necesario contar con una planta física funcional con instalaciones y equipamiento moderno. El 13 de julio de 1992, luego de las gestiones realizadas por las autoridades bolivarenses, durante la presidencia del Dr. Rodrigo Borja se inaugura el nuevo hospital de Guaranda con el nombre de Hospital Alfredo Noboa Montenegro con capacidad de 120 camas.

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro, es un hospital general correspondiente al segundo nivel de atención, pertenece al Ministerio de Salud Pública, ubicada en el cantón Guaranda de la provincia Bolívar, en las calles José María Cisneros y Selva Alegre, contando con una cobertura poblacional de 178.089 habitantes de la provincia Bolívar, la misma que está distribuida en las cuatro áreas de salud: Guaranda, San Miguel, Chillanes y Echandía. Brinda atención especializada preventiva, ambulatoria, de recuperación y rehabilitación a los usuarios con patologías agudas o crónicas a través de referencia y contra referencia.

Esta institución de salud cuenta con servicios de emergencia durante las 24 horas del día consulta externa: pediatría, ginecología, cirugía general, medicina interna, dermatología, traumatología, urología, audiología, odontología, psiquiatría, cardiología; servicios de internación en las áreas de: pediatría, neonatología, ginecología, medicina interna, cirugía; servicios de apoyo diagnóstico como: laboratorio clínico, imagenología: ecografía, rayos X, tomografía, mamografía, y farmacia con dispensación externa e interna. (Naranjo & Noboa, 2018)

2.3 Situación Materna en el Ecuador

Ecuador, de acuerdo a las estimaciones de la OMS y NNUU, se encuentra en un lugar intermedio con una RMM (Razón de Muerte Materna) de 64 x 100000 nacidos vivos el año 2015, se encuentra en el tercer grupo de países que tienen un gasto público en salud entre el 4 y 4.9%, un indicador sensible para la MM denotando una ineficiencia en la inversión en salud, lo cual agrava las condiciones de vulnerabilidad de los sectores sociales en condiciones de pobreza, además el gasto privado en salud es más alto que el gasto público, debido a que el mismo no logra solucionar las inequidades. En el año 2017 se produjo 59 muertes por 100.000 nacidos vivos, lo cual supone una reducción de 51.6%. (Noboa, 2019)

De todas formas, en Ecuador hasta la actualidad ha existido una disminución significativa de muertes maternas. Hasta este año se notificaron 36 muertes maternas de las cuales el 87.88% suscitaron hasta los 42 días de puerperio, que en comparación con el año 2022 hay una disminución de 7 muertes maternas en lo que va del año 2023, siendo las causas más comunes la hipertensión arterial y las causas indirectas. (MSP, 2023)

Grupos de causas básicas de muerte materna CIE 10 SE 1 – 17

Trastornos hipertensivos	Eclampsia en el embarazo Preeclampsia Síndrome de Hellp	1 1 3
Hemorragia obstétrica	Shock hipovolémico	6
Infecciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio	Shock séptico Corioamnionitis severa Sepsis puerperal Shock séptico de foco urinario	1 1 3 1
Obstétricas/ indirectas	Accidente cerebrovascular Arritmia cardiaca Consumidor de drogas	1 1 3

	Linfoma de Burkitt	1
	Paro cardio respiratorio	1
	Peritonitis generalizada	1
	Tromboembolismo pulmonar	1
	Trombosis venosa cerebral	1
	Tumor maligno de mama izquierdo	1
	Tumor retroperitoneal	1
	VIH	1
Desconocido	Muerte obstétrica de causa no especificada	2
TOTAL		**32**

(MSP, 2023)

2.3.1 Situación Materna Provincia Bolívar

A nivel provincial, y acorde a la semana 50 del año 2019, en la Gaceta Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública, existen datos de MM hasta antes de los 42 días de puerperio, de un total de 3 fallecimientos, 2 de ellas suscitadas en la provincia Bolívar, cantón Guaranda, donde un fallecimiento se dio en el domicilio y el otro fue en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro; por otra parte, el tercer fallecimiento fue fuera del lugar de residencia (Ambato). (MSP, 2019)

2.3.2 Situación Materna Hospital Alfredo Noboa Montenegro

A partir del año 2019 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro no han existido muertes maternas, pero si se realizan atenciones relacionadas a la prevención de muerte materna mediante medición de riesgos a través de la escala Score Mamá y activación de claves de obstétricas: azul que corresponde a trastornos hipertensivos 28 casos, roja hemorragias 9 casos, y amarilla que corresponde a infecciones con 7 casos con un total de 44 atenciones de madres con complicaciones durante los meses de enero – abril 2023. (HGANM, 2023)

2.4 Riesgo Obstétrico

Una complicación obstétrica es poco frecuente pero potencialmente devastadora, no solo para el binomio madre – hijo, sino también para su familia y para los profesionales de la salud responsables de su cuidado. En su forma más extrema, las complicaciones obstétricas pueden conducir a la muerte de la mujer y/o del niño durante el embarazo, parto o puerperio. (MSP, 2017)

Según esto se define un riesgo obstétrico como una condición médica, obstétrica o sociodemográfica que hace que la posibilidad de morbimortalidad, durante o después del parto sea mucho mayor de lo normal. En todos los embarazos se pueden presentar graves repercusiones, no obstante, existe mayor peligro en un embarazo considerado de alto riesgo. (Dorado & Macias, 2021), ya que estas complicaciones pueden ocurrir en la fecundación o en cualquier momento del embarazo, incluso hasta el momento del nacimiento. Las mismas que pueden ocurrir por factor externo que puede impactar sobre la salud y el bienestar de la madre o el feto. (Butkus, 2015)

2.4.1 Clasificación del Riesgo Obstétrico

El MSP realizó una clasificación de 3 niveles de riesgos obstétricos descritos a continuación:

Riesgo 1: Bajo Riesgo

- Condiciones socio económicas desfavorables (pobreza, desempleo, analfabetismo)
- Control insuficiente de la gestación: menor 3 visitas prenatales
- Edad extrema ≤ 19 años o ≥ 35 años en el primer embarazo
- Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos
- Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo.

- Gran multiparidad (mayor de 3 gestas)
- Incompatibilidad RH
- Infección de vías urinarias y flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones
- Periodo inter genésico por cesárea previa menor de 12 meses (MSP, 2020)

Riesgos 2: Alto Riesgo

- Anemia (Hb menor 10g/dl o HTO menor 25%)
- Embarazo múltiple
- Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enfermedades inmunológicas, hipertensión)
- Polihidramnios u oligoamnios
- Epilepsia
- Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distocias, antecedentes de retardo de crecimiento intrauterino.
- Enfermedades neuropsiquiátricas
- Infección materna: VIH, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubiola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.
- Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación
- Desnutrición y obesidad
- Asma (MSP, 2020)

Riesgos 3: Riesgo Inminente

- Amenaza de parto pretérmino
- Cardiopatías
- Diabetes gestacional descompensado o en tratamiento
- Menorragia vaginal

- Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas
- SIDA clínico
- Trastornos hipertensivos en el embarazo
- Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (menor 110 latidos x minuto mayor a 160 latidos x minuto o falta de movimientos). (MSP, 2020)

2.5 Muerte materna

La muerte materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada, en el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales e incidentales.

La muerte de una madre trae consigo consecuencias no sólo personales y familiares, sino también para la comunidad y el estado ya que se genera una carga socioeconómica con consecuencias invaluable. (MSP, 2022)

2.5.1 Causas Directas e Indirectas de la Muerte Materna

2.5.2 Causas Directas de Muerte Materna

Las defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del (embarazo, parto y puerperio), intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente. (Retamozo, 2020)

Entre las causas directas se encuentran las siguientes:

- Hipertensión gestacional con proteinuria significativa
- Eclampsia
- Hemorragia posparto

- Embarazo ectópico
- Placenta previa
- Sepsis puerperal
- Infección de las vías genitourinarias en el embarazo
- Retención de la placenta o de las membranas sin hemorragia
- Complicaciones consecutivas al aborto, embarazo ectópico y el embarazo molar
- Corioamnionitis grave
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Anomalías de la dinámica del trabajo de parto
- Embolia obstétrica. (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2022)

2.5.3 Causas Indirectas de Muerte Materna

Las muertes obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, que son agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (Retamozo, 2020)

Las causas indirectas constituyen las siguientes:

- Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias
- Enfermedades preexistentes, entre otras. (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2022)

2.5.4 Las 3 Demoras en Salud que Llevan a Complicaciones Obstétricas en Embarazadas en Ecuador

Son factores que contribuyen a la MM, debido a que las demoras para llegar a una unidad de salud y recibir atención que enfrentan las mujeres con complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, afecta el intervalo entre la aparición de las complicaciones obstétricas y sus resultados.

Demora 1: Falta de conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo parto o puerperio, lo que hace difícil su identificación, esto sucede en la población sensible que tiene menor nivel de educación, siendo importante la difusión de información que facilita el reconocimiento de signos y síntomas de alarma que permita acceder a una atención oportuna. (Rengifo, 2021)

Demora 2: Demora en la búsqueda de atención en establecimientos de salud, aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no permite ejercer su derecho y tomar decisiones por sí misma, sino que debe esperar a su pareja, familiar cercano u otras. Además, la falta de transporte para trasladar al hospital, recursos económicos insuficientes para su pago, miedo por malas experiencias anteriores retrasa el proceso. Esta demora se refiere a la accesibilidad a los servicios de salud que se ven obstaculizados debido a la inaccesibilidad por circunstancias geográficas, climáticas, incomunicación por falta de estructura vial en sitios aislados y factores económicos. (Torres, Ramirez, & Salcedo, 2020)

Demora 3: Hace referencia a la demora en la provisión de tratamiento adecuado y oportuno, una vez alcanzado el servicio de salud, las mujeres no tienen una atención inmediata, adecuada y de calidad. Hace referencia a la atención institucional deficiente e inoportuna brindada una vez que haya llegado la mujer. Por varias causas entre las que se diferencian la falta de competencia (conocimiento, destrezas, habilidades y actitudes) de los proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos, equipo adecuado, además del incumplimiento de los estándares de atención. Por estas razones muchas mujeres mueren en los hospitales habiendo pasado las demoras anteriores. (Rengifo, 2021)

2.6 Prevención de Muerte Materna

2.6.1 Prevención

Según la OMS la prevención se define como, medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez ya establecida. (Perrot, Caprani, & Goñi, 2021)

2.6.2 Estrategias Para Poner fin a la Mortalidad Materna Prevenible (EPMM)

Metas mundiales para aumentar la equidad en la reducción de la razón de mortalidad materna en el mundo: las metas mundiales promedio para el 2030 es una RMM de menos de 70 muertes materna por cada 100000 nacidos vivos. Para el logro de la meta anterior para después del 2015 requerirá una tasa anual de reducción de la RMM de 5.5% a nivel mundial. Todos los países deben contribuir al promedio mundial reduciendo su propia RMM a partir de los niveles de estimados del 2010.

Acción activa en los países con la RMM más altas porque requerirán reducir a una tasa superior al 5.5% a ellos sumaron mecanismos de reducción los extremos de inequidad entre países respecto a la supervivencia materna a nivel mundial. (OPS, 2020)

Metas nacionales para aumentar la equidad en la reducción de la razón de morbilidad materna: la meta nacional complementaria para el 2030 es que ningún país tenga una RMM de más de 140 por cada 100000 nacidos vivos. Para cada país se recomienda los siguientes conjuntos de metas nacionales.

En países con una RMM de referencia mayor que 420 en el 2010: la tasa de disminución debe ser más pronunciada para que en el 2030 ningún país tenga una RMM de más de 140.

Todos los países con una con una RMM bajan en el 2010: lograr la equidad subnacional en la RMM que afecta a los grupos vulnerables.

A la hora de establecer las metas, es necesario mejorar los métodos de medición y la calidad de los datos para hacer posible un seguimiento más preciso de los progresos realizados y las causas de mortalidad observadas en los países. (OPS, 2020)

2.7 Principios Rectores Para Poner fin a la Mortalidad Materna Prevenible

2.7.1 Empoderar a las mujeres, niñas, familias y comunidades

Es importante el reconocimiento dentro de la sociedad la supervivencia y la salud de mujeres y niñas, por lo que es necesario poner atención a la igualdad de género y empoderamiento, utilizando estrategias para garantizar la igualdad de acceso a los recursos, educación, formación y esfuerzos centrados en eliminar la violencia de género y la discriminación por razón de género, la misma que esta generalizada en todo el mundo, que afecta a la salud reproductiva a lo largo de sus vidas, trayendo como consecuencias embarazos no deseados, complicaciones de los mismos, muertes maternas, infecciones de transmisión sexual, infección por VIH.

La estrategia de empoderamiento debe ir enfocado a que ellas tengan poder de decisión, disponibilidad de opciones para elegir, lo cual ha demostrado según estudios que cuando las niñas ejercen sus derechos a retrasar el matrimonio, maternidad y continúan estudiando, la mortalidad materna baja por cada año de estudio completo, favoreciendo en un futuro en la salud de sus hijos y familia. (OPS, 2020)

2.7.2 Integrar la Atención Materna y Neonatal, Proteger y Apoyar la Relación entre la Madre y el Bebé

La salud de las madres, recién nacido y niños están estrechamente relacionado por ende cuando suscita una enfermedad o muerte afectan a la supervivencia, crecimiento y

desarrollo de los mismo, debido a ello es importante proteger y respaldar la relación entre madre e hijo/a, fomentar la integración de estrategias y servicios de salud que beneficien a los dos incluido la prevención de las ITS, sin la necesidad de separarlos, lo cual sustentaría el principio de convergencia de la supervivencia. (OPS, 2020)

2.7.3 Priorizar la Implicación de los Países, el Liderazgo y Mecanismos Jurídicos, Normativos y Financieros Propicios

El marco estratégico para la salud materna y neonatal prioriza la implicación de los países, liderazgo, mecanismo jurídico, normativos y financieros propicios, con el objeto de velar porque las estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible vayan más allá de solo políticas y se traduzca en acción en los países.

Para dar cumplimiento se requiere una buena gobernanza, rectoría eficaz de todas las herramientas políticas, capital social y recursos financieros disponibles para respaldar y hacer posible un sistema de salud eficaz.

Entre los mecanismos jurídicos propicios figuran leyes y políticas que defiendan los derechos humanos en la atención a la salud materna, acceso a una atención integral de salud de la madre, mecanismos de reparación jurídica para las personas que hayan sufrido daños, maltrato o abandono cuando solicitaban atención, la despenalización de servicios de salud que incluyan leyes que aborden la discriminación por razón de género y empoderen a mujeres y niñas. (OPS, 2020)

2.7.4 Aplicar un Marco de Derechos Humanos para Garantizar la Disponibilidad, Accesibilidad y Buena Calidad de la Atención de Salud Sexual, Reproductiva, Materna y Neonatal

El respaldo de la oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) a los diversos mecanismos de seguimiento de los derechos humanos desde

el sistema de las Naciones Unidas, por lo que sus órganos de vigilancia han considerado la muerte materna como cuestión de derechos humanos. El comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW), Comité de Derechos Humanos y Comité de los derechos del Niño han interpretado explícitamente que el derecho a la vida comprende la obligación de prevenir y abordar la mortalidad materna, con una atención prenatal y posnatal como obligación central por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como derecho a la salud. Además, han vinculado las tasas elevadas de MM con la falta de servicios integrales de salud reproductiva, leyes restrictivas del aborto, abortos peligrosos o ilegales, maternidades adolescentes, matrimonio precoz, forzado y acceso inadecuado a los métodos anticonceptivos. (OPS, 2020)

2.7.5 Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal

El Plan de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal fue ejecutada por el Ministerio de Salud Pública para hacer frente a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, embarazo en adolescentes, además de aumentar la cobertura de atención a la salud en el postparto, acceso a servicios de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE), mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud y la reducción de la violencia contra las mujeres, niño/as y adolescentes.

Con el objetivo de mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales. (MSP, 2018)

Busca realizar algunas acciones como la vigilancia e investigación epidemiológica de la muertes materna y neonatal, con el fin de obtener información oportuna y veraz de dichos eventos; activación del Comité Nacional de Muerte Materna para informar e investigar los casos, establecer las causas, emitir recomendaciones y el seguimiento correspondiente; Implementación de la red de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales; evaluación del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención materno infantil y ejecución del proyecto de disponibilidad asegurada de Insumos Anticonceptivos para reducir complicaciones y posibles muertes por embarazos no planificados y adolescentes. (MSP, 2018)

2.7.6 Norma para la Organización del Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador

El Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), emite la Norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) como instrumento efectivo para la aplicación de la Estrategia de Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal.

El CONE como norma responde al objetivo general del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), coordina a los prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales articulados de acuerdo a la nueva organización territorial del país: circuito, distrito y zona, con capacidad resolutiva según el nivel de atención, incluyendo y coordinando con los prestadores de salud de la medicina ancestral. (MSP, 2019)

La presente norma considera que existe un porcentaje no predecible de mujeres embarazadas, en parto y puerperio que desarrollan complicaciones obstétricas que podrían ser detectadas y evitadas; requieren acceso a cuidados obstétricos y neonatales esenciales, de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo, al igual

que los recién nacidos tendrá problemas relacionados con asfixia, bajo peso e infecciones, mientras que otros, habiendo nacido sanos desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos en los primeros 28 días qué podrían ser de riesgo para su vida.

Por lo tanto, es necesario que la red pública integral de salud tenga la capacidad de detectar los casos de riesgo disponer de cuidados neonatales esenciales oportunos y con calidad sobre las bases de las normas y protocolos emitidos por la autoridad sanitaria, dado que muchas muertes son prevenibles.

Tiene como propósito asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial de calidad a todas las madres y recién nacidos que lo requiera. Además, proporciona servicios integrales y continuos a la madre durante el embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido hasta los 28 días de vida durante las 24 horas del día, haciéndoles responsables no sólo a los hospitales y especialistas sino también a la familia y comunidad. (MSP, 2019)

Objetivo

Operar el Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal en el Sistema Nacional de Salud a través de la Red Pública Integral de Salud y participación ciudadana para la gestión y provisión de servicios a través del mejoramiento de acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención las mujeres en edad fértil, durante la gestación, parto y posparto, así como a las y los niños al nacimiento y durante el periodo neonatal. (MSP, 2019)

Participación de las organizaciones sociales en el CONE

Para el mejoramiento de la calidad de atención en la estructura funcional del CONE es fundamental la participación social, pues contribuirá en la disminución de la mortalidad materna y neonatal. Los actores y los servicios del CONE promueven el

derecho a la participación de las organizaciones sociales, junto con el personal de los Distritos de Salud, para fomentar acciones de veeduría ciudadana y reducción de cuentas, las/os actores involucrados informarán sobre la percepción de la atención de salud que tiene la población usuaria de los servicios, se analizarán aspectos relacionados con la calidad de atención a la salud materna y neonatal al tiempo que se buscarán estrategias para mejorar la misma. (MSP, 2019)

Interculturalidad y Cuidados Obstétricos Neonatales

El MSP, para operativizar el mandato constitucional del enfoque intercultural en la oferta de servicios de salud, establece la articulación y complementariedad de la medicina tradicional ancestral y medicinas alternativas con la medicina convencional para lograr el bienestar individual, familiar y comunitario. A través de la dirección nacional de interculturalidad, derechos y participación social, el MSP ha implementado acciones para incorporar el enfoque intercultural en la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención sobre todo en lo relacionado a la atención del embarazo, parto y posparto, la articulación de parteras tradicionales con el personal de salud en la referencia de mujeres para atención materna y manejo de complicaciones obstétricas, lo cual ha ayudado a reducir muertes maternas. Por lo tanto, es importante incorporar el CONE con enfoque holístico del Sumak Kawsay y operativizar el enfoque intercultural en los 3 niveles de atención, mediante acciones de:

- Formación y capacitación del talento humano en competencias interculturales de gestión y atención.
- Aplicación de estrategias y herramientas de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y prácticas de salud
- Fortalecimiento de la pertinencia cultural una prestación de cuidados obstétricos, neonatales esenciales y de emergencia. (MSP, 2019)

Gestión y avances materno neonatales

Las estrategias y acciones para el mejoramiento de la salud materna provienen del Plan Nacional del Buen Vivir y del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal consideran las siguientes líneas de acción:

- Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, atención neonatal en el sistema nacional de salud para qué garantice la atención en el marco de los derechos de las usuarias.
- Mejoramiento de competencias para la práctica en la atención de las prestaciones de salud sexual y reproductiva que permita el manejo de las complicaciones obstétricas – neonatales del parto y posparto.
- Coordinación intrainstitucional: se mantiene un trabajo coordinado dentro de las instancias del MSP acordé a los planes o proyectos.
- Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque intercultural
- Reducción del embarazo en la adolescencia: ENIPLA, responsable de la adolescencia de la dirección nacional de normalización.
- Estrategia Desnutrición Cero
- Seguimiento y monitoreo de los estándares de calidad de la atención materna y neonatal
- Coordinación interinstitucional e intersectorial (MSP, 2019)

El CONE en el modelo de Atención Integral de Salud

La estrategia de CONE da cumplimiento a la etapa de provisión de servicios según nivel de atención, que son atribuciones y funciones de los equipos de atención integral de salud, para la implementación del MAIS. (MSP, 2019)

Desarrollo y funciones del cuidado obstétrico y neonatal (CONE)

La estrategia de CONE busca garantizar el acceso a servicios integrados en red:

- Desde el domicilio hasta el centro de referencia de más alto nivel
- Las 24 horas del día y los 365 días del año
- Y a través de la diversidad de actores: la familia, las parteras o los agentes comunitarios de salud, las organizaciones sociales; así como los técnicos y profesionales del sector salud. (MSP, 2019)

Componente organizacional del CONE

La estrategia de CONE se enmarca y es parte del Sistema Nacional de Salud, su propósito fundamental es la cobertura y resolución exitosa de los casos de complicaciones obstétricas y neonatales que pongan en riesgo la integridad y la vida de madres y neonatos, en cumplimiento del MAIS/FCI y de aplicación en la red Pública Integral de Salud acorde a las reglas y disposiciones vigentes. (MSP, 2019)

Actores del CONE en los diferentes niveles de atención

CONE Comunitario

- Parteras tradicionales, líderes comunitarios y prestadores de salud de la medicina ancestral
- Técnicos de atención primaria de Salud
- Personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud. (MSP, 2019)

CONE Básico

- Personal de salud de los establecimientos de Atención del Sistema Nacional de Salud en Centros de Salud Tipo C del primer nivel, en Hospitales Básicos del

segundo nivel y parteras tradicionales en el acompañamiento del proceso del parto y atención del parto con pertinencia cultural.

CONE Avanzado

- Personal de salud de los establecimientos de atención del sistema Nacional de Salud en Hospitales Generales del Segundo nivel y hospitales especializados (Gineco – obstétrica) y/o con atención neonatal en el tercer nivel. (MSP, 2019)

Niveles del CONE, que se ajustan a los niveles de atención del MSP

- **CONE comunitario:** en el primer nivel de atención, organizándose localmente con las comunidades que se adscriben a cada circuito de salud y su establecimiento de salud correspondiente.
- **CONE básico:** en centro de salud tipo C (atención de parto normal) y hospitales básicos de segundo nivel de atención, coordinando con los establecimientos de salud del primer nivel de su jurisdicción distrital de salud.
- **CONE Avanzado:** en hospitales generales del segundo nivel de atención y los hospitales especializados del tercer nivel, en coordinación con los hospitales básicos de su ámbito geográfico de atención de salud. (MSP, 2019)

Nivel CONE comunitario

Es un modelo local de organización y coordinación para la atención materno neonatal que es liderado por los proveedores de servicios de salud institucionales del primer nivel de atención del MSP con la participación de los proveedores de salud comunitarios (parteras tradicionales) en una parroquia o circuito de salud, teniendo como fin incrementar el acceso de la población más vulnerable, garantizando la atención de CONE continua y de calidad a la mayor cantidad de usuarias. (MSP, 2019)

Organización

Actores que integran el CONE comunitario

- Establecimientos de salud de primer nivel de atención de la RPIS
- Actores comunitarios de salud
- Técnicos de atención primaria de salud (TAPS)
- Promotores de salud o agentes comunitarios de salud
- Parteras tradicionales ancestrales y otros prestadores de salud de la medicina ancestral
- Personal asistencial de centros de salud. (MSP, 2019)

Conformación del CONE comunitario

Se conforma en cada circuito de salud y realiza sus actividades en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del SNS (puestos de salud, Centros de salud A, B y C) y las correspondientes de cada institución de la RPIS; se promueve el acceso a la atención CONE en las comunidades y hogares, a través del trabajo conjunto entre el personal institucional y las parteras tradicionales, TAPS y/u otros prestadores de salud de la medicina ancestral, con el apoyo de las organizaciones sociales locales. (MSP, 2019)

Nivel CONE Básico

Es una estructura organizada en centro de salud tipo C y hospitales básicos del segundo nivel de atención, con capacidad de ofrecer cuidados obstétricos y neonatales esenciales en los hospitales básicos, las 24 horas del día, 365 días al año, estableciendo mecanismos de coordinación para la derivación, referencia y contrarreferencia con los establecimientos de salud de mayor y menor nivel de atención. (MSP, 2019)

Organización

Se define como una instancia de coordinación y atención de salud conformada por los componentes de la RPIS en un distrito de salud, bajo la coordinación y la conducción del distrito de salud en el segundo nivel de atención. Integra las redes locales o comunitarias del CONE de su espacio cantonal y/o distrital, mismas que refieren sus casos al Hospital Básico del Distrito y además le reportan sus resultados, cada dirección CONE Básico garantiza la atención durante las 24 horas, 365 días al año en distritos correspondientes. (MSP, 2019)

Nivel CONE Avanzado

Es una estructura organizada con capacidad de ofrecer, en los Hospitales Generales y Hospitales Especializados, los cuidados obstétricos y neonatales esenciales, completos, las 24 horas del día, estableciendo mecanismos de derivación, referencia y contrarreferencia con establecimientos de salud especializados con los de menor nivel de atención.

- Corresponde al Hospital General del segundo Nivel y comprende todas las acciones de atención gineco – obstétricas y neonatales de atención ambulatoria, especializada y cuando se requiera las de hospitalización clínica y quirúrgica por situaciones de emergencia o programadas.
- Contará además con los servicios de apoyo al diagnóstico y farmacia institucional.
- La unidad de gestión de planificación, seguimiento y evaluación zonal y/o del hospital será responsable de la implementación del CONE Avanzado. (MSP, 2019)

Requisitos generales de los establecimientos de salud para ofrecer CONE

- Disponibilidad de infraestructura, equipos, insumos y medicamentos, en los servicios ambulatorios, de emergencia y hospitalización obstétrica y neonatal, según corresponda a su licenciamiento.
- Disponibilidad de talento humano capacitado en los servicios obstétricos neonatales de anestesia y provisión de sangre/ hemoderivados, procesos claves para la atención de las emergencias obstétricas y neonatales esenciales, acorde a su nivel de complejidad y responsabilidad de resolución.
- Implementar el proceso de ciclos de mejora de calidad en los procesos para cumplir con todas las funciones del CONE. (MSP, 2019)

Roles y funciones del CONE

Se divide en:

- Nivel operativo
- Nivel administrativo

CONE Comunitario

Nivel operativo (MSP, 2019)

Atención preconcepcional

- Anticoncepción mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales y asesoría.
- Provisión de ácido fólico y asesoría, con el fin de prevenir los defectos del tubo neural
- Ejecución de los programas de orientación del manejo y prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH – SIDA
- Promoción de la adecuada nutrición y el mantenimiento de ambientes saludables

Atención durante el embarazo

- Identificación de embarazadas y recién nacidos a través de visitas domiciliarias por personal de salud, parteras ancestrales, técnicos de atención primaria en salud y otros prestadores de salud de la medicina ancestral para recomendar su referencia.
- Apoyo a las organizaciones sociales para la conformación de los Comités de Transporte de Emergencias y su vinculación con el SIS ECU 911.
- Aplica y vigila el cumplimiento de los programas de prevención y atención prenatal de acuerdo a la norma. (MSP, 2019)

Atención del parto y nacimiento

- El personal de salud de la red local del CONE Comunitario debe conocer, monitorear y vigilar el adecuado desarrollo de la labor de parto, la atención del parto en libre posición y del recién nacido al nacimiento con pertinencia cultural, tanto en el parto normal como en sus complicaciones.
- En caso de detección de señales de peligro durante el parto y nacimiento, asegurar la referencia inmediata de la madre y/o el RN, mediante la activación del Plan de Emergencia Familiar y Comunitario.
- Garantizar que el recién nacido sea atendido mediante el secado, abrigo, mantenimiento del contacto con su madre (apego piel con piel), el pinzamiento oportuno del cordón umbilical (cuando deje de latir) y el inicio de la lactancia materna exclusiva inmediata (no excediendo de la primera hora de vida), en casi necesario aplicar la metodología de ayudando a los bebés a respirar (ABR). (MSP, 2019)

Atención durante el posparto

- Orienta y verifica la realización de la visita domiciliaria a la madre y el RN en la primera semana de posparto.

- Realizar asesoría y consejería en planificación familiar. (MSP, 2019)

CONE Básico

Nivel el operativo coordinado y de competencia del personal de salud

Atención preconcepcional

- Realiza y ejecuta programas de salud normados para este grupo poblacional
- Anticoncepción mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales y asesoría.
- Promueve la adecuada nutrición y estilos de vida saludable

Atención durante el embarazo

- Promueve e informa los beneficios del ácido fólico, la adecuada nutrición, los ambientes y estilos de vida saludable (evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas).
- Aplica los programas de prevención y manejo de infecciones de transmisión sexual y la correspondiente vigilancia y seguimiento.
- Asegura el cumplimiento de al menos cinco controles prenatales, vacunación antitetánica y exámenes complementarios necesarios.
- Aplica las normas, estándares y guías de práctica clínicas de control prenatal emitida por la autoridad sanitaria.
- Realiza el caso necesario, manejo de antihipertensivos, sulfato de magnesio para preeclampsia, antibióticos en caso de ruptura prematura de membranas, útero inhibidores y corticoides de amenaza de parto prematuro de hasta 35 semanas, atiende el aborto en curso o inevitable (completo, incompleto y diferido).
- Promueve la atención del parto con personal calificado.

- Promueve y realiza el tamizaje y manejo de VIH – SIDA. (MSP, 2019)

Atención durante el parto

- Aplica normas, guías de práctica clínica, manuales de atención de parto, protocolos técnicos para la atención del parto normal y manejo de complicaciones obstétricas y neonatales con pertinacia cultural y competencias interculturales.
- Vigila el trabajo de parto y atención del parto vaginal con partograma.
- Administración de antibióticos inyectables
- Administración de oxitocina
- Manejo de anticonvulsivos inyectables.
- Procedimientos como episiotomía, sutura de desgarros y retiro manual de placenta en casos estrictamente necesarios.
- En caso de emergencia durante el parto o nacimiento (problema obstétrico o neonatal), realiza la transferencia a un nivel de mayor complejidad. (MSP, 2019)

Atención durante el posparto

- Realizar la visita a la madre en hospitalización, previa alta y en la primera semana de posparto. Si el parto fue en domicilio, la visita la realizara el equipo integral de salud.
- Planificación familiar mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales, ligadura de trompas, vasectomía para su pareja. (MSP, 2019)

CONE Avanzado

Nivel operativo coordinado y de competencia del personal de salud

Atención preconcepcional

- Anticoncepción en general, incluyendo las de abordaje quirúrgico.

- Trata los casos complicados de infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH – SIDA. (MSP, 2019)

Atención del embarazo

- Realiza controles prenatales de embarazos con complicaciones.

Atención del parto y el nacimiento

Realiza actividades de CONE básico con pertinencia cultural según necesidades y, además:

- Atención de cesáreas por compromiso de la vida materna o fetal.
- Dispone y aplica hemocomponentes en caso de requerirse.
- Dispone de equipo de anestesiología a especialista médico.
- Aplica a los neonatos de riesgo: reanimación avanzada con intubación y uso de medicamentos, ventilación asistida en cualquier modalidad, abordaje de vías centrales y administración de soluciones intravenosas. (MSP, 2019)

Atención posparto

- Seguimiento de la evolución del parto según normas correspondientes.
- Alta de calidad.
- Planificación familiar en general incluyéndose las de abordaje quirúrgico. (MSP, 2019)

Vigilancia de la muerte materna y neonatal en el CONE

El sistema de vigilancia de mortalidad materna y neonatal orienta estrategias que contribuyen a la disminución de la mortalidad evitable mediante la identificación, notificación y recolección de información de calidad y oportuna en una población determinada, para su posterior análisis y establecimiento de medidas que promuevan el

control y eliminación de los factores determinantes, por ello este sistema debe ser parte de las actividades diarias de la prestación de salud tanto de los agentes comunitarios como de los prestadores de servicios de la Red Pública de Salud.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Neonatal (SVEMMN) en el sistema de información que facilita la identificación, notificación, cuantificación, análisis y reporte de los fallecimientos durante la etapa materno y neonatal y sus posibles causas, siendo importantes las conclusiones a las que llega.

Su propósito es promover la realización de una evaluación objetiva sobre los casos de mortalidad durante el periodo materno y neonatal, tanto en el hogar y la comunidad para que facilite un análisis de las causas los factores contribuyentes, permiten hacer una planificación de intervenciones dirigidas a la reducción de los factores causales y el desarrollo de medidas necearías para su prevención.

La mortalidad oculta o no denunciada por la comunidad es un aspecto de trascendencia que descubrir, requiere adentrase en las convicciones individuales, familiares y culturales que lo provocan y en la medida que se consiga la participación de la comunidad en la denuncia de la mortalidad no visible se podrán encontrar motivos y sus eventuales soluciones tanto para la mortalidad neonatal como la materna, producto no solamente de las demoras inmediatas que provocan el desenlace fatal, sino también de la renuncia, barreras de acercarse a los proveedores y servicios de salud. (MSP, 2019)

Proceso de notificación

Al momento de fallecer un niño/a menor de 28 días o una madre, se notificará de inmediato al responsable de Estadística del Distrito de Salud o establecimiento de salud de cualquier nivel de atención, quien comunicará a su Coordinador de Vigilancia Epidemiológica de la muerte materna y se procederá a reunir al comité en un plazo no mayor a los cinco días siguientes.

El comité realizará la investigación Epidemiológica y sus resultados serán reportados a su nivel jurisdiccional de salud, desde donde se tendrá el reporte distrital, zonal y nacional de Muerte Materna y Neonatal. Con esta información analizada, gestión y calidad realizará las acciones y recomendaciones necesarias que permitirán tomar decisiones en los niveles correspondientes, para el manejo de las muertes maternas y neonatales evitables.

Actividades

- Realiza búsqueda activa y registro de casos de muerte materna y neonatal en su Distrito.
- Notifica y registra en el sistema de vigilancia de la Muerte Materna y Neonatal
- Realiza investigación epidemiológica y análisis de cada muerte materna y neonatal, de acuerdo a normas establecidas
- Mantiene actualizada la información de mortalidad materna y neonatal en el área de intervención en el sistema de salud.
- Analizar la información procesada: determina la magnitud y tendencia de la mortalidad materna y neonatal, estudia los principales factores determinantes de esta problemática, identifica las variables predictivas de la infradeclaración.
- Facilita la participación de las diferentes formas organizadas de la sociedad civil y de la comunidad para mejorar la salud materna y neonatal.
- Difunde los datos notificados, procesados y analizados.
- Realiza recomendaciones para disminuir la mortalidad materna y neonatal evitable. (MSP, 2019)

2.8 Medición de Riesgo Utilizando Escala Score Mamá en Gestantes y Puérperas

2.8.1 Score Mamá

Es una herramienta de puntuación de signos vitales para el reconocimiento y respuesta temprana del deterioro de signos clínicos y fisiológicos, orientada a identificar tempranamente la patología obstétrica, precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, se aplica al primer contacto con la paciente que presenta la emergencia obstétrica, en todos los niveles de atención.

Tiene como objetivos:

- Identificar oportunamente mediante la alteración de los signos vitales las posibles complicaciones obstétricas para la toma de decisiones oportunas desde el primer contacto con la gestante o puérpera.
- Establecer los criterios para un diagnóstico, referencia oportuna, y un tratamiento sistemático de los trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis obstétrica.

Esta herramienta se compone de siete indicadores fisiológicos y a cada uno se les dará una puntuación de 0 a 3, considerando la puntuación “0” como estado normal y “3” como puntuación de máximo riesgo. (MSP, 2019)

- **Frecuencia respiratoria (FR)**

Es de toma obligatoria ya que este signo vital ha sido identificado como el indicador más precoz y sensible del deterioro en el bienestar de la paciente. Los valores normales en la gestante o puérpera son de 12 a 20 respiraciones por minuto.

La evaluación de la frecuencia respiratoria debe llevarse a cabo durante 60 segundos, después de la evaluación de la frecuencia cardiaca, ya que, si la mujer toma conciencia

de la medición de sus respiraciones, la mismas se verán alteradas. La taquipnea es un signo sugestivo de sepsis. (MSP, 2017)

- **Frecuencia cardiaca (FC)**

La toma de la frecuencia cardiaca en el adulto se debe realizar en la arteria radial, ya que es fácilmente accesible. Los parámetros normales varían entre 60 a 100 latidos por minuto. La arteria braquial se utiliza para la medición de la presión arterial y las arterias carótida y femoral puede ser palpado en caso de colapso, donde el gasto cardiaco no puede ser detectado en la circulación periférica. La arteria radial debe ser palpada con el dedo índice y el dedo medio, en 30 segundos y se duplica si la tasa es regular o 60 si la tasa es irregular.

Los oxímetros de pulso también dan una lectura de la frecuencia cardiaca, sin embargo, si la mujer tiene bradicardia o taquicardia detectada electrónicamente. La FC debe ser evaluada de forma manual

Cualquier valor bajo o sobre estos parámetros es una señal importante que puede indicar una enfermedad subyacente grave y debe ser investigada. (MSP, 2017)

- **Presión arterial**

La toma adecuada de la presión arterial es determinante para el diagnóstico de patologías obstétricas. Es fundamental que el personal de salud conozca y tenga destrezas de una adecuada toma.

La presión arterial se mide utilizando un brazalete del tamaño correcto, se recomienda que la circunferencia media del brazo sea medida en todas las embarazadas, particularmente en aquellas con índice de masa corporal mayor 29.9 kg/m^2. 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 anti – cubital. Se toma el punto medio del brazo como el punto medio entre estos dos puntos de referencia.

Es importante que la gestante esté sentada, apoyada con la espalda y ambos pies apoyados en el piso, en un ambiente silencioso y tranquilo, colocar el brazo en un soporte para que el punto medio del brazo quede a la altura del corazón, desinfle el brazalete completamente, palpe la arteria braquial en la fosa cubital, cara interna, coloque el brazalete por encima de la fosa (2 – 3 cm sobre esta), y ajuste sobre el brazo desnudo de la paciente, palpe la arteria braquial y situé el diafragma del estetoscopio sobre este, cierre la válvula del esfigmomanómetro, infle el manguito inicialmente 20 – 30 mmhg sobre la presión arterial sistólica palpable, abra el manguito y desinfle a 2 mmhg por segundo finalmente debemos saber que el primer ruido de Korotkoff indica la presión arterial sistólica (PAS) y el quinto ruido de Korotkoff indica la presión arterial diastólica (PAD).

Si la presión arterial es consistentemente más alta en uno de los brazos que en el otro, se usa la lectura más alta para todas las medidas de presión arterial. (MSP, 2017)

- **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, se documentará como porcentaje y sus parámetros normales son de 94 a 100 %. Se mide de forma rutinaria a todas las mujeres y se presta mayor atención en circunstancias como:

- Si la frecuencia respiratoria esta fuera de los parámetros normales
- Si una condición médica/obstétrica requiere la medición de los niveles de saturación de oxígeno continuo

La exactitud de la medición depende de un adecuado flujo de sangre a través del conducto de luz, es decir, si la gestante se encuentra en un estado crítico, el resultado de SpO2 puede ser inexacto o imposible de obtener. (MSP, 2017)

- **Temperatura**

La temperatura debe ser tomada en el sitio apropiado (oral, axilar o timpánica), asegurando el uso adecuado del termómetro, en el caso del Score Mamá se deberá registrar en la medida de lo posible la temperatura axilar.

La temperatura normal a nivel bucal es de 36 °C hasta 37°C en la mañana y 37,7 °C en la tarde. Los parámetros de temperatura aceptados para el Score MAMÁ son de 35.6 °C a 37,2 °C, tomados a nivel axilar.

Una caída o aumento de la temperatura y las oscilaciones de fiebre pueden indicar sepsis. La hipotermia es un hallazgo importante que puede indicar una infección y no debe ser ignorada. La pirexia puede enmascararse si se han administrado antipiréticos. (MSP, 2017)

- **Nivel de conciencia**

La respuesta neurológica evalúa el nivel de conciencia de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Alerta: paciente orientada en tiempo, espacio y persona
- Responde ante estímulo verbal
- Responde a estímulo doloroso
- Ausencia de respuesta

Cualquier alteración en el nivel de conciencia siempre debe ser considerada significativa y se debe tomar una acción inmediata. (MSP, 2017)

- **Proteinuria**

Es la presencia de proteínas en orina, cuando está asociada a hipertensión puede significar preeclampsia – eclampsia, o podemos tener un resultado positivo en procesos fisiológicos y patológicos.

Luego de haber valorado las constantes vitales y de acuerdo con el puntaje total de Score Mamá obtenido se establece diferentes acciones que se deberán realizar para identificar el riesgo y disminuir la mortalidad materna de acuerdo al nivel de atención. (MSP, 2017)

Anexo 1 Tabla de valores y actividades Score Mamá

SCORE MAMA

PARÁMETRO	PUNTAJE							PARÁMETRO	Puntaje parcial por parámetro
	3	2	1	0	1	2	3		
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 (oC)	
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 (***)	-	-	-	(-)	Positivo	-	-	Proteinuria	
								PUNTAJE TOTAL POR PARÁMETRO	

La adecuada toma de signos vitales puede salvar una vida.
Considere que en la labor de parto los valores de signos vitales 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 tomará sin ayuda de oxígeno suplementario.
(***) Sobre las 20 semanas de gestación.
Nota: Transcribir el puntaje total del Score MAMÁ a las 008

Unidades tipo A, B, Puestos de Salud y Prehospitalario	
Puntaje	**Pasos a Seguir**
0	EVALUAR Y ANALIZAR FACTORES DE RIESGO, BIENESTAR MATERNO-FETAL Y SIGNOS DE ALARMA
1	EVALÚE Y ANALICE FACTORES DE RIESGO 1. Aplique Score MAMÁ c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales y signos de peligro maternos. 3. Evalúe factores de riesgo. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard. 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista. 6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (agendamiento).
2-4	TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO 1. Aplique Score MAMÁ c/hora y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de peligro maternos. 3. Realice diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard. 5. Aliste, active y aplique D.E.R.: AZUL, o ROJO según sea el caso. 6. Llene hoja de referencia (053) y envíe a nivel de capacidad resolutiva. 7. Transfiera con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior. 8. Active cadena de llamadas: comunique al Director del Establecimiento de Salud y éste al Director Distrital. 9. Realice el seguimiento del caso.
≥ 5	TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO 1. Aplique Score MAMÁ c/30 minutos y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de peligro maternos. 3. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard. 4. Aliste, active y aplique D.E.R.: AZUL, o ROJO según sea el caso del diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 5. Llene hoja de referencia (053) y envíe al establecimiento de salud de mayor complejidad según la emergencia obstétrica. 6. Transfiera con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior. 7. Active cadena de llamadas: comunique al Director del Establecimiento de Salud y éste al Director Distrital o Zonal. 8. Realice el seguimiento del caso.

Unidades Tipo C y Hospitales Básicos	
Puntaje	**Pasos a Seguir**
0	EVALUAR Y ANALIZAR FACTORES DE RIESGO, BIENESTAR MATERNO-FETAL Y SIGNOS DE ALARMA
1	EVALÚE Y ANALICE FACTORES DE RIESGO 1. Aplique Score MAMÁ c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales y signos de peligro maternos. 3. Evalúe factores de riesgo. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinard. 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista. 6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (agendamiento).
2-4	TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO 1. Aplique el Score MAMÁ c/hora y registre 2. Evalúe signos vitales más signos de peligro maternos. 3. Realice 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, ROJA o AMARILLA 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 con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior. 8. Active cadena de llamadas: comunique al Director del Establecimiento de Salud y éste al Director Distrital o Zonal. 9. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.
≥ 5	TRATE Y REFIERA SEGÚN EL CASO 1. Aplique Score MAMÁ c/30 minutos y registre. 2. Evalúe signos vitales más signos de peligro maternos. 3. Realice diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Comunique al médico tratante, quien debe evaluar a la paciente en máximo 15 minutos. 5. Aliste, active y aplique CLAVE: AZUL, ROJA o AMARILLA según sea el caso. 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. 7. Transfiera con acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior. 8. Active cadena de llamadas: comunique al Director del Establecimiento de Salud y éste al Director Distrital o Zonal. 9. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.

El Score Mamá se realizará desde el primer control prenatal

Organización Panamericana de la Salud · Organización Mundial de la Salud Américas · Ministerio de Salud Pública

(MSP, 2020)

2.9 Claves Obstétricas

Es un conjunto de protocolos, funciones y roles asumidos por el equipo multidisciplinario de salud en cualquiera de los tres niveles de atención, permiten la comunicación efectiva, el trabajo coordinado y la aplicación de acciones adecuadas para prevenir las complicaciones y muerte materna – fetal. Es un sistema de respuesta inmediata que actúa en concordancia con la experiencia del profesional de salud, fármacos, materiales e instrumentos necesarios para la atención temprana de las complicaciones obstétricas. Por lo tanto, su aplicación no solo requiere del conocimiento, sino también de simulaciones y coordinación para que cada operador de los servicios de salud pueda asumir su rol en medio de una emergencia.

Se han formulado 3 claves obstétricas, que van de la mano con las principales causas de muertes maternas en el Ecuador, estas son:

- **Clave Roja:** Para el manejo de hemorragias obstétricas.
- **Clave Azul:** Para el manejo de los trastornos hipertensivos provocados por la gestación.
- **Clave Amarilla**: Para el manejo de la sepsis o el choque séptico. (MSP, 2017)

2.9.1 Componentes de los kits de alarma materna

Kit clave Roja

Dispositivos Médicos

- Bolsas para drenaje urinario, adulto (1)
- Bolsa retrosacal 2000ml (1)
- Cánula nasal de oxígeno, adulto (1)
- Cánula de Guedel tamaño 4,5,6 o 7 (1)
- Catéter intravenoso periférico 16G, 18G, 20G (2 c/u)

- Catéter urinario uretral 14 Fr (1)
- Equipo de venoclisis (3)
- Esparadrapo común o Esparadrapo poroso (1)
- Guantes quirúrgico N°6.5,7,7.5 (2 c/u)
- Guantes de examinación, talla mediana, nitrilo (5 pares)
- Jeringas de 3ml, 5ml, 10ml con aguja (4 c/u)
- Jeringa 20ml, con aguja (1)
- Mascarilla de oxígeno, adulto (1)
- Mascarilla quirúrgica (5)
- Pinza Aro reutilizable estéril (2)
- Sutura de seda trenzada N°0 o N°1 (1)
- Espéculo vaginal tamaño estándar (1)
- Pinza umbilical (1)
- Gel lubricante sachet (5) o tubo (1)

Balón de compresión (condón)

- Sonda nélaton N°16 Fr (1) o catéter urinario uretral 16 Fr (1)
- Condón masculino (3)
- Balón de compresión (Bakri u otros)

Material de Laboratorio

- Tubos de extracción de sangre al vacío, tapa celeste, lila, roja (3 c/u)

Insumos

- Algoritmos clave roja
- Marcador permanente negro o azul (1)

- Pedidos de laboratorio – Formulario 10-A (3)
- Pedidos de sangre, Form.08-spsang (3)

Medicamentos

- Cloruro de sodio líquido parenteral 0.9 % 1000 ml (1 funda)
- Lactato Ringer líquido parenteral 1000 ml (9 fundas)
- Oxitocina líquido parenteral 10 UI /ml (9 ampollas)
- Misoprostol sólido oral 200 mg (8 tabletas)
- Metilergometrina líquido parenteral 0,2 mg/ml (3 ampolla) sólo establecimientos tipo B, C y hospitales.
- Ácido tranexámico líquido parenteral 100 mg/ml (4 ampollas)
- Cefazolina sólido parenteral 1g (3 viales). (MSP, 2017)

Kit clave azul

- Dispositivos médicos
- Mascarilla de oxígeno, adulto (1)
- Mascarilla laríngea, adulto (1)
- Cánula de Guedel, tamaño 4,5,6 o 7 (1)
- Cánula nasal de oxígeno, adulto (1)
- Catéter de aspiración de secreciones N°18 Fr (1)
- Sonda nasogástrica N°16 Fr (1)
- Catéter intravenoso periférico 16G, 18G, 20G (2 c/u)
- Bolsa para drenaje urinario, adulto (1)
- Catéter urinario uretral 14Fr y 16 Fr (1 c/u)
- Equipo de venoclisis (2)
- Esparadrapo común o esparadrapo poroso (1)

- Frasco de muestra para orina 30 ml-150 ml (1)
- Guantes quirúrgicos N°6.5, 7.7,5 (2 c/u)
- Guantes de examinación talla mediana, nitrilo (5 pares)
- Jeringa 20ml, 50ml con aguja (1 c/u)
- Jeringas de 5ml, 10ml con aguja (4 c/u)
- Gel lubricante sachet (5) o tubo (1)
- Mascarilla quirúrgica

Material de Laboratorio

- Tubos para extracción de sangre al vacío, tapa celeste, lila y roja (3 de c/u)

Insumos

- Algoritmos clave azul
- Marcador permanente azul o negro (1)
- Pedidos de laboratorio – Formulario 10-A (3)
- Pedidos de sangre – Formulario 08-spsang (3)

Medicamentos

- Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 100ml (1 funda)
- Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 500ml (1 funda)
- Sulfato de magnesio líquido parenteral 20% (13 ampollas)
- Hidralazina líquido parenteral 20mg/ml (2 ampollas)
- Nifedipina sólido oral 10mg (5 tabletas)
- Gluconato de calcio líquido parenteral 10% (1 ampolla) (Antídoto)
- Diazepam líquido parenteral 5mg/ml (1 ampolla). (MSP, 2017)

Kit clave amarilla

Dispositivos

- Mascarilla de oxígeno, adulto (1)
- Cánula nasal de oxígeno, adulto (1)
- Cánula de Guedel, tamaño 4,5,6 o 7 (1)
- Catéter de aspiración de secreciones 18Fr (1)
- Catéter intravenoso periférico 16G, 18G, 20G (2 c/u)
- Catéter urinario uretral 14Fr y 16 Fr (1 c/u)
- Bolsa para drenaje urinario, adulto (1)
- Equipo de venoclisis (2)
- Equipo de micro gotero (1)
- Esparadrapo común o esparadrapo poroso (1)
- Frasco de muestra para orina 30ml-150ml (1)
- Guantes quirúrgicos N°6.5, 7, 7.5 (2 c/u)
- Guantes de examinación talla mediana, nitrilo (5 pares)
- Jeringas de 5ml, 10ml, con aguja (4 c/u)
- Jeringa de 20ml, con aguja (1)
- Mascarilla quirúrgica (5)
- Gel lubricante sachet (5) o tubo (1)

Material de laboratorio

- Tubos para extracción de sangre al vacío, tapa lila, celeste, roja (3 c/u)

Formularios

- Algoritmos clave amarilla

- Marcador permanente azul o negro (1)
- Pedidos de laboratorio – Formulario 10-A (3)
- Pedidos de sangre – Form.08-spsang (3)

Medicamentos

- Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 1000 ml (4 fundas)
- Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 500 ml (1 funda)
- Dopamina líquida parenteral 50 mg/ml (2 ampollas)
- Norepinefrina líquida parenteral 1 mg/ml (1 ampolla) solo para establecimientos de 2do y 3er nivel de atención.
- Gentamicina líquido parenteral 80 mg/ml (ampollas)
- Metronidazol líquido parenteral 500 mg/ml (3 ampollas)
- Penicilina G cristalina sólido parenteral 5.000.000 (6 viales). (MSP, 2017)

2.9.2 Activación de las Claves Obstétricas

La activación de la clave obstétrica es un proceso crítico que involucra a todo el equipo de salud presente en ese momento, incluyendo aquellos con roles definidos.

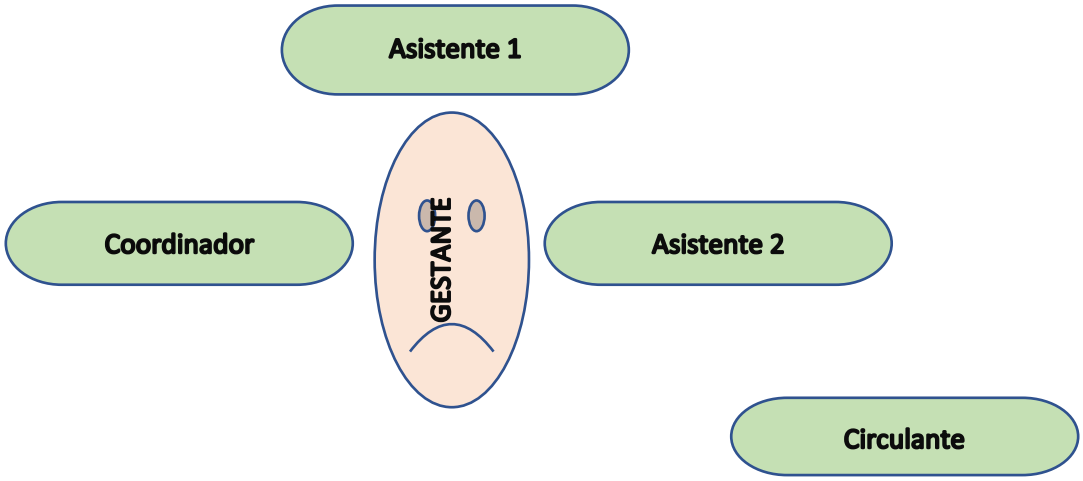
El primer profesional de la salud que evalúa rápidamente a la gestante es el encargado de activar la clave o dar la voz de alarma materna, independientemente de su ubicación, ya sea en emergencias de la casa de salud, en los pasillos, salas de parto, quirófanos, hospitalización u otras. Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de definir el mecanismo más rápido para comunicar la clave, que puede ser un grito del color de la clave en lugares cerrados y pequeños o un llamado vía altavoces o radio en instituciones más grandes. (Caicedo, 2020)

El equipo de salud deberá ser conformada en dependencia de los profesionales disponibles en la institución, debiendo contar con un mínimo de dos personas y un preciso

de cuatro personas, cada miembro del equipo tendrá actividades específicas y serán designados como: Coordinador(a), Asistente 1, Asistente 2 y Circulante.

Coordinador

Anexo 2 Esquema de organización del equipo y sus funciones



2.9.3 Organización del Equipo y sus Funciones

Coordinador (a): deberá ser un profesional de la salud capacitado en claves obstétricas, encargado de liderar al grupo. Esta persona debe estar ubicada en la parte inferior del cuerpo de la paciente a nivel de la pelvis (útero). Sus funciones son:

- Organizar el equipo y verificar continuamente las funciones de los asistentes y del circulante.
- Definir conductas a seguir, dependiendo de la evolución clínica de la paciente.
- Determinar con la información de los signos vitales y Score Mamá, el grado de choque en el que se encuentra la paciente y su evolución, en el tiempo de reanimación y reemplazo de volumen.
- Buscar la causa de hemorragia e iniciar tratamiento (clave roja)
- Valorar los criterios de severidad (clave azul)

- Clasificar el grado de severidad del compromiso de la gestante; síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), sepsis o choque séptico obstétrico con la información de los signos vitales y Score Mamá y buscar su causa (clave amarilla).
- Valorar el bienestar fetal.
- Tomar la decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo a la causa y capacidad resolutiva del establecimiento de salud.
- Ordenar la administración de fluidos, hemocomponentes (dependiendo disponibilidad) y medicamentos.
- Evacuar vejiga previa antisepsia y colocar catéter urinario para medición de excreta urinaria, tomar muestras de orina.
- Ordenar la aplicación de antibióticos, previa toma de muestras para cultivos que demora más de 45 minutos, caso contrario iniciar tratamiento empírico (clave amarilla).
- Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes a través del circulante.
- Evaluar los parámetros de respuesta.
- Valorar signos de toxicidad por la administración de medicamentos. (MSP, 2017)

Asistente 1: Se colocará en la cabecera de la paciente y realizará las siguientes funciones:

- Explicar brevemente los procedimientos a seguir y brindar confianza a la paciente.
- Verificar permeabilidad de vía aérea.

- Toma de signos vitales, monitorizar la eliminación urinaria, registrar en formulario 005 y calcular Score Mamá.
- Suministrar oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90%.
- Registrar eventos con tiempo en la historia clínica.
- Revaluar el estado de choque luego de la infusión de líquidos e informar al coordinador del equipo.
- Colaborar con dicho coordinador en la realización de procedimientos.
- Cubrir a la paciente para evitar hipotermia.
- Verificar que la paciente esté en posición con desviación uterina a la izquierda, si está embarazada con más de 20 semanas de gestación. (MSP, 2017)

Asistente 2: se colocará a un lado de la paciente y realizará las siguientes funciones:

- Abrir el KIT ROJO, AZUL O AMARILLO según sea el caso.
- Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N°16 o 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo medicación, brazo derecho hidratación o manejo de fluidos)
- Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste), según disponibilidad.
- Administrar líquidos, hemocomponentes y medicamentos ordenados por el coordinador del equipo.
- Colaborar con dicho coordinador en la realización de procedimientos.
- Realizar la prueba de coagulación junto a la cama. (MSP, 2017)

Circulante: realizará las siguientes funciones:

- Activar al servicio de laboratorio y medicina transfusional, según disponibilidad.
- Marcar los tubos de las muestras sanguíneas y realizar las órdenes de laboratorio.

- Garantizar que las muestras lleguen al laboratorio y que se inicie el procedimiento.
- Llamar a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador del equipo.
- Asistir al coordinador del equipo en un procedimiento.
- Establecer contacto con la familia de la paciente para mantener informada, y la información la define el coordinador del equipo.
- Activar la RED para la referencia si el establecimiento de salud no tiene capacidad resolutiva.
- Llenar formulario 053 para transferencia si el caso lo amerita. (MSP, 2017)

Protocolo de manejo de la clave roja

PROTOCOLO DE MANEJO CLAVE ROJA			
Acciones a realizar	**1er nivel**	**2do nivel**	**3er nivel**
Identifique a la paciente con hemorragia con o sin signos de choque. Debido a que existe una subestimación de la pérdida sanguínea en la gestante, se utilizará la escala de Basket para clasificar el grado de choque.		X	
Active la CLAVE ROJA y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad.		X	
Comunicar y activar			
Laboratorio y servicio de medicina transfusional de acuerdo al nivel de atención.	X	X	
Sala de cirugía, centro obstétrico.	X	X	
Servicio de cuidados intensivos		X	
Transporte: ambulancia		X	

Acciones a realizar			
Realizar examen físico completo que incluya signos vitales completos y nivel de conciencia.		X	
Colocar traje antishock no neumático, de acuerdo a la disponibilidad.		X	
Asegurar vía aérea: proporcione oxigeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90%.		X	
Asegure dos accesos venosos con catéter N°16 y N18 o N°20 (realizar exámenes de laboratorio) e iniciar infusión rápida de líquidos preferiblemente calientes.		X	
Iniciar reposición de líquidos en infusión rápida con cristaloides, luego bolos de 500cc, según evolución clínica hasta que la presión arterial sistólica (PAS) suba sobre 90mmHg. **Nota**: evite la reposición rápida o en grandes volúmenes en pacientes con preeclamsia, anemia y cardiopatías, en ellas el manejo inicial será con bolos de 500cc.		X	
Si la paciente presenta choque severo: Transfundir 2 concentrados de glóbulos rojos previa realización de pruebas cruzadas, y en caso de no disponer se colocarán dos unidades de ORh Negativo.		X	
Vaciar vejiga y colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección.		X	
Mantener abrigada a la paciente.		X	
Activar la RED para transfundir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.		X	

Exámenes de laboratorio complementarios			
- Biometría hemática - Pruebas cruzadas - Tiempos de coagulación, fibrinógeno - Función renal y hepática. - Electrolitos - Gasometría		X	
Realizar prueba de coagulación junto a la cama (tubo rojo 10ml)			
Acciones a realizar según la causa de la hemorragia (4T)			
1. ATONÍA UTERINA			
1. Inicie masaje uterino o compresión bimanual permanente. Con guantes estériles el puño de una mano se coloca en la vagina presionando la cara anterior del útero, con la otra mano se comprime a través del abdomen la cara posterior del útero. 2. Administre uterotónicos si el caso lo amerita: - Oxitocina 10 UI/ml intramuscular (o 5UI intravenoso lento) y 20-40 UI en 1000 ml de solución cristaloide en infusión intravenosa a 250 ml/h. - Misoprostol 800 µg sublingual u oral o 800 µg vía rectal. - Metilergonovina o Ergonovina (en ausencia de preeclamsia) 0,2 mg IM, se puede repetir cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en un periodo de 24 horas.		X	

3. Si a pesar del masaje uterino y la administración de uterotónicos la hemorragia no cede, se deberá colocar el balón de compresión uterina.			
2. TRAUMA DEL TRACTO GENITAL			
1. Realizar inspección visual de la cavidad. 2. Aplicar presión. 3. Realizar reparo de las lesiones. 4. En caso de no tener resultados adecuados, transferir.		X	
INVERSIÓN UTERINA			
5. No coloque uterotónicos. 6. No intente remover la placenta. 7. Transferir a la paciente para resolución definitiva a un establecimiento de mayor complejidad.		X	
3. RETENCIÓN PLACENTARIA			
1. **TRANSFERIR** a la paciente para resolución definitiva.		X	
4. COAGULOPATÍA			
1. TRANSFERIR a la paciente para resolución definitiva.		X	
Administrar ácido tranexámico a dosis de 1 g IV (luego c/6 h) en caso de: - Hemorragia postparto (HPP) secundaria a traumatismo de canal de parto. - Sospecha trastorno de coagulación por historia clínica. - HPP que no cede al manejo inicial con uterotónicos.		X	

En caso de hemorragia que no cede, colocar balón de compresión uterino, previa administración de antibiótico profiláctico.		X	
Si no obtiene un resultado satisfactorio en el manejo de estas patologías, se debe realizar la transferencia de la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.		X	

(MSP, 2017)

Anexo 3 Clasificación del grado de Shock

Pérdida de Volumen en % y ml (gestante 50-70 Kg)	Nivel de conciencia	Perfusión	Frecuencia cardiaca Lat/min	Presión arterial sistólica mmHg	Grado de choque	Cristaloides a infundir en la primera hora
10-15% 500-1000	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500	Normal y/o Agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000-4500
26-35% 1500-2000	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500-6000
>35 % 2000-3000	Letárgica, inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración más llenado capilar >3"	>120	<70	Severo	>6000

(MSP, 2017)

Protocolo de manejo de la clave azul

PROTOCOLO DE MANEJO CLAVE AZUL			
Acciones a realizar	**1er nivel**	**2do nivel**	**3er nivel**
Identifique a la paciente con signos de gravedad.		X	
Si la paciente se encuentra convulsionando, realice medidas de protección y permeabilidad de vía aérea.		X	

Active la CLAVE AZUL y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad		X	
Realice examen físico completo que incluya signos vitales completos, especialmente la presión arterial.		X	
Realice evaluación de la vitalidad fetal con auscultación o Doppler fetal si dispone.		X	
Asegure vía aérea: proporcione oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90%. Si requiere aspire secreciones. Considere uso de mascarilla laríngea en las siguientes circunstancias: - Si no recupera estado de conciencia post convulsivo - Si presenta vómito y convulsiones - Si tiene una escala de Glasgow menor a 9		X	
Asegure dos accesos venosos con catéter N°16, N°18 o N°20		X	
Coloque catéter urinario con bolsa de recolección.		X	
Inicie impregnación con sulfato de magnesio: - Preeclamsia: 4 g IV en 20 minutos - Eclampsia: 6 g IV en 20 minutos Continuar con mantenimiento de sulfato de magnesio: - Preeclamsia: 1g/hora en infusión continua - Eclampsia: 2 g/hora en infusión continua		X	
En caso de toxicidad por el sulfato de magnesio, aplicar gluconato de calcio al 10%, 1 g IV en 10 minutos.		X	
Iniciar terapia antihipertensiva si PAS ≥ 160 mmHg y PAD ≥ 110 mmHg o según signos de severidad:			

- Nifedipina: 10 mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta, o - Hidralazina 5 mg intravenoso, si la presión arterial diastólica (PAD) no disminuye, se continúa dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en bolos.		X	
En caso de convulsiones recurrentes: adicionar un bolo de 2g de sulfato de magnesio en 20 minutos, aumentar la infusión a 2-3 g/hora. No se debe exceder la administración de 8g de sulfato de magnesio sumados los bolos adicionales a la dosis de impregnación en caso de persistencia de convulsiones.		X	
Si posterior al bolo de sulfato persiste las convulsiones administrar: - Diazepam 5 a 10 mg IV cada 5 a 10 minutos a una velocidad ≤ a 5mg/min y la dosis máxima de 30mg.		X	
Administrar maduración fetal si es un embarazo entre 24 y 34 semanas 6 días.		X	
Revalorar a la paciente cada 15 minutos: - Control y registro de signos vitales (PA, FC, FR, SAT O2, Nivel de conciencia), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos. - Control y registro de diuresis - Asegurar el suministro de oxígeno suplementario - Evaluar continuamente la presencia de signos de gravedad.		X	

Evaluar el resultado de exámenes para descartar y diagnosticar Síndrome de HELLP y valorar bienestar fetal para considerar finalización de la gestación, de acuerdo al nivel de atención.		X	
Activar la RED para transferir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.			
Exámenes de laboratorio complementarios			
Si tiene disponibilidad: proteinuria en tirilla, biometría hemática completa.		X	
- Biometría hemática con recuento de plaquetas. - Creatinina, urea, ácido úrico, bilirrubinas, transaminasas (TGO, TGP), LDH y frotis sanguíneo. - Proteinuria en tirilla, relación proteinuria/creatinina en orina al azar.		X	
Pruebas de bienestar fetal			
- Registro cardiotocográfico, o - Ecografía obstétrica y Doppler fetal, de acuerdo al caso.			

(MSP, 2017)

Del 12 al 18% de pacientes diagnosticadas con síndrome de HELLP son normotensas, y el 13% no presenta proteinuria, por lo que se debe considerar este síndrome en las pacientes que carece de los hallazgos clásicos de preeclampsia.

Manejo del síndrome de Hellp

PROTOCOLO DE MANEJO DEL SÍNDROME DE HELLP			
Acciones a realizar	1er nivel	2do nivel	3er nivel
Identifique a la paciente con signos y síntomas sugestivos de HELLP.		X	
Administrar sulfato de magnesio.		X	
La transfusión de plaquetas se realizará de acuerdo al cuadro clínico de la paciente.		X	

(MSP, 2017)

Protocolo de manejo de la clave amarilla

PROTOCOLO DE MANEJO DE CLAVE AMARILLA			
Acciones a realizar	**1er nivel**	**2do nivel**	**3er nivel**
Identifique signos de Síndrome de respuesta inflamatoria sistemática (SIRS), por la presencia de 2 o más de las siguientes variables: - Temperatura mayor a 38.0°C o menor a 36.0°C - Frecuencia cardiaca mayor a 90 lpm - Frecuencia respiratoria mayor a 20 por minuto o presión parcial de dióxido de carbono (PaCO2) menor a 32 mmhg (costa) o menor de 28 mmhg (sierra) - Glóbulos blancos>12.000/ul o < 4.00/ul o > 10% de formas inmaduras.		X	

Si sospecha caso de sepsis realizar (Quick SOFA por sus siglas en inglés): - Alteración del nivel de conciencia. - Frecuencia respiratoria mayor a 22 por minuto. - Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg.		X	
Active la CLAVE AMARILLA y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad.		X	
Si la paciente presenta signos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y un foco infeccioso demostrado o muy probable (ej.: tos con expectoración amarillenta supone neumonía), entonces inicie el manejo de la sepsis.		X	
Realice examen físico completo que incluya signos vitales y nivel de conciencia.		X	
Monitoreo continuo de signos vitales cada 15 minutos.		X	
Realice escala de sepsis obstétrica para determinar si la paciente requiere manejo por unidad de cuidados intensivos. Dependiendo del establecimiento de salud en donde se encuentre, si la paciente requiere unidad de cuidados intensivos, se deberá activar inmediatamente la red para realizar la transferencia de la paciente.		X	
En la paciente gestante evaluar la vitalidad fetal mediante auscultación o Doppler fetal si dispone.		X	
Asegure la vía aérea: proporcione oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90%.		X	

Asegure dos accesos venosos con catéter N°16 o N°18 o N°20.		X	
Coloque catéter urinario a drenaje con bolsa de recolección.		X	
Una vez definido el diagnóstico de sepsis establezca las metas de la reanimación dependiendo del nivel de resolución. No retrasa el traslado. Inicie la reanimación.		X	
Metas de reanimación hemodinámica inicial (6 horas) de acuerdo a nivel de complejidad: - Presión arterial media ≥ 65 mmHg - Gasto urinario ≥0.5 ml/kg/hora		X	
- Saturación venosa central mixta (vena cava superior) >65%. - Presión venosa central 8 a 12 mmHg. - Lactato sérico <2 mmol		X	
Iniciar administración de líquidos cristaloides con un bolo inicial de 30ml/kg en caso de hipotensión o signos de hipoperfusión (Lactato <2, piel marmórea, llenado capilar lento<2, confusión y revalorar la respuesta hemodinámica.)		X	
Administrar protector gástrico: omeprazol 40 mg IV cada 12 horas según disponibilidad.			
Realizar los siguientes exámenes de laboratorio: - Biometría hemática completa con contaje de plaquetas - TP, TTP - Grupo sanguíneo y factor Rh - Lactato sérico - Función renal y hepática		X	

- Glucemia, fibrinógeno - EMO, Urocultivo - Hemocultivos para anaerobios y aerobios (2 tubos) - Cultivo de nasofaringe y secreción vaginal - Gasometría arterial			
Iniciar administración de antibiótico de amplio espectro en la primera hora de atención, sin que la atención, sin que la obtención de los cultivos retrase su administración, caso contrario iniciar tratamiento empírico con monoterapia de amplio espectro, según nivel de atención.		X	
Esquema 1: este es el esquema básico del KIT AMARILLO - Penicilina 5´000.000 IV c/4 horas + - Metronidazol 500 mg IV c/8horas + - Gentamicina 80 mg IV c/8horas **TRANSFIERA** a la paciente un establecimiento de mayor complejidad.		X	
Esquema 2: - Ampicilina/sulbactam 3gr IV c/6horas + Clindamicina 900 mg IV c/8 horas + Gentamicina 1,5mg/kg IV y luego 1mg/kg c/8horas		X	

Esquema 3: - Ceftriaxona 1 g IV c/12 horas + - Metronidazol 500 mg IV c/8 horas o - Clindamicina 600 mg IV c/6 horas		X	
Esquema 4: - Piperacilina/tazobactam 4,5 g IV c/6horas			
Si a pesar de la administración adecuada de líquidos la hipotensión persiste (PAS menos de 90 mmhg), se deberá considerar la administración de vasopresores.		X	
Prepare dopamina para infusión, iniciar a dosis de 10 mcg/kg/min. Preparación: 400 mg (2 ampollas) + 250 ml dextrosa 5% en agua o solución salina 0.9%		X	
Prepare norepinefrina para infusión, e inicie de manera progresiva desde la dosis más baja. Preparación: 4 mg (1 ampolla) +250 ml de Dextrosa 5% en agua o solución salina 0.9%. Incrementa la dosis cada 10 minutos dependiendo de la respuesta PAS mayor a 90 mmhg.			
Pruebas de imagen			
Realizar imágenes de acuerdo a foco infeccioso		X	
Manejo de feto			
Paciente crítica: se debe considerar extracción del feto si es beneficioso para la madre y el feto. La decisión sobre el tipo de		X	

procedimiento será evaluada por el ginecólogo de mayor experiencia y posterior consulta con la madre, dependiendo el estado materno, la edad gestacional y la viabilidad fetal.			

(MSP, 2017)

Anexo 4 Escala Obstétrica de Sepsis

Variable	Rango anormal alto				Normal	Rango anormal bajo			
Puntaje	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temp (°C)	>40.9	39-40.9		38.5-9.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	<30
PAS (mmHg)					>90		70-90		<70
FC lpm	>179	150-179	130-169	120-129	≤119				
FR rpm	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
Sat 02 (%)					≥92	90-91		85-89	<85
Conteo glob blancos(/uL)	>39.9		25-39.9	17-24.9	5.7-6.9	3-5.6	1-2.9		<1
% neutro inmaduros			≥10%		<10%				
Ácido láctico (mmol/L)			≥2		<2				

(MSP, 2017)

2.10 Marco Legal

De acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador del año 2008 con modificación del 25 de enero del 2021, menciona lo siguiente:

Sección séptima: salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otro derecho, entre ellos el derecho al agua, alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará 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, salud sexual

y reproductiva, la misma se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2021)

Sección Cuarta

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud y vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (Constitución de la República del Ecuador, 2021)

Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia

Según el Registro oficial del 2006 con modificación del 12 de septiembre del 2014 distingue lo siguiente:

Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos/as y niños/as menores de cinco años, como una acción se salud pública, responsabilidad del Estado.

Art. 2.- La presente ley tiene como una de las finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos/as o menores de 5 años. (Congreso Nacional, 2014)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible establece dentro del:

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Meta 3.1: Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. (ONU, 2022)

Definición de términos

Riesgo obstétrico: es una condición médica obstétrica o sociodemográfica que, en una mujer gestante puede ocasionar un aumento en la morbimortalidad que repercute a nivel materno – fetal con respecto al resto de la población. (Echemendia, 2022)

Claves obstétricas: Son un sistema de roles y funciones que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado entre los profesionales de la salud. (MSP, 2017)

Eclampsia: Es el desarrollo de convulsiones tónico clónicas generalizadas asociada a la preclamsia, aparece a partir de la segunda mitad del embarazo, parto o puerperio no atribuibles a otras patologías. (Farfan, Altamirano, & Quinde, 2022)

Factor de riesgo: Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer una enfermedad. (Echemendia, 2022)

Hemorragia posparto (HPP): Es la pérdida de sangre que supera los 500ml en un parto vaginal y los 1000 ml en un parto por cesárea. (Carlson & Pérez, 2019)

Muerte materna: Muerte de una mujer durante el embarazo, parto o el posparto dentro de los 42 días de haber terminado el embarazo. (MSP, 2020)

Preeclampsia: Es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo y el postparto, caracterizado por presión arterial alta ≥ 140/90 mmHg con presencia de proteinuria y a partir de las 20 semanas, sin daño de órgano blanco. (MSP, 2017)

Puerperio: Periodo de tiempo que comprende desde el final del parto hasta los 42 días posteriores. (Ramos, 2023)

Prevención: Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias. (Redondo, 2018)

Sepsis: Disfunción orgánica que pone en peligro la vida, provocada por una respuesta del huésped hacia una infección. (MSP, 2017)

Score Mamá: Herramienta de puntuación de signos vitales para el reconocimiento de alerta temprana en el embarazo, orientada a la identificación temprana de patología obstétrica. (MSP, 2017)

Síndrome de HELLP: Es una complicación de la preeclampsia-eclampsia que se caracteriza por la presencia de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas. (MSP, 2017)

Shock séptico: Síndrome multisistémico caracterizado por alteraciones celulares y circulatorias originado por un proceso infeccioso. (MDS, 2021)

Siglas

- **MM:** Muerte Materna
- **HANM:** Hospital Alfredo Noboa Montenegro

- **RN:** Recién Nacido
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **PAS:** Presión Arterial Sistólica
- **PAD:** Presión Arterial Diastólica
- **RMM:** Razón de Muerte Materna
- **CONE:** Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial

Sistema de Variables

- **Variable Independiente**

  Usuarias gestantes y puérperas

- **Variable Dependiente**

  Riesgo obstétrico según escala Score Mamá

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE Usuarias gestantes y puérperas	El embarazo o gestación se define como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. es una etapa que marca la vida de una mujer pasando por diversos cambios fisiológicos y psicológicos. El puerperio es el periodo que comienza inmediatamente después del nacimiento del recién nacido y que se extiende hasta las seis semanas (42 días), es un momento crucial para las madres e hijos, sus parejas, los padres, los cuidadores y las familias	Demografía materna	Condiciones sociodemográficas	Edad	Instrumento de medición de riesgo
				Escolaridad	
				Etnia	
				Estado civil	
			Historial clínico	Antecedentes patológicos	
				Antecedentes gestacionales obstétricos	
				Periodo intergenésico	
				Edad gestacional	
				Controles prenatales	
DEPENDIENTE Riesgo obstétrico	El riesgo obstétrico es una complicación que			Condiciones socioeconómicas	
				Controles insuficientes	
				Edad extrema ≤ 19 años o ≥ 35 años	

	afecta el desarrollo normal del embarazo.	Riesgo obstétrico	Riesgo bajo	Adolescentes menores de 15 años	
				Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo	
				Gran multiparidad	
				Incompatibilidad Rh	
				Infección de vías urinarias	
				Periodo intergenésico menor de 12 meses	
			Riesgo alto	Anemia	
				Embarazo múltiple	
				Enfermedades crónicas no transmisibles	
				Polihidramnios u oligoamnios	
				Epilepsia	
				Abortos espontáneos	
				Enfermedades neuropsiquiátricas	
				Infección materna: HIV, Hepatitis B o C, HPV, Herpes	
				Presentación anómala	
				Desnutrición y obesidad	
				Asma	
				Amenaza de parto pretérmino	
				Cardiopatías	
				Diabetes gestacional	

Escala Score mamá	Score Mamá es una herramienta de puntuación de signos vitales para reconocimiento de alerta temprana en el embarazo basada en indicadores fisiológicos, orientada a la identificación temprana de patología obstétrica.		Riesgo inminente	Hemorragia vaginal	
				Rotura prematura de membranas	
				SIDA clínico	
				Trastornos hipertensivos en el embarazo	
				Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal	
		Escala Score mamá	Se tomó la frecuencia cardiaca	Si No	Guía de observación
			Se tomó la presión arterial sistólica	Si No	
			Se tomó la presión arterial diastólica	Si No	
			Se tomó la frecuencia respiratoria	Si No	
			Se tomó la saturación de oxigeno	Si No	
			Se tomó la temperatura	Si No	
			Se valoró el estado de conciencia	Si No	
			Se tomó muestra de orina y se registró la proteinuria	Si No	
		Puntuación score mamá y actividades a realizar	La paciente en la valoración inicial tuvo un puntaje Score mamá 0	Si No	
			Se evaluó y analizó los factores de riesgo, bienestar materno –	Si No	

			fetal y signos de alarma		
			La paciente en la valoración inicial tuvo un puntaje Score mamá 1	Si No	
			Se evaluó y analizó los factores de riesgo	Si No	
			Se aplicó el Score mamá cada 4 horas y se registro	Si No	
			Reevaluaron signos vitales y signos de alarma materno	Si No	
			Evaluaron factores de riesgo	Si No	
			Realizaron pruebas de bienestar fetal básicas con estetoscopio, Doppler fetal o campana de pinar	Si No	
			Realizaron exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista	Si No	
			Si el puntaje fue revertido se le envió a casa, agendaron próxima cita para seguimiento.	Si No	

			A la valoración inicial la paciente tuvo un puntaje Score mamá 2 a 4	Si No	
			Aplicaron score mamá y su respectivo registro	Si No	
			Reevaluaron signos vitales y signos de alarma	Si No	
			Se dio un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico.	Si No	
			El médico tratante fue comunicado inmediatamente y valoró en máximo 30 minutos a la paciente.	Si No	
			Se preparó, activó y aplicó la clave azul, roja o amarilla según la emergencia presente.	Si No	
			Revirtió el puntaje Score mamá en una hora	Si No	
			Se refirió a establecimiento de mayor complejidad	Si No	
			La transferencia se realizó en compañía de un profesional de salud	Si No	

			Activaron la cadena de llamadas para comunicar al director del establecimiento, director distrital o coordinación zonal.	Si No	
			A la valoración inicial la paciente tuvo un puntaje Score mamá ≥5	Si No	
			Aplicaron Score mamá cada 30 minutos y su respectivo registro	Si No	
			Evaluó signos vitales más signos de alarma	Si No	
			Se dio un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico	Si No	
			El médico tratante fue informado y evaluó a la paciente en máximo 15 minutos	Si No	
			Se alistó, activó y aplicó clave azul, roja o amarilla según la emergencia presente	Si No	
			El puntaje Score mamá revirtió en 30 minutos	Si No	
			Se realizó referencia a establecimiento de mayor complejidad	Si No	

			La transferencia se realizó en compañía de un profesional de salud	Si No	
			Activaron la cadena de llamadas para comunicar al director del establecimiento, director distrital o coordinación zonal.	Si No	
		Claves obstétricas	Clave obstétrica roja	Si No	
			Clave obstétrica azul	Si No	
			Clave obstétrica amarilla	Si No	

CAPITULO III

3. Metodología

3.1 Nivel de investigación

Exploratorio: una investigación exploratoria es utilizada para estudiar un problema que ha sido muy poco estudiado, o no ha sido abordado antes y existe poca información (Batthyany & Cabrera, 2020). Por ello se realizó este trabajo investigativo debido a que son muy pocos los estudios relacionados con la prevención de muertes maternas midiendo los riesgos a través de la escala Score Mamá.

Cuantitativo: la investigación tiene un enfoque cuantitativo porque con los datos obtenidos de la revisión de historias clínicas se creó una base de datos y se generó tablas para su posterior análisis y mediante la guía de observación se verificó el cumplimiento efectivo del registro de escala Score Mamá y claves obstétricas.

3.2 Diseño

Transversal: un estudio es transversal porque se observa a un grupo de personas o se recopila cierta información, en un momento determinado o en el transcurso de un periodo corto. (NIH, 2022). Se considero la investigación de tipo transversal por la temporalidad ya que se obtuvo la información en un periodo de enero – abril 2023.

Descriptivo: es descriptivo porque se realizó una revisión de historias clínicas con el fin de poder conocer cuáles fueron los riesgos obstétricos más usuales, variación del puntaje Score mamá y claves obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia.

3.3 Criterios de inclusión

- Madres con riesgo obstétrico

- Madres atendidas en el área de hospitalización de Gineco – obstetricia HANM durante el periodo enero – abril 2023
- Madres con edad gestacional mayor a 20 semanas de gestación

3.4 Criterios de exclusión

- Madres sin riesgos obstétricos
- Madres con edad gestacional menor a 20 semanas de gestación
- Pacientes referidas de otras Unidades Asistenciales

3.5 Población y muestra

Se trabajo con el universo de 44 mujeres gestantes, parto y puerperio que presentaron emergencias obstétricas durante los meses enero – abril 2023, área de hospitalización de Gineco- obstetricia, Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Es importante recalcar que se trabajó en esta área debido a que las pacientes con riesgo obstétrico son trasladadas a este servicio para el seguimiento de su tratamiento.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una guía de observación dividida en dos secciones, diseñada para la revisión de historias clínicas de las usuarias que acudieron al Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo enero – abril 2023 por presentar alguna emergencia obstétrica.

Objetivo 1: Describir las condiciones sociodemográficas de la población objeto de estudio.

- **Instrumento:** Instrumento de medición de riesgos
- **Técnica**: Guía de observación

- **Población objetivo:** 44 historias clínicas de usuarias atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo enero – abril 2023

Objetivo 2: Determinar el riesgo obstétrico más frecuente que presentan las madres durante el embarazo y puerperio mediante la revisión de historias clínicas.

- **Instrumento:** Instrumento de medición de riesgos
- **Técnica:** Guía de observación
- **Población objetivo:** 44 historias clínicas de usuarias atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo enero – abril 2023

Objetivo 3: Verificar el cumplimiento efectivo del registro del Score Mamá y claves obstétricas en usuarias que acuden al servicio de Gineco – obstetricia.

- **Instrumento:** Check list de escala Score mamá y claves obstétricas
- **Técnica:** Guía de observación
- **Población objetivo:** 44 historias clínicas de usuarias atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro periodo enero – abril 2023

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizará el software SPSS, programa estadístico que nos permite crear una base de datos para identificar las condiciones sociodemográficas, tipo de riesgo y emergencias obstétricas más frecuentes de las usuarias atendidas en el área de Hospitalización de Gineco – obstetricia del HANM y generar tablas para su posterior análisis.

CAPITULO IV

4. Resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados

Tabla 1 Edad de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	%
15 – 19	11	25,0%
20 – 34	19	43,2%
35 – 45	14	31,8%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth y Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e interpretación:

La edad es un antecedente sociodemográfico que permite identificar factores de riesgo, según estudios se ha comprobado que el embarazo antes de los 20 y después de los 35 años se asocia a mayor riesgo materno y perinatal. En la revisión de historias clínicas se obtuvo que el 43,2% de las mujeres tenían una edad de 20 – 34 años donde se presenta menos complicaciones durante esta edad en el embarazo, parto y puerperio, 31,8% tienen una edad de 35 – 45 años, considerada como una edad avanzada la cual se asocia a un aumento de patologías maternas, gestacionales y neonatales como consecuencia hay mayor probabilidad de muerte materna y perinatal, y el 25% una edad de 15 - 19 años, el embarazo en adolescentes implica no solo un riesgo biológico si no también un riesgo social mismo que es una problemática de la salud pública.

En el estudio realizado por (Donoso E. , Carvajal, Vera, & Poblete, 2019) titulado “La edad de la mujer como factor de riesgo” con relación a la edad de las usuarias obtuvieron que el 16,12% correspondía a mujeres menores de 20 años, 67,78% a madres entre 20 – 34 años y 16,10% mujeres de edad avanzada.

Tabla 2 Etnia de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Mestizo	32	72,7%
Indígena	12	27,3%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e interpretación:

El 72,7% del total de la población es mestiza esto porque según el censo del INEC en la provincia Bolívar la mayor concentración de la población es mestiza, el 27,3% es indígena, las mujeres pertenecientes a minorías étnicas pueden experimentar exclusión social y económica, lo que produce inequidades en la salud en numerosos momentos de sus vidas, especialmente durante el embarazo y el parto, tienen menos probabilidades de dar a luz con asistencia de parto cualificada. Además, que muestran una salud más deficiente y tienen menos acceso a servicios de salud, por la asociación existente entre el maltrato en los establecimientos de salud y sus creencias (OMS, 2022)

Tabla 3 Nivel de educación de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Primaria	17	38,6%
Secundaria	18	40,9%
Superior	5	11,4%
Sin educación	4	9,1%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e interpretación:

Según resultados obtenidos podemos señalar que el 40,9% de la población tiene una educación secundaria seguida del 38,6% primaria, solo el 11,4% tiene educación de nivel superior y mientras que un 9,1% no tiene educación. La pobreza, baja calidad de escolaridad, desigualdad y el desconocimiento se asocia a sufrir mayor riesgo materno y una atención tardía expone la vida de la madre y del feto (Jano.es, 2023).

En comparación con el estudio realizado por (González & Martínez, 2018) titulado "Factores de riesgo maternos – fetales asociados a muerte neonatal temprana", con relación a la escolaridad obtuvieron que del total de su población el 35,5% tenían estudios de primaria, 31,1% secundaria y 20% universitarios o tercer nivel.

Tabla 4 Estado civil de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Soltera	22	50,0%
Casada	10	22,7%
Viuda	1	2,3%
Divorciada	2	4,5%
Unión libre	9	20,5%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e interpretación:

En la investigación se encontró que el 50% del total de la población es soltera, es importante mencionar que esta variable afecta negativamente en el crecimiento y desarrollo del feto, aumentando las estadísticas de parto prematuro y exponiendo a mayor riesgo a la madre como consecuencia de los diferentes problemas que debe enfrentar durante este proceso la gestante, un 22,7% son casadas, 20,5% están en unión libre, y en una minoría las usuarias son divorciadas con el 4,5% y 2,3% viudas. (Sotero, Sosa, Domínguez, Telechea, & Medina, 2020)

En el estudio (González & Martínez, 2018) con relación al estado civil obtuvieron que el 28,8% eran solteras, 55,5% estaban en unión libre y el 15,5% casadas.

Tabla 5 Antecedentes patológicos personales de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Cardiopatías	1	2,3%
Malformaciones congénitas	1	2,3%
Sin Antecedentes Patológicos	38	86,4%
Distocias pélvicas	3	6,8%
Laparotomía por embarazo ectópico	1	2,3%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e interpretación:

Los antecedentes patológicos personales son las enfermedades que la mujer padeció anteriormente y no tienen relación con el embarazo, con relación a lo mencionado anteriormente en la revisión de historias clínicas se encontró que el 86,4% de las madres no tenían ningún tipo de antecedente patológico personal que comprometiera su salud o agravara con el embarazo, pero un 6,8% si padecía de distocias pélvicas, y en menor porcentaje con 2,3% cardiopatías, mal formaciones congénitas y laparotomías por embarazo ectópico, mismas que durante el periodo de gestación representaron un mayor riesgo para la mujer afectando el curso normal del embarazo y en la fase del parto fue necesario recurrir a cesárea. (Romero, Rivero, & Peéz, 2023)

En contraposición con el estudio de (González & Martínez, 2018) obtuvieron que solo un 22,2% padecía hipertensión arterial crónica, el porcentaje restante no padecían de cardiopatías ni diabetes.

Tabla 6 Antecedentes Gineco – Obstétricos de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Nulípara	20	45,4%
Multípara	24	54,6%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e interpretación:

Del total de la población en estudio se obtuvo que el 54,6% era multípara las cuales tienen mayor riesgo de padecer hemorragias por atonía, retención de placenta, rotura e inversión uterina, mientras que un 45,4% son nulíparas mismas que al ser su primer parto tienen un canal de parto sin las características necesarias, por tanto, asumen mayor riesgo obstétrico relacionado a parto prematuro, infección del tracto urinario, amenaza de aborto. (Wong & Husares, 2021)

En un estudio realizado por (González & Martínez, 2018), dentro de su población de estudio el 24,4% eran nulíparas, 37,7% multípara; quienes tenían cesáreas, muertes neonatales, abortos previos.

Tabla 7 Periodo intergenésico de madres multíparas que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Menor de 18 meses	3	12,5%
18 - 59 meses	9	37,5%
Mayor a 60 meses	12	50%
Total	**24**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e Interpretación:

Del total de la población estudiada se obtuvo que el 50% tuvo un periodo intergenésico mayor a 60 meses el cual comprende el periodo intergenésico largo y está relacionado con preeclampsia/eclampsia, 37,5% un periodo de 18 a 59 meses período Inter Nacimiento/Inter evento, siendo el óptimo de 18 a 27 meses, dentro de los cuales reduce el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales, un 12,5% de madres tuvieron un período menor de 18 meses que comprende el Período Intergenésico Corto es considerado una gestación temprana y puede complicar el embarazo. (Zavala, Ortiz, Salomon, Padilla, & Preciado, 2018)

Tabla 8 Frecuencia de madres gestantes y puérperas atendidas en el HANM, periodo enero – abril 2023

		Frecuencia	%
Madres gestantes		35	79,5%
Madres puérperas		9	20,5%
Perdidos	**Sistema**	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e Interpretación:

Del total de la población estudiada el 79,5% son madres que se encontraban en periodo de gestación y un 20,5% son madres puérperas.

Tabla 9 Semanas de gestación de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
20 – 28	2	5,7%
29 – 36.6	7	20%
37 – 40.6	24	68,6%
Mayor a 41 semanas	2	5,7%
Total	**35**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e interpretación:

La gestación es el periodo de tiempo entre la concepción y el nacimiento, en la investigación realizada se encontró que el 68,6% de gestantes tuvieron de 37 – 40,6 semanas, edad gestacional adecuada para el parto, 20% de embarazadas se encontraban de 29 – 36,6 semanas cursando su tercer trimestre fase en que el estrés prolongado y otras alteraciones de la salud de la madre pueden adelantar el parto o influir en el adecuado crecimiento del feto, 5,7% mayor de 41 semanas considerado como un parto postérmino por tanto supone un mayor riesgo materno – fetal, y con el mismo porcentaje madres de 20 – 28 semanas de gestación las cuales se encontraban en el segundo trimestre y este es considerado como el que menos riesgo presenta sin embargo aquí la gestante puede empezar a presentar trastornos hipertensivos por lo que se debe estar alerta. (Safont, 2018)

Dentro de esta tabla es importante señalar que solo 35 madres de nuestro estudio fueron tomadas en cuenta porque estaban en periodo de gestación las demás eran puérperas.

Tabla 10 Frecuencia de realización de controles prenatales en usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Si	38	86,4%
No	6	13,6%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e interpretación:

Del total de la población el 86,4% que, si asistieron a recibir atención durante su periodo de gestación, sin embargo, un 13,6% no asistieron a sus controles mensuales. Estos resultados indican la necesidad de una adecuada educación preconcepcional para evitar complicaciones futuras.

Según (MSP, 2016) el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones, muerte materna-neonatal y la incidencia de discapacidad de causa congénita, ya que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

Tabla 11 Número de controles prenatales realizados por usuarias que acuden al HANM, periodo enero-abril 2023

	Frecuencia	**%**
< a 5	9	20,5%
≥ a 5	35	79,5%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e Interpretación:

Del total de la población el 79,5% realizaron ≥ a 5 controles, es decir se cumple con un mínimo de cinco a ocho contactos recomendados en GPC del MSP, el 20,5% realizaron < a 5 controles prenatales, es decir tienen controles insuficientes.

Según, (Londoño & Ibáñez, 2022) la no asistencia al control prenatal incrementa el número de desenlaces maternos y perinatales adversos, evitables si hay un manejo oportuno, sin embargo, el éxito del CPN está determinado por la adherencia, oferta y calidad de los servicios de salud.

En contraposición, en el estudio realizado en el Hospital Manuel Navas Lizardo de Venezuela por (Betancourt & García, 2019) determinó que de las mujeres gestantes el 84% asistieron a ≤ 4 controles prenatales y el 16% de 6 a 7 controles.

Tabla 12 Variabilidad del Puntaje Score Mamá en madres que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Puntaje 1	4	9,1%
Puntaje de 2 a 4	17	38,6%
Puntaje ≥5	23	52,3%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e Interpretación:

Del total de la población, el 52,3% de las madres obtuvieron un puntaje ≥5, seguido de un 38,6% con un puntaje de 2 a 4 y el 4,5% obtuvieron un puntaje de 1.

En el estudio realizado en el Hospital León Becerra Camacho de Milagro por (Naranjo E. , 2020) del total de gestantes y puérperas estudiadas, el puntaje Score Mamá más frecuente de ingreso hospitalario fue 4 que representaba el 33%, seguido de 5 el 25%, 3 el 21% seguido de puntuación 6, 7 y > 8 en menor porcentaje.

Tabla 13 Tipo de riesgo obstétrico que presentaron las madres que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Bajo riesgo	7	15,9%
Alto riesgo	8	18,2%
Riesgo inminente	29	65,9%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e Interpretación:

Del total de la población el 65.9% presentaron Riesgo inminente de complicación obstétrica predominando al resto, mientras que el 18,2% alto riesgo y 15,9% presentaron bajo riesgo, tanto en madres gestantes, en parto y puerperio.

Por el contrario, en el estudio realizado por (Lavayen, 2021) en el Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López de Santa Elena, en pacientes en periodo de gestación determinó mayor porcentaje de bajo riesgo con el 46%, alto riesgo con el 30% y riesgo muy alto el 24% de padecer alguna complicación.

Tabla 14 Complicaciones obstétricas de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Trastornos hipertensivos	28	63,6%
Hemorragia obstétrica	9	20,5%
Sepsis obstétrica	7	15,9%
Total	**44**	**100%**

Elaborado: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e interpretación:

Del total de madres estudiadas el 63,6% padecieron trastornos hipertensivos (preeclampsia con signos de severidad, eclampsia y síndrome de Hellp), 20,5% hemorragia obstétrica (atonía uterina, retención placentaria, shock hipovolémico), 15,9% sepsis obstétrica (sepsis puerperal, shock séptico, parto séptico).

Según el estudio en comparación realizado por (Naranjo E. , 2020) en el Hospital León Becerra Camacho de Milagro, en las pacientes embarazadas y en puerperio las complicaciones de mayor frecuencia fueron los trastornos hipertensivos con el 95,2% asociado a preeclamsia con signos de severidad, preeclamsia sin signos de severidad, eclampsia y síndrome de Hellp, seguido de Hemorragia con el 4,8%, Sepsis no fue identificado dentro de la muestra de estudio.

Tabla 15 Tipo de clave activada según las complicaciones obstétricas de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Clave Azul	28	63,6%
Clave Roja	9	20,5%
Clave Amarilla	7	15,9%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Janeth Aldas, Gissela Garces

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e Interpretación:

Del total de la población estudiada se obtuvo que el 63,6% se activó la clave azul asociada a los trastornos hipertensivos, 20,5% se activó la clave roja relacionada a hemorragias obstétricas, en el 15,9% de las pacientes se activó la clave amarilla misma que es afín a sepsis e infecciones obstétricas.

Según, (Caicedo & Pineda, 2022) en la investigación desarrollada en el Centro de Salud Tipo C del cantón San Lorenzo de Esmeraldas en los casos de complicaciones y con respecto a la activación de claves obstétricas para la respuesta de las emergencias, el 50% correspondían a la clave azul, el 38% a la clave roja y el 13% a la clave amarilla, sin reporte de muerte alguna.

Tabla 16 Tipo de parto de las madres gestantes que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023

	Frecuencia	**%**
Parto normal	5	14,3%
Cesárea	30	85,7%
Total	**35**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e Interpretación:

Con relación a la vía de terminación de embarazo en las madres de nuestro estudio muestran que en el 85,7% se realizó cesárea, debido a causas maternas en su mayoría, al tratarse de pacientes que presentaron alguna patología aguda grave de la madre, lo que hizo aconsejable la finalización del embarazo rápidamente, y el 14,3% tuvo parto normal, es importante recalcar que del total de la población de estudio solo se consideró a las mujeres en periodo de gestación.

En la investigación realizada por (Valencia, 2018) en el Hospital de Especialidades José Carrasco de Cuenca donde se identificó que la mayoría de pacientes con el 36,6% terminó su embarazo por cesárea debido también a causas maternas principalmente por antecedente de cesárea previa y en menor proporción por causas fetales, parto distócico con el 27,5%, hubo menor porcentaje de parto normal el 15,7%, aborto 14,8% y un 2,7% de embarazo ectópico y parto pretérmino.

Tabla 17 ¿Hubo muerte materna durante la emergencia obstétrica de usuarias que acuden al HANM, periodo enero – abril 2023?

	Frecuencia	**%**
Si	0	0%
No	44	100,0%
Total	**44**	**100%**

Elaborado por: Aldas Janeth, Garces Gissela

Fuente: Guía de observación aplicada a las historias clínicas de estadística del HANM

Análisis e Interpretación:

En el 100% de la población de estudio no hubo muertes maternas durante la atención del embarazo, parto, ni puerperio.

Sin embargo, según la OMS la tasa de mortalidad materna es alta en todo el mundo, debido a complicaciones que se presentan en estas etapas de la mujer, por ello, entre 2016 y 2030 como parte de los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se ha planteado reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100000 nacidos vivos, debido a que la mayoría son evitables, si se previene o trata las complicaciones mediante la atención prenatal, atención especializada durante el parto y postparto. (OMS, 2020)

Tabla 18 Cumplimiento efectivo del registro de Score Mamá y claves obstétricas

Score Mamá y Clave obstétrica	Nivel de cumplimiento
Score Mamá	El registro efectivo del Score Mamá tuvo un cumplimiento del 98% debido a inconsistencias en la toma de signos vitales en el tiempo recomendado en el protocolo que fue en menor proporción.
Clave Azul	Se pudo evidenciar que de las 28 pacientes que representa el 100% de la población asociado a trastorno hipertensivo, se encontró un nivel de cumplimiento del 100% encontrándose dentro del rango de 91 – 100% correspondiente al nivel de excelencia.
Clave Roja	En la verificación de cumplimiento de registro en la emergencia por hemorragia (clave roja), su cumplimiento fue del 98% es decir, tiene un nivel de excelencia, cabe recalcar que en algunos ítems se marcó como **NO** debido a que la acción descrita no fue necesaria aplicarla más no porque no se cumplió, como es el caso del uso del Traje Anti shock No Neumático (TANN), uso de oxígeno, el uso del balón de compresión esto debido a que la emergencia no evolucionó al punto donde la actividad debía ejecutarse; por otro lado la transferencia a un hospital de mayor complejidad no se dio porque se manejó y estabilizo a la paciente en el hospital.
Clave Amarilla	De las usuarias que padecieron sepsis o shock séptico ya sea puerperal o en la gestación, el nivel de cumplimiento de registro se evidenció un nivel de excelencia del 100%, algo muy importante por señalar es que algunas pacientes de puerperio inmediato y mediato son de parto en domicilio atendidas por parteras.

Según (Tigrero & Rosales, 2020) en la investigación realizada en el Hospital Universitario de Guayaquil, en la revisión de 25 historias clínicas constató que el 84% tuvo un cumplimiento efectivo del registro de Score Mamá en los distintos formularios ya que se efectúa de forma propicia, en el 16% encontraron ciertas enmendaduras como tachones, borrones, obteniendo en su mayoría registros sin imperfecciones, lo que favorece no solo a las pacientes, sino a la institución en caso de presentarse algún tipo de proceso legal.

4.1 Resultados según los objetivos

Objetivo 1	**Resultado 1**
Describir las condiciones sociodemográficas de la población objeto de estudio.	Se logro identificar las condiciones sociodemográficas de las madres tales como: • La edad más frecuente de las madres fue de 20 – 34 años de edad con un 43,2%. • El 72.7% de la población es mestiza y el 27,3% indígena • En mayor porcentaje las madres tienen un nivel de educación secundario. • La mayoría de madres son solteras
Objetivo 2	**Resultado 2**
Determinar el riesgo obstétrico más frecuente que presentan las madres durante el embarazo, parto y puerperio mediante la revisión de historias clínicas.	• Las madres en su mayoría no tuvieron antecedentes patológicos • El 54,6% eran madres multíparas y el 45,4% nulíparas • El 50% de la población tuvieron un periodo intergenésico mayor a 60 meses, 37,5% de 18 – 59 meses y 12,5% menor de 18 meses. • El 79,5% eran madres gestantes y el 20,5% eran puérperas • En mayor porcentaje de gestantes presentaron de 37 – 40,6 semanas de gestación • El 86,4% de las usuarias si se realizaron controles prenatales y el 13,6% no

	• En un 79,5% acudieron a ≥ a 5 y el 20,5% < a 5 • La variabilidad del puntaje Score Mamá fue de 52,3% ≥5, 38,6 de 2 – 4 y 9,1% 1 • El tipo de riesgo inminente fue el más predominante con un 65,8% • Las complicaciones obstétricas estaban predominadas por los trastornos hipertensivos por tanto la activación de la clave obstétrica de mayor frecuencia fue la azul • El 85,7% tuvo un tipo de parto por cesárea y el 14,3% normal • NO hubo muerte materna en el total de población
Objetivo 3	**Resultado 3**
Verificar el cumplimiento efectivo del registro del Score Mamá y claves obstétricas en usuarias que acuden al servicio de Gineco – obstetricia.	• Se verificó el cumplimiento efectivo del registro del Score Mamá con el 98% mientras que las claves obstétricas por una parte la clave azul y amarilla hubo un registro efectivo del 100% y por otra parte la roja un 98%

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- Podemos concluir que, en relación a las características sociodemográficas dentro de nuestra población de estudio, la mayoría de madres pertenecían a la etnia mestiza, con edad de entre los 20 – 34 años, en mayor porcentaje son madres solteras, con un nivel de educación secundaria, lo cual se relaciona al desconocimiento de la importancia de los controles prenatales.
- El tipo de riesgo obstétrico más frecuente fue el riesgo inminente relacionado a los trastornos hipertensivos en el embarazo, principalmente la preeclampsia con signos de severidad y los parámetros del Score Mamá más frecuentemente alterados fueron la presión arterial y proteinuria positiva, afectando a más de la mitad de la población objeto de estudio. Es importante recalcar que no se produjeron muertes maternas en ninguna de las madres.
- Al medir el nivel de cumplimiento del registro de Score Mamá y claves obstétricas es excelente cabe recalcar que el Hospital Alfredo Noboa Montenegro es un hospital general sin embargo tiene un nivel resolutivo de alto impacto ante las emergencias obstétricas, es importante señalar que hubo pacientes graves que llegaron a presentar puntaje de Score mamá de 12 o más, el profesional estuvo en la capacidad de controlar y manejar a las usuarias siendo en muy pocos casos necesaria la referencia a un establecimiento de mayor complejidad.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda al Hospital Alfredo Noboa Montenegro seguir brindando capacitaciones continuas a los profesionales de salud de las diferentes áreas, temas relacionados a las complicaciones obstétricas.
- Recomendamos al personal de enfermería realicen una correcta valoración de los parámetros vitales y estricto control de los mismos lo que permitirá actuar de manera inmediata frente a una emergencia obstétrica. Además, es importante que los internos realicen dicha valoración con la supervisión de un profesional de enfermería debido a la responsabilidad que conlleva.
- Acorde a los resultados obtenidos en este estudio, además, recomendamos a los establecimientos del Sistema Nacional de Salud brinden la promoción continua sobre medidas preventivas de los riesgos obstétrico durante el periodo de gestación, parto y puerperio.

CAPITULO VI

6. Marco administrativo

6.1 Recursos

Humanos:

- Docente tutor
- Autoras de la investigación
- Profesionales de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
- Usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro
- Profesional responsable del área de estadística del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Materiales:

- Hojas
- Carpetas
- Copias
- Lápices
- Esferos
- Trípticos

Recursos tecnológicos:

- Computadoras
- Conexión a internet
- Impresora
- Teléfono inteligente

Presupuesto

Ítem	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Hojas	50	0.01	0.50
Carpetas	4	0.80	3.20
Impresiones	400	0.15	20
Lápices	10	0.50	5.00
Esferos	10	0.50	5.00
Trípticos	50	0.25	12.50
Movilización	20	5	100.00
Copias	50	0.10	5.00
Anillados	5	2.00	10
CD con portada	3	2.00	6.00
Charlas	2	28.55	57.10
Otros gastos	5	10	50
		Total	274.30

Cronograma de actividades																			
Actividades	**DICIEMBRE**		**ENERO**				**FEBRERO**				**MARZO**				**ABRIL**				**Responsables**
	Semana 1 19 al 23	**Semana 2** 26 al 30	**Semana 3** 3 al 6	**Semana 4** 16 al 20	**Semana 5** 23 al 27	**Semana 6** 30 al 3	**Semana 7** 6 al 10	**Semana 8** 13 al 17	**Semana 9** 20 al 24	**Semana 10** 27 al 3	**Semana 11** 6 al 10	**Semana 12** 13 al 17	**Semana 13** 20 al 24	**Semana 14** 27 al 31	**Semana 16** 3 al 7	**Semana 17** 10 al 14	**Semana 18** 17 al 21	**Semana 19 y 20** Del 24 de abril al 5 de mayo	
Convocatoria a los estudiantes para la denuncia de la modalidad de titulación, tema y línea, elaboración y presentación de su anteproyecto de investigación.	X																		Lic. Esthela Guerrero
Inducción a los estudiantes en relación con el proceso de titulación y formulación del proyecto de investigación		x																	Lic. Esthela Guerrero
Entrega a la coordinadora de titulación de las solicitudes de aprobación de la modalidad, tema y línea de investigación (48 grupos)		x																	Estudiantes de titulación Lic. Esthela Guerrero
Reunión de la comisión de titulación para			x	X															Comisión de titulación

revisión, replanteamiento o cambio de temas, afines a los Dominios, líneas y Sub - líneas de investigación.																		
Información a los estudiantes sobre resolución de Consejo Directivo referente a los temas y líneas de investigación			x	X														Lic. Esthela Guerrero
Tutoría por parte del docente asignado sobre la búsqueda de información en bases de datos Planteamiento del problema Formulación del problema Objetivos Justificación de la investigación Limitaciones			X															Lic. María Olalla Lic. Estefany Díaz Ing. Marcelo Vilcacundo
Revisión del planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos justificación de la investigación,				X														Estudiantes titulación

limitaciones en relación a la tutoría de docente asignado																		
Seguimiento de: Tema, planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos y justificación limitaciones.				X														Lic. Esthela Guerrero
Tutoría por parte del docente asignado sobre el marco teórico: Antecedentes de la investigación Bases teóricas Definición de términos (glosario) Sistemas de hipótesis Sistemas de variables				X														
Revisión del Marco teórico: antecedentes, bases teóricas,					x													Estudiantes titulación

definición de términos (glosario), sistema de variables y sistema de hipótesis																			
Seguimiento del marco teórico: antecedentes, bases teóricas, definición de términos (glosario), sistema de variables y sistema de hipótesis					X														Lic. Esthela Guerrero
Tutoría por parte del docente asignado sobre el marco metodológico: Nivel de investigación, diseño, población y muestra, técnicas de recolección de datos y técnicas de procesamiento y análisis de datos.					X														
Revisión del marco metodológico,						X													Estudiantes titulación

nivel de investigación, diseño, población y muestra, técnicas de recolección de datos y técnicas de procesamiento y análisis de datos.																			
Seguimiento del marco metodológico, nivel de investigación, diseño, población y muestra, técnicas de recolección de datos y técnicas de procesamiento y análisis de datos						X													Lic. Esthela Guerrero
Elaboración del informe mensual sobre el seguimiento a los 48 estudiantes						**X**													Lic. Esthela Guerrero
Tutoría por parte del docente asignado sobre: los resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados (tabulación y						x													

análisis). Primera parte																			
Revisión a los Resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados (tabulación y análisis). Primera parte							x												Estudiantes titulación
Seguimiento a los Resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados (tabulación y análisis). Primera parte							x												Lic. Esthela Guerrero
Tutoría por parte del docente asignado sobre: los resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados (tabulación y análisis). Segunda parte							x												
Revisión de los resultados o logros alcanzados según los objetivos								x	X										Estudiantes titulación

planteados (tabulación y análisis). Segunda parte																			
Seguimiento a los resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados (tabulación y análisis). Segunda parte								X	X										Lic. Esthela Guerrero
Tutorías por parte del docente asignado sobre el marco administrativo: Conclusiones Recomendaciones Bibliografía Anexos								X	x										
Revisión al marco administrativo, conclusiones - recomendaciones, bibliografía y anexos.										x									Estudiantes titulación
Seguimiento al marco administrativo, conclusiones - recomendaciones, bibliografía y anexos.										x									Lic. Esthela Guerrero

Elaboración del informe mensual sobre el seguimiento a los 48 estudiantes										x									Lic. Esthela Guerrero
Redacción del informe final (dedicatoria, agradecimiento, portada, resumen en inglés y español).											x								Estudiantes titulación
Revisión y corrección del informe final.												X	x						Estudiantes de titulación Coordinadora general de titulación
Designación de tutores a los 48 grupos de titulación para la lectura del informe final, por la comisión de titulación y aprobado por el consejo directivo de la facultad														x					Coordinadora general de titulación
Elaboración del informe mensual sobre el seguimiento a los 48 estudiantes														**x**					Lic. Esthela Guerrero

Entrega del informe final del trabajo de titulación a la coordinación de titulación con informe URKUND, certificado de seguimiento y culminación del proceso redactado y firmado por el profesor tutor.															x				Estudiantes y tutores de titulación
Reunión de la comisión de titulación para la designación de pares evaluadores, envío de lo actuado al consejo directivo de la facultad para su aprobación.															x				Comisión de titulación
Envío de comunicación y formatos de evaluación a los pares designados y entrega de formato con nota asignada por cada par 8 día calendario post fecha de entrega																x			Lic. Esthela Guerrero

Revisión por la secretaría de la carrera sobre la idoneidad de los estudiantes conforme documentación presentada, remisión al Consejo Universitario para su aprobación.																X			Secretaria de la carrera de Enfermería
Reunión de la comisión de titulación para definición de fecha de sustentación de los grupos de estudiantes de titulación y envío al consejo directivo de la facultad para su aprobación.																	x		Comisión de titulación
Comunicación a los estudiantes sobre fecha o cronograma de defensa de los trabajos de titulación según resolución del Consejo directivo de la facultad.																	x		Comisión de titulación

Elaboración del informe mensual sobre el seguimiento a los 48 estudiantes																		X	Lic. Esthela Guerrero
Sustentación de los trabajos de titulación por los grupos de estudiantes según cronograma e investidura de graduación por la decana de la facultad.																		X	Estudiantes de titulación
Entrega de CD con pdf del trabajo de titulación a la coordinación de titulación, así como a la biblioteca de la universidad.																		X	Estudiantes de titulación
Elaboración del informe del proceso de titulación y entrega a la coordinación de carrera y decana de la facultad para su aprobación.																		X	Estudiantes y tutor de titulación

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BILÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROPUESTA

TEMA:

PROGRAMA EDUCATIVO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE RIESGOS OBTÉTRICOS Y FORTALECIMIENTO DE MEDICION DE SIGNOS CLÍNICOS – FISIOLÓGICOS DE LA ESCALA SCORE MAMÁ PARA PROMOVER UN EMBARAZO SALUDABLE

AUTORES:

ENMA JANETH ALDAS ALDAZ

GISSELA NATALY GARCES NARANJO

TUTOR:

LIC. MARY MOSSO ORTIZ

GUARANDA – ECUADOR

2023

DATOS GENERALES

Tema: Programa educativo de medidas preventivas de riesgos obstétricos y fortalecimiento de medición de signos clínicos – fisiológicos de la escala Score Mamá para promover un embarazo saludable.

Institución: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Lugar: Servicio de Gineco – obstetricia y Emergencia

Dirigido a: Personal de enfermería y usuarias del servicio de Gineco – Obstetricia y Emergencia

Duración: 8:45 horas

Fecha: 6 y 7 de julio 2023

Introducción

El embarazo es una de las mejores etapas en la vida de la mujer y su familia, por ende, debe constituir en una experiencia positiva, para ello la mujer requiere de atención integral de salud materna, lo cual involucra aspectos como la aplicación de normas, protocolos, herramientas y actividades ya establecidas para favorecer un embarazo, parto y puerperio saludable o a su vez detectar y tratar oportunamente las complicaciones obstétricas para evitar la mortalidad directa o por secuelas.

Por su parte, y como Autoridad Sanitaria Nacional el Ministerio de Salud Pública MSP, ha implementado la estrategia Alarma Materna con el protocolo Score Mamá y claves obstétricas con el fin de identificar y tratar oportunamente a la mujer con riesgo de morbilidad obstétrica y de muerte, para favorecer en la reducción de la mortalidad materna. El Score Mamá como herramienta permite obtener una puntuación a través de la toma de los signos clínicos y fisiológicos lo cual ayuda a determinar el estado de salud

de la madre de forma temprana para una actuación oportuna del personal de salud tanto médicos como enfermero/as en cualquier nivel de atención según su capacidad. Por ello es importante la correcta valoración de signos vitales, nivel de conciencia y toma de proteinuria ya que puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte. (MSP, 2017)

Por otra parte, la OMS hace mención algunas recomendaciones que las mujeres pueden adoptar para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de las madres las cuales comprende entre otras el control prenatal, el autocuidado como la alimentación y los hábitos saludables, conocer, saber reconocer los signos de alarma, dar aviso al médico de las condiciones y enfermedades de salud ya existentes, estar preparado para el parto son algunas medidas que podría disminuir el riesgo en la madre y el feto. (OMS, 2018)

El programa educativo busca fortalecer los conocimientos de los profesionales de enfermería en la valoración de signos clínicos – fisiológicos de la escala de Score Mamá e informar y educar a las madres sobre las medidas preventivas del riesgo obstétrico que ayudan a llevar un embarazo saludable o detectar tempranamente los riegos y evitar complicaciones. Además, este programa en la atención prenatal es esencial para garantizar que las gestantes comprendan la importancia de conocer estas recomendaciones y los beneficios en la salud del binomio madre e hijo/a. Por ende, el personal de enfermería es una parte clave para la educación y apoyo a las madres haciendo de este programa una herramienta útil para mejorar la condición de la gestante. (García & Saltos, 2023)

Justificación

La morbilidad y más aún la mortalidad de una madre sigue siendo un problema de salud pública y deja importantes consecuencias sociales, económicas, afectivas y psicológicas para los niños que quedan huérfanos y sus familias.

Por lo tanto, este plan tiene la finalidad de fortalecer los conocimientos de lo/as profesionales de enfermería en la valoración de signos clínicos-fisiológicos de la escala de Score Mamá y en las madres educar sobre las medidas preventivas en el cuidado prenatal para llevar un embarazo saludable.

Por ello, a pesar de que los resultados obtenidos en esta investigación se encuentran en un nivel excelente en cuanto al cumplimiento del protocolo escala de Score Mamá, sin embargo, se identificó algunos riesgos obstétricos prevenibles por ello es importante el fortalecimiento del conocimiento de las usuarias en cuanto a medidas preventivas.

Es necesario el desarrollo de este programa educativo para que el personal de enfermería este capacitado en el manejo del Score Mamá y a las madres estar informadas y tomar decisiones basadas en el conocimiento de un profesional, lo que les ayudará a llevar una maternidad más segura.

Es pertinente el desarrollo del programa educativo puesto que las usuarias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, presentan riesgo obstétrico alto en su mayoría con antecedentes personales relacionado con los controles prenatales, factores socioeconómicos bajos, edades extremas, dificultad en la identificación de signos de alarma y partos en domicilio.

Por lo tanto, este programa se justifica en la importancia de prevenir las complicaciones maternas y consecuentes secuelas o muerta materna – neonatal, a través

de la educación y como estudiantes de la escuela de enfermería podamos aportar a la comunidad con conocimientos que previenen estos riesgos.

Objetivo General

Ejecutar el programa educativo de medidas preventivas de riesgos obstétricos y fortalecimiento de medición signos clínicos – fisiológicos de la escala Score Mamá para promover un embarazo saludable.

Objetivos Específicos

- Capacitar al personal de enfermería sobre la toma de signos vitales clínicos y fisiológicos con la escala de Score Mamá en las pacientes en embarazo, parto o puerperio.
- Educar a las usuarias sobre la prevención de riesgos obstétricos a través de medidas preventivas.
- Diseñar material de apoyo para las diferentes charlas a desarrollar.

Metodología

El presente programa tiene un plan de capacitación para desarrollar en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la parroquia Veintimilla, cantón Guaranda, los días 6 y 7 de julio del 2023

Está encaminado al personal de enfermería y mujeres que se encuentran en el área de Gineco obstetricia y emergencia del Hospital Alfredo Montenegro. Para su desarrollo será necesario contar con la autorización de las licenciadas líderes de los servicios.

Se realizará a través de charlas educativas, utilizando material de apoyo como carteles, trípticos, volantes, materiales que facilitará al personal de salud y las usuarias, fortalecer el conocimiento en lo referente a la aplicación correcta de Scala Score Mamá y medidas preventivas.

Recursos

Recursos materiales	**Recursos humanos**	**Recursos físicos**
Carteles Trípticos Volantes Papel boom Esferográficos Marcadores	Sra. Enma Janeth Aldas Aldaz Srta. Gissela Nataly Garces Naranjo Personal de Enfermería Usuarias que asisten al Hospital Alfredo Noboa Montenegro	Servicios de Gineco obstetricia, y Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Presupuesto

Descripción	**Cantidad**	**Valor Unitario**	**Valor total**
Horas de Internet	20	1.00	20.00
Pliego Cartulina	2	0.50	1.00
Papelógrafo	5	0.30	1.50
Trípticos	50	0.25	12.50
Volantes	50	0.10	5.00
Papel boom	50	0.02	1.00
Esferos	5	0.50	2.50
Marcadores	3	0.80	1.60
Impresiones	20	0.10	2.00
Refrigerio	10	1.00	10.00
Total			**57.10**

Desarrollo

Unidad I

Score Mamá

Introducción a la herramienta Score Mamá

Control de los signos vitales

- Frecuencia respiratoria
- Presión arterial
- Frecuencia cardiaca
- Saturación de oxígeno
- Temperatura corporal
- Evaluación del Nivel de conciencia
- Determinación de Proteinuria

Registro del Score Mamá

Monitoreo y frecuencia de registro

Unidad II

Medidas Preventivas

Control prenatal

- Importancia del control prenatal
- Número de controles prenatales recomendados
- Objetivos del control prenatal
- Actividades a realizar. (Aguilera & Peter, 2020)

Auto cuidado/ prevención de problemas durante el embarazo

- Alimentación y Suplementos
- Higiene
- Actividad física
- Hábitos tóxicos. (Cedeño, Rodríguez, Peraza, & Peraza, 2022)

Señales de peligro durante el embarazo, parto y después del parto

- Fuerte dolor de cabeza y visión borrosa
- Fuerte dolor de vientre
- Sangrado vaginal durante el embarazo
- Sangrado vaginal después del parto
- Salida de agua de fuente
- Fiebre alta en el embarazo y después del parto
- Falta de movimiento de su hijo/a. (MSP, 2022)

Enfermedades o condiciones preexistentes que pueden complicar un embarazo

Condiciones preexistentes

- Adolescencia
- Embarazo a edad tardía
- Número de partos previos
- Anemia
- Violencia de género
- Discapacidades y salud mental
- Obesidad y desnutrición. (MSP, 2020)

Enfermedades preexistentes

- Enfermedades del corazón y presión alta
- Enfermedades venosas

- Enfermedades renales o hepáticas
- Enfermedades maternas transmisibles
- Cáncer
- Uso de medicamentos para enfermedades crónicas. . (MSP, 2020)

Planificación del parto y transporte

- ¿Qué conocer y planificar en caso de parto o emergencia?
- ¿Qué desearía durante mi parto?
- ¿Qué necesito para el parto o emergencia?
- ¿Cómo he decidido dar a luz? (MSP, 2022)

Cronograma de Actividades

Cronograma de Actividades				
Actividades	**Fecha y hora**	**Responsables**	**Método expositivo**	**Recursos físicos, tecnológicos y materiales**
Entrega de Oficio y cronograma a la líder del servicio de Gineco-obstetricia y Emergencia	05/07/2023 09:00 a 10	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Hoja de papel boom, impresora, computadora.
Presentación y palabras de bienvenida a las pacientes	06/07/2023 9:00 a 9:15	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Estudiantes del proyecto
Colocación de material de apoyo, (carteles, diapositivas) y entrega de volantes	06/07/2023 9:15 a 9:30	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Cartulina, papelógrafo Marcadores Hojas de papel boom, imágenes

Charla sobre medidas preventivas: Control prenatal	06/07/2023 9:30 a 10:00	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Carteles, hojas de papel boom, imágenes
Charla sobre medidas preventivas: Auto cuidado/ prevención de problemas durante el embarazo	06/07/2023 10:00 a 10:30	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Carteles, imágenes del plato saludable
Dinámica: juego de rol para implementar nuevas conductas	06/07/2023 10:30 a 11:00	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Estudiantes y personal de enfermería
Capacitación sobre medidas preventivas: Signos y síntomas de alarma en el embarazo	06/07/2023 11:00 a 11:30	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Carteles Hojas de papel boom Imágenes Volantes

Charla sobre medidas preventivas: Enfermedades o condiciones preexistentes que pueden complicar un embarazo	06/07/2023 11:30 a 12:00	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Cartel Imágenes
Capacitación sobre medidas preventivas: Planificación del parto y transporte	06/07/2023 12:00 a 12:30	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Carteles, imágenes hojas de papel boom
Evaluación del tema mediante preguntas y respuestas. Entrega de Trípticos	06/07/2023 12:30 a 12: 45	Janeth Aldas Gissela Garces	Pregunta al final del conversatorio	Estudiantes y usuarias del proyecto
Registro de asistencia	06/07/2023 12:45 a 13:00	Janeth Aldas Gissela Garces		Hoja de registro, esferos
Día dos				

Colocación de material de apoyo, (carteles, diapositivas)	07/07/2023 7:00 a 7:15	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Cartulina Marcadores Impresiones Hojas de papel boom
Palabras de presentación y bienvenida al personal de enfermería	07/07/2023 7:15 a 7:30	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Estudiantes y personal de enfermería
Introducción sobre la escala Score Mamá	7/07/2023 7:30 a 8:00	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Presentación con diapositivas
Charla sobre la valoración de signos clínicos – fisiológicos	7/07/2023 8:00 a 8:30	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Carteles, imágenes, hoja de Score Mamá
Dinámica: ¿Quién es?	7/07/2023 8:30 a 9:00	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Personal de enfermería
Capacitación sobre registro del Score Mamá	07/07/2023	Janeth Aldas	Conversatorio	Hoja de Score Mamá, esferográficos

	9:00 a 9:30	Gissela Garces		
Capacitación Monitoreo y frecuencia de registro	07/07/2023 9:30 a 10:00	Janeth Aldas Gissela Garces	Conversatorio	Carteles /diapositivas, hoja de Score Mamá, esferográficos
Evaluación del tema mediante preguntas y respuestas	07/07/2023 10:00 a 10:30	Janeth Aldas Gissela Garces	Pregunta al final del conversatorio	Personal de enfermería y estudiantes
Registro de asistencia	07/07/2023 10:30 a 10:45	Janeth Aldas Gissela Garces		Hoja de registro, esferos
Entrega de refrigerio				
Total, de horas	8:45 horas			

Resultados

Resultados esperados

El personal de enfermería y usuarias del servicio de gineco-obstetricia y emergencia capacitadas en temas que corresponden a la escala Score Mamá y medidas preventivas de riesgos obstétricos. Así también, de la elaboración y entrega de trípticos a las madres usuarias del área. Además, entregar un ejemplar del proyecto de investigación a la líder de enfermería del servicio de Gineco-obstetricia.

Resultados alcanzados

Se logró capacitar a las madres sobre las medidas preventivas de riesgo obstétrico y personal de enfermería en los temas referentes al Score Mamá, además se realizó la entrega de trípticos a cada una de las participantes y el ejemplar del proyecto de investigación a la líder del servicio.

Referencias Bibliográficas

Aguilera, S., & Peter, M. (2020). Control prenatal. *Elsevier*. Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340#:~:text=Los%20principales%20objetivos%20del%20control,lograr%20un%20buen%20resultado%20perinatal.

Bethany, K., & Cabrera, M. (2020). Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. *Perio.Unlp*. Obtenido de https://perio.unlp.edu.ar/catedras/mis/wp-content/uploads/sites/126/2020/04/p.2_batthianny_k._cabreram._cap_5__metodologia_de_la_investigacion....pdf

Butkus, S. (2015). *Enfermería materno - neonatal.* (M. Carlos, Ed.) Barcelona, España: Wolters Klumer.

Caicedo, J. (2020). *Riesgo materno en el manejo de las claves obstétricas en el área de emergencia del Centro de Salud.* Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/2491/1/CAICEDO%20MINA%20JOHANNA%20ELIZABETH.pdf

Caicedo, J., & Pineda, A. (2022). Riesgos maternos en el manejo de las claves obstétricas en el área de emergencia del Centro de Salud Tipo C del cantón San Lorenzo. *Revista Científica Hallazgos*. Obtenido de https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/557/509

Carlson, H., & Pérez, C. (2019). Hemorragia Postparto. *Scielo*, 2. Obtenido de https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf

Castro, B., & Pazos, P. (2022). Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en la provincia Bolívar 2016 - 2021. *Universidad Estatal de Bolívar*. Obtenido de https://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/4265/1/Tesis%20Notariada.pdf

Cedeño, M., Rodríguez, M., Peraza, D., & Peraza, R. (2022). Hábitos tóxicos y embarazo. Resultados perinatales. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500003

Congreso Nacional. (2014). Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia. *Comisión de la Legislación y Codificación*, 1-2. Obtenido de https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf

Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2022). Principales causas de muerte materna. *Consejo Nacional para la Igualdad de Género*. Obtenido de https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/10/PRINCIPALES-CAUSAS-DE-MUERTE-MATERNA.pdf

Constitución de la República del Ecuador. (2021). Constitución de la República del Ecuador. *Código Orgánico*, 18-22. Obtenido de https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Cuenca, M., & Galarza, K. (2021). Eficacia del Score Mamá para identificar riesgo obstétrico en embarazadas y puérperas indígenas, Hospital José María Velasco Ibarra, 2020. *Universidad Nacional de Chimborazo*. Obtenido de http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8336/1/5.-

TESIS%20Marlon%20Alcivar%20Cuenca%20Ruiz%20Y%20Karen%20Dayana%20Galarza-MED.pdf

Díaz, Y., Sotillo, C., & Suaza, K. (2020). Análisis de la mortalidad en el departamento de la Guajira (Colombia), durante el quinquenio 2014 - 2018. *Universidad de la Guajira*. Obtenido de https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/bitstream/handle/uniguajira/521/TESIS%20FINAL%20MORTALIDAD%20MATERNA%20CLEVIS%2C%20YOMAIRA%20Y%20KAREN.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Donoso, E., Carvajal, C., & Poblete, J. (2019). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal neonatal e infantil. *Scielo*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf

Dorado, A., & Macias, H. (2021). Categorías del riesgo obstétrico en gestantes durante visitas domiciliarias realizadas por el centro de salud "teniente Hugo". *Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Obstetricia*. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/63238/1/CD-846-DORADO%20YAGUAL%2c%20ADRIAN%20ASHKEY%3b%20MACIAS%20MAGALLANES%20HEIDY%20ISABEL.pdf

Echemendia, B. (2022). Definiciones de riesgo y sus implicaciones. *Scielo*, 4. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf

FAME. (2021). Emergencias obstétricas o ginecológicas. *Federación de Asociación de Matronas de España*. Obtenido de https://www.federacion-matronas.org/2021/02/02/emergencias-obstetricas-fam/

Farfán, G., Altamirano, D., & Quinde, R. (2022). Trastorno Hipertensivo del embarazo en adolescentes. *Revista Científica multidisciplinar sobre Ciencias de la Salud*

Humana, 1-2. Obtenido de https://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/60/174#:~:text=Eclampsia%20se%20considera%20al%20desarrollo,Hipertensi%C3%B3n%20cr%C3%B3nica%20con%20preeclampsia%20sobrea%C3%B1adida.

García, D., & Saltos, G. (2023). *Adherencia al control prenatal asociado a la consejería de enfermería individual y grupal. Centro de Salud Cordero Crespo. Diciembre 2022-abril 2023.* Guaranda: Universidad Estatal de Bolívar. Obtenido de https://www.dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/5189/1/Proyecto_Andrea_y_Diana%202.0.pdf

García, L. (2019). Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo. *UPAO*. Obtenido de https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2207/1/RE_MED.HUMA.LUIS.GARCIA_MULTIPARIDAD.COMO.FACTOR.DE.RIESGO.PARA.ENFERMEDAD_DATOS.pdf

GTR. (2023). *Declaración conjunta a favor de la Reducción de la Morbilidad y mortalidad materna.* Washington: Grupo de Trabajo regional. Obtenido de https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cmm_-_declaracion_7-2.pdf

HGANM. (2023). Estadísticas de Emergencias Obstétricas. Guaranda, Bolívar, Ecuador.

Jano.es. (2023). Nivel educativo materno y riesgo de parto prematuro. *Elsevier*. Obtenido de https://www.jano.es/noticia-nivel-educativo-materno-riesgo-parto-5240#:~:text=Las%20embarazadas%20con%20un%20bajo,Edition%2C%20Fetal%20and%20Neonatal%E2%80%9D.

López, A. (2022). Manejo oportuno de las claves obstétricas por el profesional de enfermería y su repercusión en las complicaciones maternas. *Universidad Estatal del Sur de Manabí*. Obtenido de

https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4201/1/TESIS%20PARA%20CD.pdf

Martínez, W. (2019). Riesgo obstétrico según Score Mamá en gestantes y puérperas atendidas en el departamento de Gineco - obstetricia del Hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019. *Universidad Privada San Juan Bautista*. Obtenido de https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/2989/T%20-%20TPMH%20%20-MARTINEZ%20CALLALLI%20WENDY%20NAYDU.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MDS. (2021). Sepsis y Shock séptico. *anual MDS*, 1. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico

MSP. (2016). Control Prenatal. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf

MSP. (2016). *GPC Atención del parto por cesárea.* Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normalización. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf

MSP. (2016). *GPC Control Prenatal.* Quito: Dirección Nacional de Normalización. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf

MSP. (2017). Protocolo Score mamá y claves obstétricas. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

MSP. (2017). Score Mamá y claves obstétricas. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

MSP. (2017). *Score Mamá y claves obstétricas.* Quito: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

MSP. (2017). *Score Mamá y claves obstétricas.* Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

MSP. (2017). Score Mamá y Claves Obstétricas. *Ministerio de Salud Pública*, 49-51. Obtenido de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

MSP. (2017). *Score Mamá y Claves Obstétricas.* Quito: Ministerio de Salud Públicas. Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. Obtenido de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

MSP. (2017). *Score Mamá y Claves Obstétricas.* Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Normalización. Obtenido de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

MSP. (2017). Score Mamá y Claves Obstétricas. *Ministerio de Salud Pública. Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna*, 7. Obtenido de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

MSP. (2017). Score Mamá Y Claves Obstétricas. *Ministerio de Salud Pública*, 9. Obtenido de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

MSP. (2018). *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal.* Quito: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20REDUCCI%C3%93N%20ACELERADA%20DE%20LA%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf

MSP. (2019). Estrategia de Reducción Acelerada de Muerte Materna. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.paho.org/clap/dmdocuments/PanOMMEcuCalle.pdf

MSP. (2019). Gaceta de Muerte Materna SE 50. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/Gaceta-SE-50-MM.pdf

MSP. (2019). Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*, 30-39. Obtenido de file:///C:/Users/User/Downloads/Norma_Cone_digital_27_05_14_pdf.pdf

MSP. (2020). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.studocu.com/ec/document/universidad-de-guayaquil/medicina/afiche-score-mama-actualizado/22939455

MSP. (2020). Clasificación de riesgo obstétrico. *Ministerio de Salud Pública "Coordinación Zonal 5 - Salud"*. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%202%20-%20CLASIFICACI%C3%93N%20DE%20RIESGOS%20OBST%C3%89TRICOS.pdf

MSP. (2020). Gaceta de Muerte Materna. *Ministerio de Salud Pública*, 1. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/02/MUERTE-MATERNA-SE-03_2020.pdf

MSP. (2020). *Guía de apoyo ciudadano a la mujer embarazada. Por un Ecuador sin muertes maternas.* Quito: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Gu%C3%ADa%20de%20apoyo%20ciudadano%20a%20la%20mujer%20embarazada.pdf

MSP. (2021). Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 1 Ecuador. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/Gaceta-SE-1-MM.pdf

MSP. (2022). Gaceta epidemiológica de muerte materna SE 1 a SE 52. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Gaceta-MM-SE-52.pdf

MSP. (2022). Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 1 a SE 52. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Gaceta-MM-SE-52.pdf

MSP. (2022). Libreta integral de Salud. *Ministerio de Salud Pública*, 22. Obtenido de http://www.edicioneslegales-informacionadicional.com/webmaster/directorio/SIE-SALUDMA-22-31.pdf

MSP. (2023). Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 1 a 17. *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/05/GACETA-SE-17-MM.pdf

Naranjo, D., & Noboa, T. (2018). Calidad del cuidado enfermero en infección nosocomial urinaria asociadas al uso de catéter vesical, en el área de medicina interna, Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, periodo agosto - octubre 2018. *Universidad Estatal de Bolívar*. Obtenido de https://www.dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/2808/1/TESIS%20DE%20CALIDAD%20DE%20ATENCION%20ENFERMERO_NOSOCOMIAL.pdf

Naranjo, E. (2020). Aplicación del score mamá y claves obstétricas para la prevención y reducción de complicaciones materno - fetales en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho periodo de enero a diciembre del 2019. *Universidad de Guayaquil*. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/52369/1/CD-3280-NARANJO%20CARDENAS.pdf

NIH. (2022). Estudio transversal. *Instituto Nacional de Cáncer*. Obtenido de https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/estudio-transversal

Noboa, H. (2019). Mortalidad Materna en el Ecuador: una mirada crítica. *Plataforma por el Derecho a la Salud*. Obtenido de http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D1387.pdf

OMS. (2018). *Las embarazadas deben poden tener un acceso a una atención adecuada en el momento adecuado.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who

OMS. (2020). Salud Materna. *Organización Mundial de la Salud*, 1. Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/salud-materna#:~:text=La%20mortalidad%20materna%20es%20inaceptablemente,el%20embarazo%20o%20el%20parto.

OMS. (2021). Salud Materna. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/salud-materna

OMS. (2022). Educación, ingreso y etnia son los factores sociales que más influye en la salud de niños, niñas adolescentes y madres - Hallazgos del informe. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12822:social-determinants-mch&Itemid=0&limitstart=1&lang=es#gsc.tab=0

OMS. (2023). Mortalidad Materna. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

ONU. (2022). Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Organización de Naciones Unidad*. Obtenido de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

ONU. (2022). Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Organización de Naciones Unidas*, 1. Obtenido de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

OPS. (2020). Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS. (2023). OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america

Ortiz, J. (2020). *Conocimientos y prácticas ante signos y síntomas de alarma en las embarazadas atendidas en casa materna, Hospital primario Yolanda Mayorga, Tipitapa Managua, octubre 2019 septiembre 2020.* Managua: Universidad Nacional Autónoma, Nicaragua, Managua. UNAN. Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372796/knowledge-and-practices-before-signs-and-symptoms-of-alarm-in-_d31nZTD.pdf

Perrot, A., Caprani, D., & Goñi, M. (2021). Prevención de Enfermedades. *Fred*. Obtenido de https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/8_0.pdf

Quezada, J., Garay, M., Pillco, S., Peralta, J., & Paguay, D. (2020). Validación del Score Mamá y MACAS en pacientes de la Región Amazónica del Ecuador. *Hospital General Macas*, 7. Obtenido de https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2021/01/01_A0_01.pdf

Ramos, J. (2023). Puerperio fisiológico. *Hospitales Sanitas*, 1. Obtenido de https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/posparto/puerperio-fisilogico-o-cuarentena

Redondo, P. (2018). Prevención de la enfermedad. *Universidad de Costa Rica*, 7. Obtenido de

https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_07_-_niveles_de_prevencion.pdf

Rengifo, T. (2021). Las cuatro demoras como causantes de la muerte materna en la región Loreto entre los años 2012 y 2019. *Universidad Nacional de la Amazonía Peruana Escuela Profesional de Medicina Humana*, 21. Obtenido de https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/7468/Taira_Tesis_Titulo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Retamozo, M. (2020). Causas directas de muerte materna. *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/771-causas-obstetricas-directas-de-mortalidad-materna/

Romero, A., Rivero, J., & Peéz, F. (2023). An approach to the medical record: a guide. *MediSur*. Obtenido de https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1334/6586

Safont, N. (2018). ¿Cuándo se considera que un embarazo es de riesgo? *Lifestle*. Obtenido de https://www.hola.com/estar-bien/20181031132039/embarazo-riesgo-sintomas-tratamiento/#:~:text=Existen%20dos%20momentos%20de%20mayor,la%20madre%20pueden%20adelantar%20el

Sotero, G., Sosa, C., Domínguez, Á., Telechea, J., & Medina, R. (2020). Estado civil materno y su asociación con los resultados perinaales en una poblacion hospitalaria. *Rev. Med. Uruguay*. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009

Torres, I., Ramirez, L., & Salcedo, M. (2020). Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarzadas en Ecuador. *Revista de Ciencias de la Salud. Universidad Estatal de Milagro*, 7. Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373576/150-texto-del-articulo-516-1-10-20201221.pdf#:~:text=Se%20examinan%20aspectos%20como%3A%201,una%20atenci%C3%B3n%20adecuada%20(3).

UNFLA. (2023). Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: Organismos de la Naciones Unidas. *Fonde de Población de Naciones Unidas*, 1. Obtenido de https://ecuador.unfpa.org/es/news/el-fondo-de-poblaci%C3%B3n-de-naciones-unidas-unfpa-apoy%C3%B3-la-realizaci%C3%B3n-de-la-capacitaci%C3%B3n-al

UNFPA. (2021). Consenso Estratégico Interagerencial para la Reducción de la Morbi - mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020 - 2030. *Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna*. Obtenido de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/geco-238_gtr_consenso_estrategico_interagencial_2020_2030_spanish_final.pdf

Zavala, A., Ortiz, H., Salomon, J., Padilla, C., & Preciado, R. (2018). Periodo Intergenésico: Revisión de la literatura. *Scielo*, 2-3. Obtenido de https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0052.pdf

Zerna, C., Alvarado, A., Herrera, J., & Mena, F. (2022). Identificación de riesgos obstétricos en tiempos de COVID-19 en un área comunitaria de salud, Ecuador. *scielo*, 3-4. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v101n3/1028-9933-ric-101-03-e3847.pdf

Anexos

Anexo 5 Resolución de aceptación de cambio de tema

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR — CONSEJO DIRECTIVO — FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Consejo Directivo
Resolución Nro. DFCS- RCD- 200-2023

Fecha y lugar: Guaranda, 10 de julio del 2023

LA SUSCRITA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO, LIC. SILVANA LÓPEZ PAREDES. MSc., CERTIFICA: Que, el Consejo Directivo de la Facultad en sesión ordinaria (07) del 07 de julio del 2023.

PUNTO 5.- Lectura y tratamiento del oficio s/n suscrito por la Lic. Mary Mosso Ortíz Docente – Tutora del proyecto de Investigación, quien solicita la reestructuración del tema planteado por los estudiantes Aldas Aldaz Enma Janeth y Garcés Naranjo Gissela Nataly.

EL CONSEJO DIRECTIVO
CONSIDERANDO:

QUE, El Estatuto de la Universidad Estatal de Bolívar en el artículo 45.- Atribuciones del Consejo Directivo, literal c, manifiesta: Emitir resoluciones para el funcionamiento de la gestión académica-administrativas de la Facultad acorde a la normativa legal.

QUE, Visto el oficio s/n suscrito por la Lic. Mary Mosso Ortíz Docente – Tutora del proyecto de Investigación, quien solicita la reestructuración del tema planteado por los estudiantes Aldas Aldaz Enma Janeth y Garcés Naranjo Gissela Nataly

Se analiza el documento y se indica que los temas fueron aprobados en Consejo Directivo de la Facultad en sesión ordinaria (02) del 01 de febrero del 2023, con Resolución Nro. DFCS- RCD- 019-2023, mismos que fueron analizados y aprobados en esa fecha. Pero se hace el análisis del oficio presentado por la Lic. Mary Mosso Ortiz Mgtr., Tutora del trabajo de investigación, y se indica lo siguiente.

CONSEJO DIRECTIVO RESUELVE: EN BASE AL PEDIDO REALIZADO POR LA LICENCIADA MARY MOSSO ORTIZ DOCENTE TUTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LOS ESTUDIANTES ALDAS ALDAZ ENMA JANETH Y GARCÉS NARANJO GISSELA NATALY, ESTE CONSEJO RESUELVE AUTORIZAR LA REESTRUCTURACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN, QUEDANDO ENUNCIADO COMO SE INDICA: "PREVENCIÓN DE MUERTE MATERNA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE RIESGOS UTILIZANDO LA ESCALA DE SCORE MAMA EN USUARIAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. PERIODO ENERO – ABRIL 2023".

Notifíquese. –

Facultad Ciencias de la Salud · DECANATO

LIC. SILVANA LÓPEZ PAREDES Mgtr.
DECANA

Lo certifico. –

LIC. TANIA HURTADO GARCÍA
SECRETARIA DE CONSEJO DIRECTIVO

SLP/TH

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo 6 Permiso para levantamiento de información en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Gobierno del Ecuador
GUILLERMO LASSO
PRESIDENTE

Ministerio de Salud Pública
CSZ5 – Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Dirección Asistencial Hospitalaria
Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZS5-BO-HG-ANM-DI-2023-0125-M

Guaranda, 20 de abril de 2023

PARA: Sra. Mgs. Rosa Geoconda Moso Ortiz
Responsable de la Unidad de Admisiones

ASUNTO: COMUNICADO A LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN Y APERTURA PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN, ESTUDIANTES DEL NOVENO CICLO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UEB

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, comedidamente solicito su autorización para qué los estudiantes del noveno ciclo de la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar inscritos en la Unidad de Titulación desarrollen su trabajo de titulación en la institución de salud que está bajo su dirección, facilite la recolección de datos e información que requieran para el desarrollo del trabajo de investigación que se detalla a continuación:

N°	TEMA	AUTOR/RES
1	Proceso de atención de enfermería en adolescentes gestantes con riesgo de parto prematuro aplicando el modelo de Henderson. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo Enero- Abril 2023	Johanna Lourdes García Ruiz Yadira Maribel Lucio Lucio
2	Medidas de bioseguridad asociado a la prevención de riesgos biológicos en el personal de salud. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo Enero-Abril 2023.	Benavides Sánchez Adriana Marcela Zurita Vásquez Sebastián Marcelo
3	Prevención de muerte materna a través de medición de riesgos con claves obstétricas. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo Enero - Abril 2023	Enma Janeth Aldas Aldaz Gissela Nataly Garcés Naranjo
4	La enfermera consejera en el periodo de hospitalización de los pacientes y sus familiares. Servicio medicina interna Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo Enero-Abril 2023	Stefany Lizbeth Camacho Silva Kerli Vaneza Huilca Huilca
5	Proceso enfermero en adultos mayores con pie diabético desde el Modelo de autocuidado. Medicina Interna. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo. Enero-Abril 2023	Eruzo Ocampo Danny Elian Parreño Silva Lidia Verónica

Gobierno del Ecuador
GUILLERMO LASSO
PRESIDENTE

CSZ5 - Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Dirección Asistencial Hospitalaria
Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZS5-BO-HG-ANM-DI-2023-0125-M

Guaranda, 20 de abril de 2023

6	Acciones del equipo de salud con el paciente, familia y/o cuidadores en la prevención de úlceras por presión de adultos mayores. Medicina interna. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo Enero-Abril 2023.	Yadira Marlene García Gallo Tamara Jasmín Hurtado Yanza
7	Conciliación de medicamentos en pacientes con patologías crónicas. Servicio medicina interna HANM. Periodo. Enero-Abril 2023"	Poveda Villena Erika Alexandra Tisalema Quille Aileen Amanda
8	Prácticas quirúrgicas seguras en el centro quirúrgico del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo Enero 2023- Abril 2023"	Quinatoa Toro Yessica Marlith Verdezoto Torres Maricela Ernestina
9	Satisfacción de los pacientes sobre el cumplimiento de sus derechos. Medicina interna. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo. Enero-Abril 2023	Castro Córdova Anthuan Giovanny Guamán Punina Jairo Geovanny

Por la atención a la presente, agradezco.

De mi Consideración:

Luego de expresarle un atento y cordial saludo, me permito informar del Oficio enviado por la Mgs. Mary Rocío Ren Guaman COORDINADORA DE CARRERA ENFERMERIA de la UEB con fecha 13 de Febrero 2023, documento que ha sido aprobado y suscrito por el Sr. DR Franklin Cevallos Gerente General de esta casa de salud, particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Por la favorable atención que le de al presente desde ya le antelo mi agradecimiento.

Atentamente,

Gobierno del Ecuador
GUILLERMO LASSO
PRESIDENTE

Ministerio de Salud Pública
CSZ5 – Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Gerencia

Hoja de Ruta

Fecha y hora generación: 2023-03-24 11:57:41 (GMT-5)

Generado por: Franklin Rodrigo Cevallos Molina

Información del Documento			
No. Documento:	MSP-CZS5-BO-HG-ANM-G-2023-0021-EX	**Doc. Referencia:**	UEB-FCSS-2023-0030-O
De:	Sra. Mgs. Mery Rocio Rea Guaman, Coordinadora de Carrera Enfermeria, Universidad Estatal de Bolívar	**Para:**	Sr. Mgs. Franklin Rodrigo Cevallos Molina, Gerente del Hospital Docente Alfredo Noboa Montenegro, Ministerio de Salud Pública Sra. Dra. Veronica Vanessa Morocho Cuenca, Responsable de la Gestión de Docencia e Investigación, Ministerio de Salud Pública
Asunto:	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN Y APERTURA PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN, ESTUDIANTES DEL NOVENO CICLO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UEB	**Descripción Anexos:**	-
Fecha Documento:	2023-02-13 (GMT-5)	**Fecha Registro:**	2023-02-13 (GMT-5)

Ruta del documento

Área	De	Fecha/Hora	Acción	Para	No. Dias	Comentario
CZS5-BO-HG-ALFREDO NOBOA MONTENEGRO	Franklin Rodrigo Cevallos Molina (MSP)	2023-02-15 09:56:01 (GMT-5)	Archivar		2	
CZS5-BO-HG-ALFREDO NOBOA MONTENEGRO	Franklin Rodrigo Cevallos Molina (MSP)	2023-02-15 09:54:55 (GMT-5)	Envío de Respuesta Firmada Electrónicamente	Veronica Vanessa Morocho Cuenca (MSP)	2	Se envió electrónicamente el documento de respuesta No. MSP-CZS5-BO-HG-ANM-G-2023-0409-MEMO
CZS5-BO-HG-ALFREDO NOBOA MONTENEGRO	Franklin Rodrigo Cevallos Molina (MSP)	2023-02-15 09:54:55 (GMT-5)	Envío de Respuesta Firmada Electrónicamente	Mery Belen Silva Fajardo (MSP)	2	Se envió electrónicamente el documento de respuesta No. MSP-CZS5-BO-HG-ANM-G-2023-0409-MEMO
CZS5-BO-HG-ALFREDO NOBOA MONTENEGRO	Franklin Rodrigo Cevallos Molina (MSP)	2023-02-15 09:54:33 (GMT-5)	Responder		2	
Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano	Mery Rocio Rea Guaman (UEB)	2023-02-13 15:07:21 (GMT-5)	Envío Electrónico del Documento		0	
Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano	Mery Rocio Rea Guaman (UEB)	2023-02-13 15:07:21 (GMT-5)	Firma Digital de Documento		0	Documento Firmado Electrónicamente
Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano	Mery Rocio Rea Guaman (UEB)	2023-02-13 15:06:29 (GMT-5)	Registro	Franklin Rodrigo Cevallos Molina (MSP)	0	

RECIBIDO
1105714405
21/03/2023

Anexo 7 Permiso para ejecutar el programa educativo

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 05 de Julio del 2023

Lic. Herica Vizcaino

LÍDER DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECO – OBSTETRICIA

Presente,

De mi consideración:

Luego de expresarle un atento y cordial saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, nos dirigimos a usted para solicitarle comedidamente, nos de la apertura para ejecutar el programa educativo titulado **"Programa educativo de medidas preventivas de riesgos obstétricos y fortalecimiento de medición de signos clínicos – fisiológicos de la escala Score Mamá para promover un embarazo saludable"** que se encuentra dentro del proyecto de Titulación de Prevención de Muerte Materna a través de la medición de riesgos utilizando la escala de SCORE MAMÁ en usuarios que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo Enero –Abril 2023.

En espera de respuesta favorable me suscribo de usted.

Atentamente:

Srta. Gissela Garces
Estudiante de titulación

Sra. Janet Aldas
Estudiante de titulación

Recibo: 05-07-2023
Lic. H. Vizcaino, Sg.
11:19 am.

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

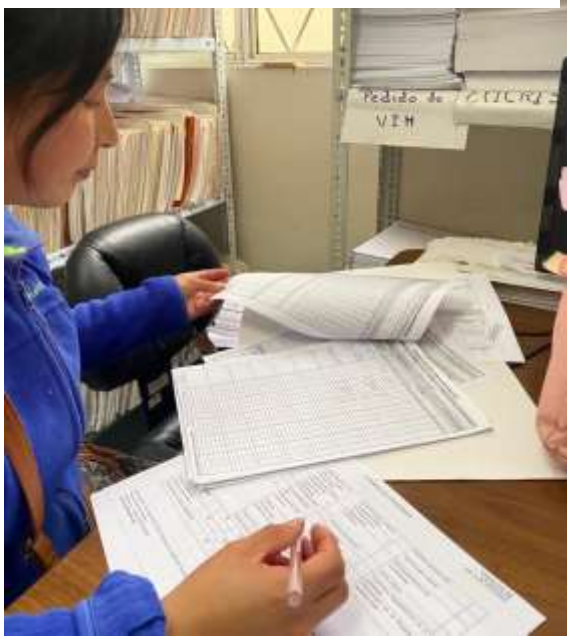
Anexo 8 Búsqueda del número de historias clínicas en el sistema SAV



Anexo 9 Búsqueda de historias clínicas



Anexo 10 Revisión de historias clínicas



Anexo 11 Identificación de los kits de emergencia obstétrica



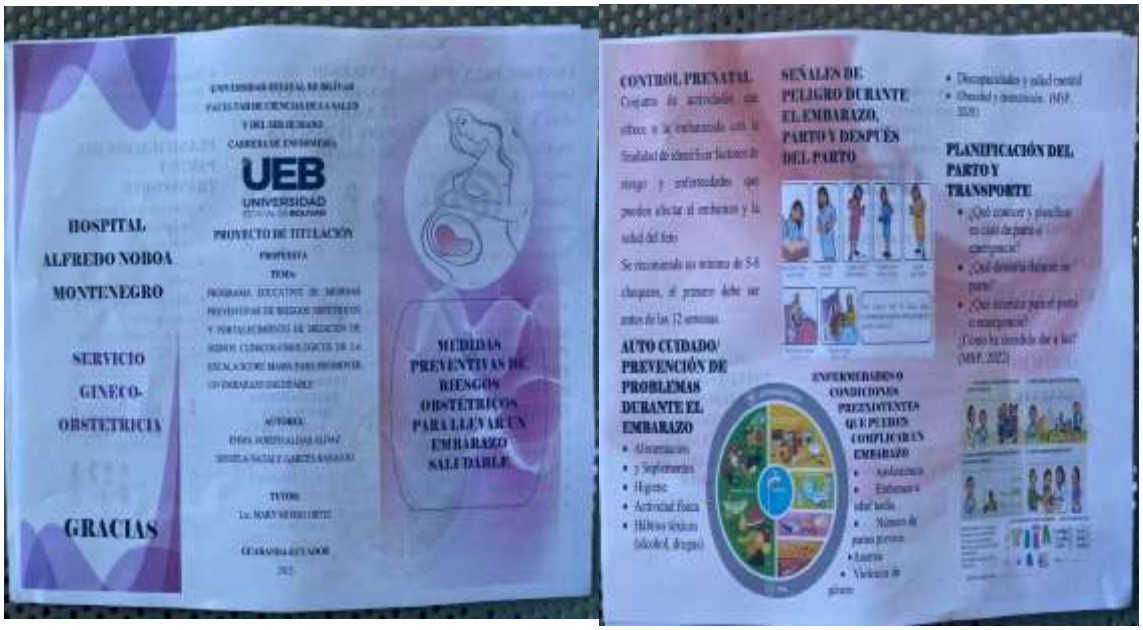
Anexo 12 Ingreso de datos al sistema SPSS



Anexo 13 Tutorías con la Lic. Mary Mosso



Anexo 14 Tríptico entregado a las usuarias



Anexo 15 Instrumento de medición de riesgos

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE RIESGOS

Objetivo: Determinar riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Línea	Score Mamá Claves obstétricas	**Sub - línea:**	Signos fisiológicos y clínicos Clave roja, amarilla y azul Riesgos obstétricos
Fecha	2023/06/28	**Base de datos**	Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Numero de archivo	438117	**Tipo de archivo**	Historia Clínica

P. 65.70
T. 150

Nombres	**Apellidos**	**Edad**
Dana Maribel	López Cholota	40 años

Provincia	Bolivar	**Cantón**	Guaranda	**Procedencia**	Barrio Fausto Basantes
Etnia	Mestizo		**Escolaridad**	Secundaria	
Fecha de nacimiento	14/01/1983	**Estado civil**	Divorciado.	**AGO:** G: 1 P: 1 C: 0 A: 0	
CIE de ingreso	Embarazo de 35.56 x FUM + Pielonefritis				

Presión arterial		**Temperatura**	**Saturación**	**FC**	**FR**	**Proteinuria**	**Estado de conciencia**	**Score Mamá**
Sistólica	**Diastólica**							
115	61	38.5	96	127	30	Negativo	Alerta	6

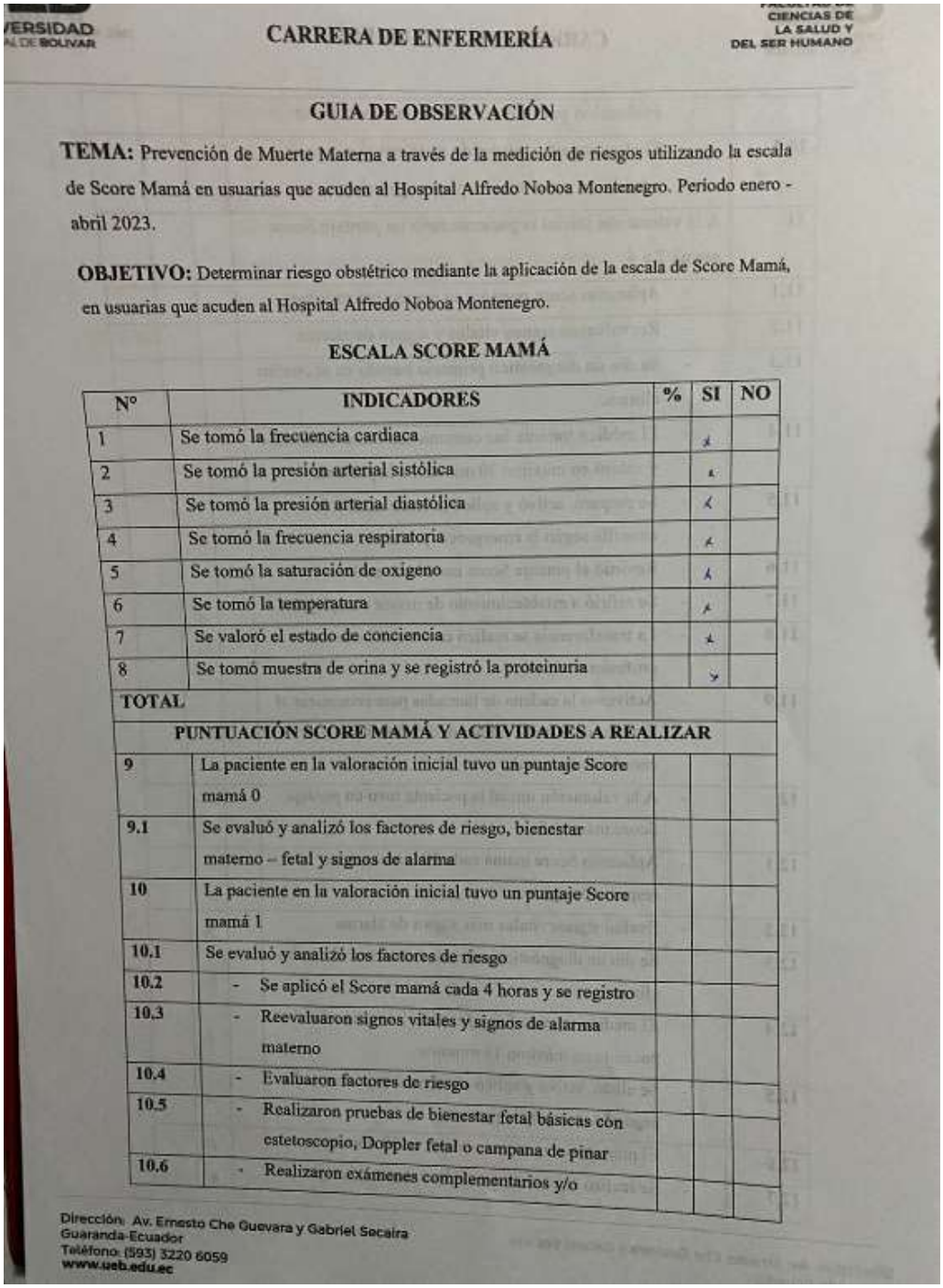
Semanas de gestación	35 56 x FUM	**Antecedentes patológicos**	SAP -

Riesgos obstétricos	**SI**	**NO**	**Riesgo Bajo**		**Alto Riesgo**		**Riesgo Inmediato**	
Signos de alarma			Condiciones socioeconómicas (pobreza, desempleo, analfabetismo)	x	Anemia		Amenaza de parto pretérmino	
Sangrado vaginal			Controles insuficientes		Embarazo múltiple		Cardiopatías	

Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira

Pérdida de líquidos o secreción vaginal			Edad extrema ≤ 19 años o ≥ 35 años	x	Enfermedades crónicas no transmisibles		Diabetes gestacional				
Tinitus (zumbido en los oídos)			Adolescentes menores de 15 años		Polihidramnios u oligoamnios		Hemorragia vaginal				
Cefalea (dolor de cabeza)			Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo		Epilepsia		Rotura prematura de membranas				
Visión borrosa			Gran multiparidad		Abortos espontáneos		SIDA clínico				
Edema de miembros superiores e inferiores			Incompatibilidad Rh		Enfermedades neuropsiquiátricas		Trastornos hipertensivos en el embarazo				
Nauseas			Infección de vías urinarias Pielonefritis	x	Infección materna: HIV, Hepatitis B o C, HPV, Herpes		Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal				
Vómito			Periodo intergenésico menor de 12 meses		Historia obstétrica desfavorable: (partos prematuros, distocias)		Síndrome de Hellp				
Fiebre	x				Presentación anómala						
Hipotermia			Talla ≤ 145cm		Desnutrición y obesidad		Embarazo ectópico				
Convulsiones			Riesgo laboral		Asma						
Número de controles	5	**SI** x	**NO**	**Periodo intergenésico**		**Cesárea de emergencia**		**SI**	**NO** x		
Muerte materna durante el proceso	**SI**		**NO** x	**Correcta activación de clave obstétrica**				**SI** x	**NO**		
Activación de clave obstétrica	**SI** x		**NO**	**ROJA**		**AZUL**		**AMARILLA** x			

Anexo 16 Guía de observación de escala Score Mamá



VERSIDAD ... DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

... CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

GUIA DE OBSERVACIÓN

TEMA: Prevención de Muerte Materna a través de la medición de riesgos utilizando la escala de Score Mamá en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Período enero - abril 2023.

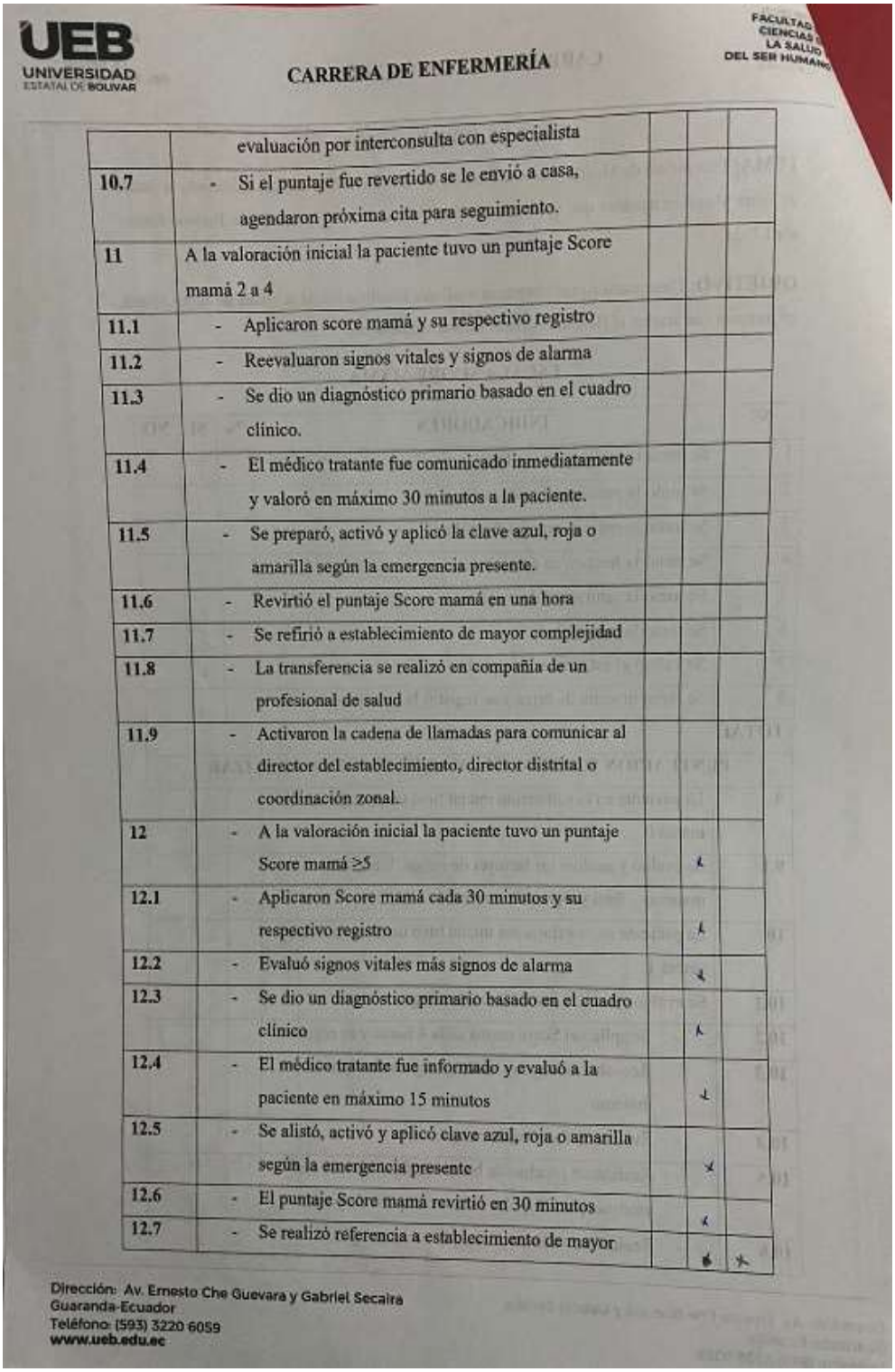
OBJETIVO: Determinar riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

ESCALA SCORE MAMÁ

N°	INDICADORES	%	SI	NO
1	Se tomó la frecuencia cardiaca		x	
2	Se tomó la presión arterial sistólica		x	
3	Se tomó la presión arterial diastólica		x	
4	Se tomó la frecuencia respiratoria		x	
5	Se tomó la saturación de oxígeno		x	
6	Se tomó la temperatura		x	
7	Se valoró el estado de conciencia		x	
8	Se tomó muestra de orina y se registró la proteinuria		x	
TOTAL				
PUNTUACIÓN SCORE MAMÁ Y ACTIVIDADES A REALIZAR				
9	La paciente en la valoración inicial tuvo un puntaje Score mamá 0			
9.1	Se evaluó y analizó los factores de riesgo, bienestar materno – fetal y signos de alarma			
10	La paciente en la valoración inicial tuvo un puntaje Score mamá 1			
10.1	Se evaluó y analizó los factores de riesgo			
10.2	- Se aplicó el Score mamá cada 4 horas y se registro			
10.3	- Reevaluaron signos vitales y signos de alarma materno			
10.4	- Evaluaron factores de riesgo			
10.5	- Realizaron pruebas de bienestar fetal básicas con estetoscopio, Doppler fetal o campana de pinar			
10.6	- Realizaron exámenes complementarios y/o			

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo 17Guía de observación Score Mamá aplicada a las historias clínicas



UEB
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DEL SER HUMANO

	evaluación por interconsulta con especialista			
10.7	- Si el puntaje fue revertido se le envió a casa, agendaron próxima cita para seguimiento.			
11	A la valoración inicial la paciente tuvo un puntaje Score mamá 2 a 4			
11.1	- Aplicaron score mamá y su respectivo registro			
11.2	- Reevaluaron signos vitales y signos de alarma			
11.3	- Se dio un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico.			
11.4	- El médico tratante fue comunicado inmediatamente y valoró en máximo 30 minutos a la paciente.			
11.5	- Se preparó, activó y aplicó la clave azul, roja o amarilla según la emergencia presente.			
11.6	- Revirtió el puntaje Score mamá en una hora			
11.7	- Se refirió a establecimiento de mayor complejidad			
11.8	- La transferencia se realizó en compañía de un profesional de salud			
11.9	- Activaron la cadena de llamadas para comunicar al director del establecimiento, director distrital o coordinación zonal.			
12	- A la valoración inicial la paciente tuvo un puntaje Score mamá ≥5		✓	
12.1	- Aplicaron Score mamá cada 30 minutos y su respectivo registro		✓	
12.2	- Evaluó signos vitales más signos de alarma		✓	
12.3	- Se dio un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico		✓	
12.4	- El médico tratante fue informado y evaluó a la paciente en máximo 15 minutos		✓	
12.5	- Se alistó, activó y aplicó clave azul, roja o amarilla según la emergencia presente		✓	
12.6	- El puntaje Score mamá revirtió en 30 minutos		✓	
12.7	- Se realizó referencia a establecimiento de mayor		✓	✓

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo 18 Guía de observación Clave Roja

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

GUIA DE OBSERVACIÓN

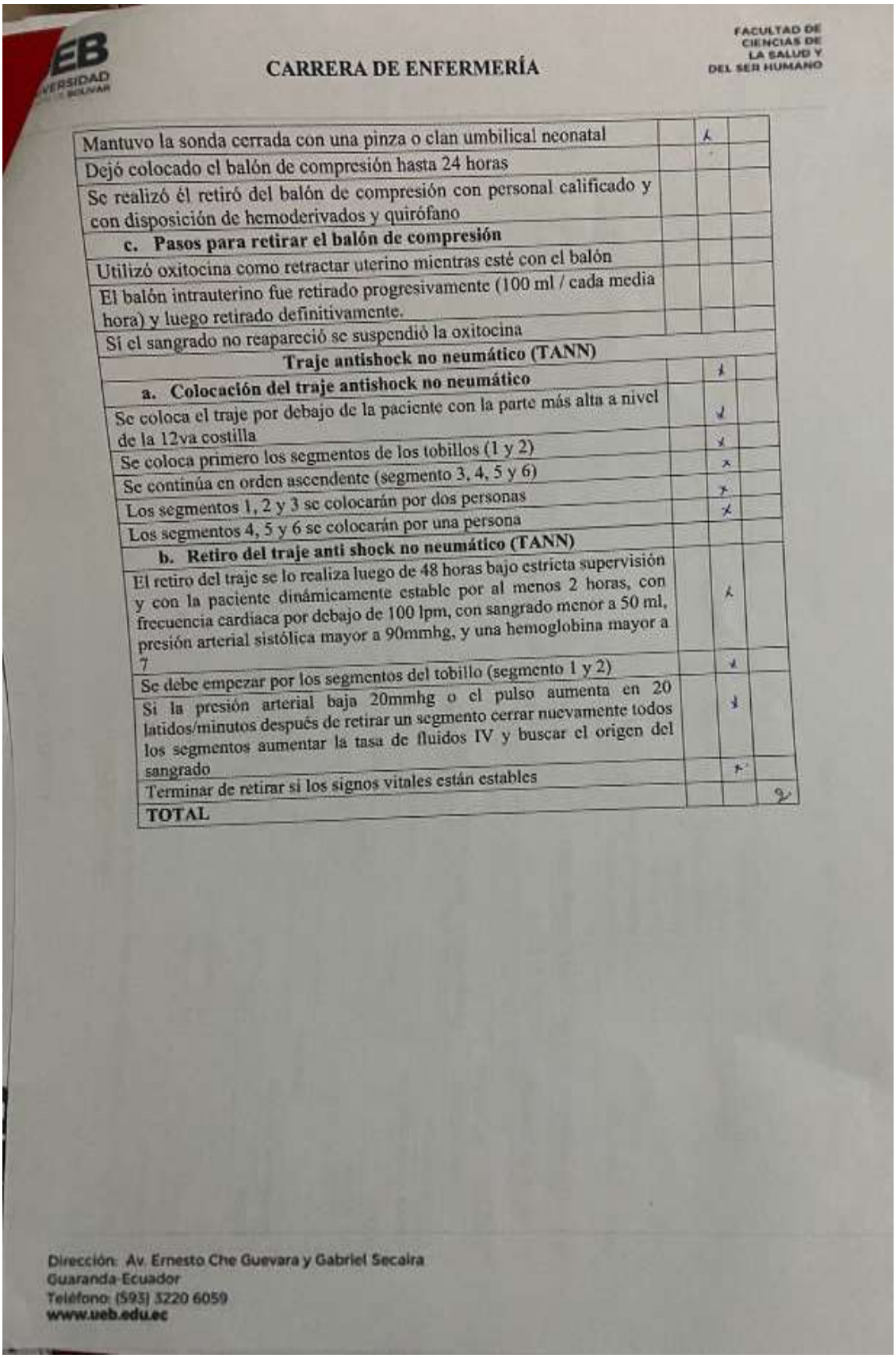
OBJETIVO: Determinar riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

CLAVE ROJA

Indicadores	%	Si	No
Kit clave roja			
a. Medicamentos			
Se administró Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 1000ml (1 funda)		x	
Se administró Lactato Ringer líquido parenteral 18000ml (9 fundas)		x	
Se administró Oxitocina líquido parenteral 10UI/ml (9 ampollas)		x	
Se administró Misoprostol sólido oral 200 mg (8 tabletas)		x	
Se administró Metilergometrina líquido parenteral 0,2 mg/ml (3 ampollas)		x	
Se administró Ácido tranexámico líquido parenteral 100 mg/ml (4 ampollas)		x	
Se administró Cefazolina solida parenteral 1g (3 viales)		x	
Protocolo de manejo clave roja			
a. Acciones a realizar			
Se realizó examen físico completo que incluía signos vitales completos y nivel de conciencia		x	
Se colocó traje anti shock no neumático		x	
Se proporcionó oxígeno suplementario		x	
Colocaron 2 accesos venosos con catéter N°16, N°18 o N°20		x	
Se obtuvo muestras de sangre para realizar exámenes de laboratorio		x	
Iniciaron reposición de líquidos en infusión rápida con cristaloides para que la presión arterial sistólica suba sobre 90 mmhg		x	
En caso de haber presentado shock severo la paciente: Se transfundió 2 concentrados de glóbulos rojos previa realización de pruebas cruzadas o 2 unidades de ORh negativo		x	
Se colocó sonda vesical con bolsa de recolección		x	
Se mantuvo abrigada a la paciente		x	
Activaron la red para transferir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad			x
b. Exámenes de laboratorio complementarios			
Se realizó exámenes de: Biometría hemática, Pruebas cruzadas, Tiempos de coagulación fibrinógeno, Función renal y hepática, Electrolitos, Gasometría		x	
Se realizó prueba de coagulación junto a la cama (tubo rojo 10ml)			x
c. Acciones a realizar según la causa de la hemorragia (4T)			
1. T: Atonía uterina		x	

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo 19 Guía de observación clave roja aplicada a las historias clínicas



UNIVERSIDAD ESTATAL BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

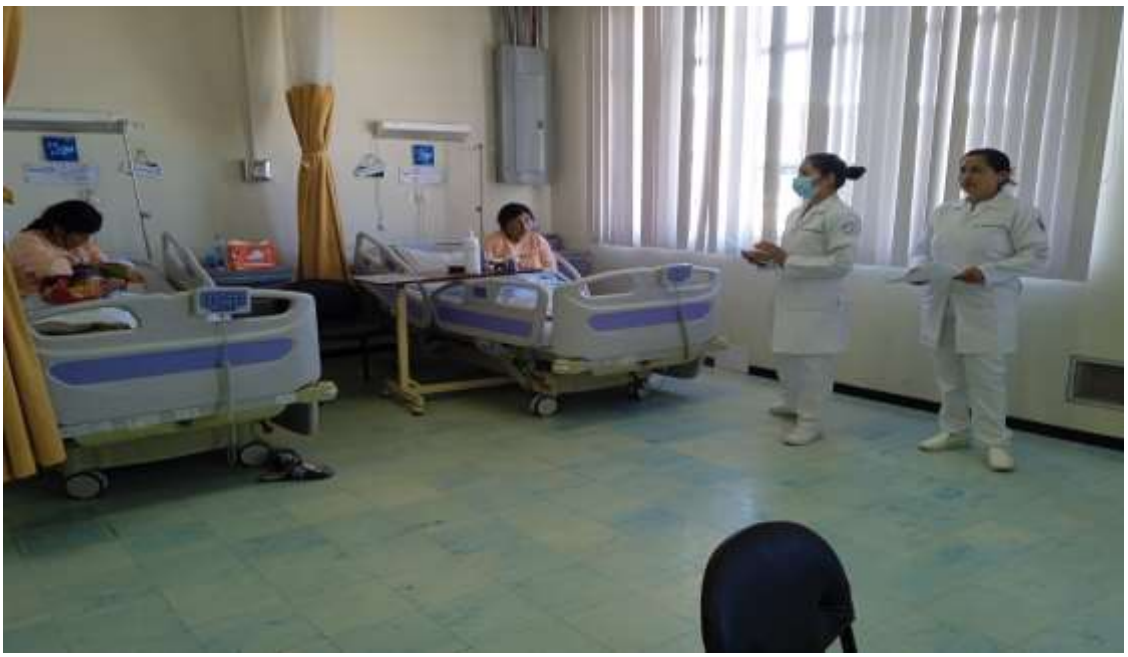
Mantuvo la sonda cerrada con una pinza o clan umbilical neonatal		X	
Dejó colocado el balón de compresión hasta 24 horas			
Se realizó él retiró del balón de compresión con personal calificado y con disposición de hemoderivados y quirófano			
c. Pasos para retirar el balón de compresión			
Utilizó oxitocina como retractar uterino mientras esté con el balón			
El balón intrauterino fue retirado progresivamente (100 ml / cada media hora) y luego retirado definitivamente.			
Si el sangrado no reapareció se suspendió la oxitocina			
Traje antishock no neumático (TANN)			
a. Colocación del traje antishock no neumático		X	
Se coloca el traje por debajo de la paciente con la parte más alta a nivel de la 12va costilla		X	
Se coloca primero los segmentos de los tobillos (1 y 2)		X	
Se continúa en orden ascendente (segmento 3, 4, 5 y 6)		X	
Los segmentos 1, 2 y 3 se colocarán por dos personas		X	
Los segmentos 4, 5 y 6 se colocarán por una persona		X	
b. Retiro del traje anti shock no neumático (TANN)			
El retiro del traje se lo realiza luego de 48 horas bajo estricta supervisión y con la paciente dinámicamente estable por al menos 2 horas, con frecuencia cardiaca por debajo de 100 lpm, con sangrado menor a 50 ml, presión arterial sistólica mayor a 90mmhg, y una hemoglobina mayor a 7		X	
Se debe empezar por los segmentos del tobillo (segmento 1 y 2)		X	
Si la presión arterial baja 20mmhg o el pulso aumenta en 20 latidos/minutos después de retirar un segmento cerrar nuevamente todos los segmentos aumentar la tasa de fluidos IV y buscar el origen del sangrado		X	
Terminar de retirar si los signos vitales están estables		X	
TOTAL			9

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo 20 Capacitación con el personal de enfermería del HANM sobre el Score Mamá



Anexo 21 Capacitación con las usuarias que asisten al HANM sobre las medidas preventivas de los riesgos obstétricos



Anexo 22 Registro de asistencia de las usuarias

REGISTRO DE ASISTENCIA

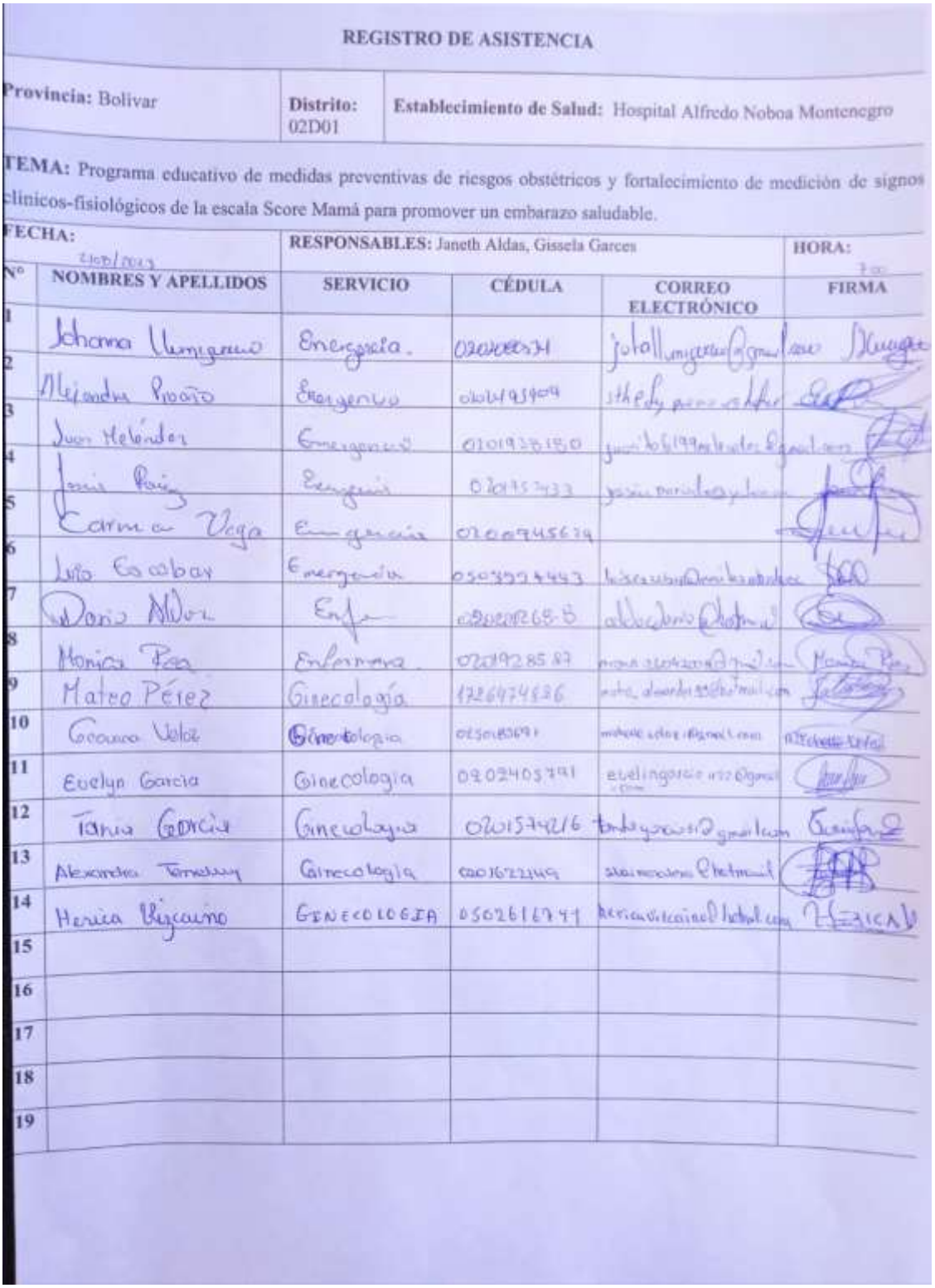
Provincia: Bolívar	**Distrito:** 02D01	**Establecimiento de Salud:** Hospital Alfredo Noboa Montenegro

TEMA: Programa educativo de medidas preventivas de riesgos obstétricos y fortalecimiento de medición de signos clínicos-fisiológicos de la escala Score Mamá para promover un embarazo saludable.

FECHA: 1/08/2023	**RESPONSABLES:** Janeth Aldas, Gissela Garces			**HORA:** 9:00

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO	CÉDULA	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Arely Fernada	Ginecoobstetricia	0201958865		[illegible]
2	Cuí Manobanda	Ginecoobstetricia	0201186574		[illegible]
3	Elsa Coles	Ginecoobstetricia	0250102282		[illegible]
4	Melania Ramos	Ginecoobstetricia	0941358046		[illegible]
5	Alejandra Maliza	Ginecología	0202695969		[illegible]
6	Micaela Bonilla	Ginecología	0202205886		[illegible]
7	María Sisalema	Ginecoobstetricia	0250190949		[illegible]
8	María Quishpe	Ginecoobstetricia	1851064616		[illegible]
9	María Pomina	Ginecología	0201196775		[illegible]
10	Alexandra Caia	Ginecología	0202238135		[illegible]
11	Nelly Lisbeth Chimbo	Ginecología	0202705450		[illegible]
12	Carmen Rosana Jimenez	Ginecología	0201912128		[illegible]
13	Josselin Quinatoa	Ginecología	0202039061		[illegible]
14	Giuseppina María	Ginecología			María Giuseppina
15	Elisa Estrada	Ginecología			[illegible]
16	Ligia Sanchez	Ginecología	0202439006		[illegible]
17	Kimberly Chicaiza	Ginecología	0202169009		
18	Rosa Chimbolema	Ginecología	0250148616		[illegible]
19	[illegible]	Ginecología			[illegible]

Anexo 23 Registro de asistencia del personal de enfermería capacitado



REGISTRO DE ASISTENCIA

Provincia: Bolivar	**Distrito:** 02D01	**Establecimiento de Salud:** Hospital Alfredo Noboa Montenegro

TEMA: Programa educativo de medidas preventivas de riesgos obstétricos y fortalecimiento de medición de signos clínicos-fisiológicos de la escala Score Mamá para promover un embarazo saludable.

FECHA: 2/08/2023	**RESPONSABLES:** Janeth Aldas, Gissela Garces			**HORA:** 7:00

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO	CÉDULA	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Johanna Llumiguano	Emergencia.	0202080534	jotallumiguano@gmail.com	[illegible]
2	Alejandra Proaño	Emergencia	0202495409	[illegible]	[illegible]
3	Juan Meléndez	Emergencia	0201938180	[illegible]	[illegible]
4	Josie Ruiz	Emergencia	0201757433	[illegible]	[illegible]
5	Carmen Vega	Emergencia	0200945679		[illegible]
6	Luis Escobar	Emergencia	0503994443	[illegible]	[illegible]
7	Dario Aldas	Enfe	0202002658	[illegible]	[illegible]
8	Monica Rea	Enfermera	0201928587	[illegible]	[illegible]
9	Mateo Pérez	Ginecología	1726474836	[illegible]	[illegible]
10	Gracia Velez	Ginecologia	0250183691	[illegible]	[illegible]
11	Evelyn Garcia	Ginecologia	0202405791	evelingarcia[illegible]@gmail.com	[illegible]
12	Tania Garcia	Ginecologia	0201574216	[illegible]@gmail.com	[illegible]
13	Alexandra Tenesaca	Ginecologia	0201622149	[illegible]@hotmail	[illegible]
14	Herica Vizcaino	GINECOLOGIA	0502616741	hericavizcaino@hotmail.com	[illegible]
15					
16					
17					
18					
19					

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE RIESGOS **Objetivo:** Determinar riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.														
Línea	Score Mamá Claves obstétricas			**Sub - línea:**			Signos fisiológicos y clínicos Clave roja, amarilla y azul Riesgos obstétricos							
Fecha	2023			**Base de datos**			Hospital Alfredo Noboa Montenegro							
Numero de archivo				**Tipo de archivo**										
Nombres				**Apellidos**			**Edad**							
Provincia				**Cantón**				**Procedencia**						
Etnia							**Escolaridad**							
Fecha de nacimiento				**Estado civil**				**AGO:**	**G:**	**P:**	**C:**	**A:**		
CIE de ingreso														
Presión arterial		**Temperatura**		**Saturación**		**FC**	**FR**	**Proteinuria**		**Estado de conciencia**		**Score Mamá**		
Sistólica	**Diastólica**													
Semanas de gestación						**Antecedentes patológicos**								
Riesgos obstétricos		**SI**	**NO**	**Riesgo Bajo**			**Alto Riesgo**			**Riesgo Inminente**				
Signos de alarma				Condiciones socioeconómicas (pobreza, desempleo, analfabetismo)			Anemia			Amenaza de parto pretérmino				
Sangrado vaginal				Controles insuficientes			Embarazo múltiple			Cardiopatías				
Pérdida de líquidos o secreción vaginal				Edad extrema ≤ 19 años o ≥ 35 años			Enfermedades crónicas no transmisibles			Diabetes gestacional				

Tinitus (zumbido en los oídos)		Adolescentes menores de 15 años		Polihidramnios u oligoamnios		Hemorragia vaginal		
Cefalea (dolor de cabeza)		Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo		Epilepsia		Rotura prematura de membranas		
Visión borrosa		Gran multiparidad		Abortos espontáneos		SIDA clínico		
Edema de miembros superiores e inferiores		Incompatibilidad Rh		Enfermedades neuropsiquiátricas		Trastornos hipertensivos en el embarazo		
Nauseas		Infección de vías urinarias		Infección materna: HIV, Hepatitis B o C, HPV, Herpes		Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal		
Vómito		Periodo intergenésico menor de 12 meses		Historia obstétrica desfavorable: (partos prematuros, distocias)		Síndrome de Hellp		
Fiebre				Presentación anómala				
Hipotermia		Talla ≤ 145cm		Desnutrición y obesidad		Embarazo ectópico		
Convulsiones		Riesgo laboral		Asma				

Número de controles		**SI**	**NO**	**Periodo intergenésico**		**Cesárea de emergencia**		**SI**	**NO**
Muerte materna durante el proceso	**SI**	**NO**	**Correcta activación de clave obstétrica**					**SI**	**NO**
Activación de clave obstétrica	**SI**		**NO**		**ROJA**		**AZUL**		**AMARILLA**	

GUÍA DE OBSERVACIÓN

TEMA: Prevención de Muerte Materna a través de la medición de riesgos utilizando la escala de Score Mamá en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Período enero - abril 2023.

OBJETIVO: Determinar riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

ESCALA SCORE MAMÁ

N°	INDICADORES	%	SI	NO
1	Se tomó la frecuencia cardiaca			
2	Se tomó la presión arterial sistólica			
3	Se tomó la presión arterial diastólica			
4	Se tomó la frecuencia respiratoria			
5	Se tomó la saturación de oxigeno			
6	Se tomó la temperatura			
7	Se valoró el estado de conciencia			
8	Se tomó muestra de orina y se registró la proteinuria			
TOTAL				
PUNTUACIÓN SCORE MAMÁ Y ACTIVIDADES A REALIZAR				
9	La paciente en la valoración inicial tuvo un puntaje Score mamá 0			
9.1	Se evaluó y analizó los factores de riesgo, bienestar materno – fetal y signos de alarma			
10	La paciente en la valoración inicial tuvo un puntaje Score mamá 1			
10.1	Se evaluó y analizó los factores de riesgo			
10.2	- Se aplicó el Score mamá cada 4 horas y se registro			
10.3	- Reevaluaron signos vitales y signos de alarma materno			
10.4	- Evaluaron factores de riesgo			
10.5	- Realizaron pruebas de bienestar fetal básicas con estetoscopio, Doppler fetal o campana de pinar			
10.6	- Realizaron exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista			
10.7	- Si el puntaje fue revertido se le envió a casa, agendaron próxima cita para seguimiento.			
11	A la valoración inicial la paciente tuvo un puntaje Score mamá 2 a 4			

11.1	- Aplicaron score mamá y su respectivo registro			
11.2	- Reevaluaron signos vitales y signos de alarma			
11.3	- Se dio un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico.			
11.4	- El médico tratante fue comunicado inmediatamente y valoró en máximo 30 minutos a la paciente.			
11.5	- Se preparó, activó y aplicó la clave azul, roja o amarilla según la emergencia presente.			
11.6	- Revirtió el puntaje Score mamá en una hora			
11.7	- Se refirió a establecimiento de mayor complejidad			
11.8	- La transferencia se realizó en compañía de un profesional de salud			
11.9	- Activaron la cadena de llamadas para comunicar al director del establecimiento, director distrital o coordinación zonal.			
12	- A la valoración inicial la paciente tuvo un puntaje Score mamá ≥5			
12.1	- Aplicaron Score mamá cada 30 minutos y su respectivo registro			
12.2	- Evaluó signos vitales más signos de alarma			
12.3	- Se dio un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico			
12.4	- El médico tratante fue informado y evaluó a la paciente en máximo 15 minutos			
12.5	- Se alistó, activó y aplicó clave azul, roja o amarilla según la emergencia presente			
12.6	- El puntaje Score mamá revirtió en 30 minutos			
12.7	- Se realizó referencia a establecimiento de mayor complejidad			
12.8	- La transferencia se realizó en compañía de un profesional de salud			
12.9	- Activaron la cadena de llamadas para comunicar al director del establecimiento, director distrital o coordinación zonal.			
TOTAL				

GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO: Determinar riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

CLAVE ROJA

Indicadores	%	Si	No
Kit clave roja			
a. Medicamentos			
Se administró Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 1000ml (1 funda)			
Se administró Lactato Ringer líquido parenteral 18000ml (9 fundas)			
Se administró Oxitocina líquido parenteral 10UI/ml (9 ampollas)			
Se administró Misoprostol sólido oral 200 mg (8 tabletas)			
Se administró Metilergometrina líquido parenteral 0,2 mg/ml (3 ampollas)			
Se administró Ácido tranexámico líquido parenteral 100 mg/ml (4 ampollas)			
Se administró Cefazolina solida parenteral 1g (3 viales)			
Protocolo de manejo clave roja			
a. Acciones a realizar			
Se realizó examen físico completo que incluía signos vitales completos y nivel de conciencia			
Se colocó traje anti shock no neumático			
Se proporcionó oxígeno suplementario			
Colocaron 2 accesos venosos con catéter N°16, N°18 o N°20			
Se obtuvo muestras de sangre para realizar exámenes de laboratorio			
Iniciaron reposición de líquidos en infusión rápida con cristaloides para que la presión arterial sistólica suba sobre 90 mmhg			
En caso de haber presentado shock severo la paciente: Se transfundió 2 concentrados de glóbulos rojos previa realización de pruebas cruzadas o 2 unidades de ORh negativo			
Se colocó sonda vesical con bolsa de recolección			
Se mantuvo abrigada a la paciente			
Activaron la red para transferir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad			
b. Exámenes de laboratorio complementarios			
Se realizó exámenes de: Biometría hemática Pruebas cruzadas Tiempos de coagulación fibrinógeno Función renal y hepática Electrolitos Gasometría			
Se realizó prueba de coagulación junto a la cama (tubo rojo 10ml)			
c. Acciones a realizar según la causa de la hemorragia (4T)			
1. T: Atonía uterina			
Iniciaron masaje uterino o compresión vi manual permanente. Con guantes estériles el puño de una mano se coloca en la vagina presionando la cara anterior del útero con la otra mano se comprime a través del abdomen la cara posterior del útero			

Se administró uterotónicos si el caso lo ameritó - Oxitocina 10 UI/ml intramuscular (o 5 UI intravenoso lento) y 20 – 40 UI en 1000 ml de solución cristaloide en infusión intravenosa a 250 ml/h - Misoprostol 800 µg sublingual o vía oral u 800 µg vía rectal - Metilergonovina o ergonovina (en ausencia de preeclampsia) 0,2 mg IM, se puede repetir cada 2 a 4 horas, máximo 5 dosis (1 mg) en un periodo de 24 h			
Cedió la hemorragia luego de los masajes uterinos			
Se colocó balón de compresión uterina			
2. T: trauma del tracto genital			
Se realizó inspección visual de la cavidad			
Aplicaron presión			
Hubo inversión uterina			
Administración de uterotónicos			
Intentaron remover la placenta			
Se transfirió a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad			
3. T: retención placentaria			
4. T: Coagulopatía			
Se administró ácido tranexámico a dosis de 1 g IV luego cada 6 h si la paciente presento: - Hemorragia posparto secundaria a traumatismo de canal de parto - Sospecha trastornos de coagulación por historia clínica - Hemorragia posparto que no cede al manejo inicial con uterotónicos			
Se colocó balón de compresión uterina			
Se administró antibiótico profiláctico			
Balón de compresión intrauterino			
a. Materiales para armar el balón de compresión			
Condón masculino			
Catéter urinario N°16 o N°18 o sonda nélaton			
Solución salina 0,9% 500ml o 1000ml			
Sutura trenzada seda N°0 o N°1 o poliglactina			
Equipo de venoclisis			
b. Pasos para colocar el balón de compresión			
Amarró el condón masculino al catéter urinario con la sutura			
Realizó asepsia y antisepsia perineal y vaginal con yodopovidona			
Utilizó antibióticos profilácticos			
Insertó a través del cuello uterino			
Insufló el balón de compresión usando el equipo de venoclisis con 500 ml – 750 ml de solución salina 0.9%.			
Utilizó el balón de Bakri con volumen máximo de 500ml			
Mantuvo la sonda cerrada con una pinza o clan umbilical neonatal			
Dejó colocado el balón de compresión hasta 24 horas			
Se realizó él retiró del balón de compresión con personal calificado y con disposición de hemoderivados y quirófano			
c. Pasos para retirar el balón de compresión			
Utilizó oxitocina como retractar uterino mientras esté con el balón			

El balón intrauterino fue retirado progresivamente (100 ml / cada media hora) y luego retirado definitivamente.			
Sí el sangrado no reapareció se suspendió la oxitocina			
Traje antishock no neumático (TANN)			
a. Colocación del traje antishock no neumático			
Se coloca el traje por debajo de la paciente con la parte más alta a nivel de la 12va costilla			
Se coloca primero los segmentos de los tobillos (1 y 2)			
Se continúa en orden ascendente (segmento 3, 4, 5 y 6)			
Los segmentos 1, 2 y 3 se colocarán por dos personas			
Los segmentos 4, 5 y 6 se colocarán por una persona			
b. Retiro del traje anti shock no neumático (TANN)			
El retiro del traje se lo realiza luego de 48 horas bajo estricta supervisión y con la paciente dinámicamente estable por al menos 2 horas, con frecuencia cardiaca por debajo de 100 lpm, con sangrado menor a 50 ml, presión arterial sistólica mayor a 90mmhg, y una hemoglobina mayor a 7			
Se debe empezar por los segmentos del tobillo (segmento 1 y 2)			
Si la presión arterial baja 20mmhg o el pulso aumenta en 20 latidos/minutos después de retirar un segmento cerrar nuevamente todos los segmentos aumentar la tasa de fluidos IV y buscar el origen del sangrado			
Terminar de retirar si los signos vitales están estables			
TOTAL			

GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO: Determinar riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

CLAVE AZUL

Indicadores	%	Si	No
b. Medicamentos			
Se administró Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 100ml (1 funda)			
Se administró Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 500ml (1 funda)			
Se administró Sulfato de magnesio líquido parenteral 20% (13 ampollas)			
Se administró Hidralazina líquida parenteral 20mg/ml (2 ampollas)			
Se administró Nifedipina sólido oral 10 mg (5 tabletas)			
Se administró Gluconato de Calcio líquido parenteral 10% (1 ampolla) (antídoto) en caso de intoxicación			
Se administró Diazepam líquido parenteral 5 mg/ml (1 ampolla)			
Protocolo de manejo CLAVE AZUL			
a. Acciones a realizar			
Se identificó al paciente con signos de gravedad.			
Si la paciente presentó convulsiones, realizaron medidas de protección y permeabilidad de vía aérea.			
Se activó la clave azul y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad			
Realizó examen físico completo incluido signos vitales completos, especialmente la presión arterial.			
Realizó evaluación de la vitalidad fetal			
Se proporcionó oxígeno suplementario			
Se realizó aspiración de secreciones			
Fue necesario el uso de mascarilla laríngea por presentar alguna de las siguientes circunstancias: - No recupera estado de conciencia post – convulsivo. - Presenta vómitos y convulsiones. - Tiene una escala de Glasgow menor de 9.			
Se colocó dos accesos venosos con catéter N°16, N°18 o N°20.			
Se colocó catéter urinario con bolsa de recolección.			
Se inició dosis de impregnación con sulfato de magnesio: • Preclamsia: 4g IV en 20 minutos • Eclampsia: 6g IV en 20 minutos			
Continuaron con mantenimiento de sulfato de magnesio: • Preclamsia:1g/hora en infusión continua • Eclampsia: 2g /hora en infusión continua			
Si se presentó toxicidad por el sulfato de magnesio, aplicaron gluconato de calcio al 10%, 1g por vía intravenosa en 10 minutos.			
Se inició terapia antihipertensiva si la PAS ≥ 160 mmHg y PAD ≥ 110 mmHg con: - Nifedipina: 10mg oral cada 20 0 30 minutos. - Hidralazina 5mg intravenoso, si la presión arterial diastólica (PAD) no disminuía se continua dosis de 5 a 10mg cada 20 a 30 minutos en bolos.			

Si presentó convulsiones recurrentes: se adicionó un bolo de 2g de sulfato de magnesio en 20 minutos.			
Si posterior al bolo de sulfato persistieron las convulsiones se administró: - Diazepam 5 a 10mg intravenoso cada 5-10 minutos			
Se administró maduración fetal en embarazo entre las 24 y 34 semanas 6 días.			
Revaloraron a la paciente cada 15 minutos:			
Se controló y registró signos vitales (Score mamá), frecuencia cardíaca fetal y reflejos osteotendinosos.			
Se controló y registró la diuresis			
Evaluó continuamente la presencia de signos de gravedad			
Interpretó el resultado de exámenes para descartar o diagnosticar Síndrome HELLP			
Activaron la red para transferir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.			
b. Exámenes de laboratorio complementario			
Se realizó exámenes de: - Biometría hemática con recuento de plaquetas.			
- Creatinina, urea, ácido úrico, bilirrubinas, transaminasas (TGO, TGP), LDH y frotis sanguíneo.			
- Proteinuria en tirilla, relación proteinuria/creatinuria en orina al azar.			
c. Pruebas de bienestar fetal			
Registró cardiotocográfico o Ecografía obstétrica			
Protocolo de manejo del Síndrome de HELLP			
a. Acciones a realizar			
Identificó a la paciente con signos y síntomas sugestivos de HELLP			
Administró sulfato de magnesio			
La transfusión de plaquetas se realizó de acuerdo al cuadro clínico de la paciente			
TOTAL			

GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO: Determinar riesgo obstétrico mediante la aplicación de la escala de Score Mamá, en usuarias que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

CLAVE AMARILLA

Indicadores	%	Si	No
Medicamentos			
Se administró Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 1000ml (4 fundas)			
Se administró Cloruro de sodio líquido parenteral 0,9% 500 ml (1 funda)			
Se administró Dopamina líquido parenteral 50mg/ml (2ampollas)			
Se administró Norepinefrina líquida parenteral 1mg/ml (1 ampolla)			
Se administró Gentamicina líquido parenteral 80mg/ml (3 ampollas)			
Se administró Metronidazol líquido parenteral 500mg/ml (3 ampollas)			
Se administró Penicilina g cristalina sólido parenteral 5000000 (6 viales)			
Protocolo de manejo clave amarilla			
a. Acciones a realizar			
Identificó signos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por la presencia de 2 o más de las siguientes variables: - Temperatura mayor a 38 °C o menor a 36 °C - Frecuencia cardiaca mayor a 90lpm - Frecuencia respiratoria mayor a 20min - Glóbulos blancos mayor a 12000/ul o menor a 4000/ul			
En caso de sospecha de sepsis valoró: - Nivel de conciencia (Alterado) - Frecuencia respiratoria (taquipnea) - Presión arterial sistólica (hipotensa)			
Se activó clave amarilla			
Realizó examen físico completo que incluía signos vitales y nivel de conciencia			
Realizó monitoreo continuo de signos vitales cada 15 minutos			
Realizó valoración con escala de sepsis obstétrica para determinar si la paciente requirió manejo por UCI.			
Evaluó vitalidad fetal			
Proporcionó oxígeno suplementario			
Colocó 2 accesos venosos con catéter N°16, N°18 o 20			
Colocó catéter urinario con bolsa de recolección			
Se consiguió las metas de reanimación hemodinámica inicial a las 6 horas: - Presión arterial media ≥ igual que 65 mmhg - Gasto urinario ≥0.5 ml/kg/hora			
- Saturación venosa central mixta menor a 65% - Lactato sérico mayor a 2 mmol			
Inició administración de líquidos cristaloides			
Administró protector gástrico: omeprazol (40 mg)			
Se realizó los siguientes exámenes de laboratorio: - Biometría hemática completa con contaje de plaquetas			
- TP, TTP			
- Grupo sanguíneo y factor RH			
- Lactato sérico			

- Función renal y hepática			
- Glucemia			
- Fibrinógeno			
- Emo, urocultivo			
- Hemocultivos para anaerobios y aerobios (2 tubos)			
- Cultivo de nasofaringe y secreción vaginal			
- Gasometría arterial			
b. Administración de antibióticos			
Administró Esquema 1 Penicilina 5 000 000 IV cada 4 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas + Gentamicina 80 mg cada 8 horas			
Administró Esquema 2 Ampicilina/sulbactam 3gr IV cada 6 horas + Clindamicina 900mg cada 8 horas + Gentamicina 1,5 mg/kg IV y luego 1 mg/kg cada 8 horas			
Administró Esquema 3 Ceftriaxona 1g IV cada 12 horas + Metronidazol 500mg IV cada 8 horas O Clindamicina 600MG IV cada 6 horas			
Administró Esquema 4 Piperacilina/tazobactam 4,5g IV cada 6 horas			
Fue necesaria la administración de vasopresores por la hipotensión persistente			
Administró dopamina en infusión			
Administró norepinefrina en infusión			
c. Manejo del feto			
Si la paciente estuvo crítica: se consideró la extracción del feto			
TOTAL			

NIVEL DE CUMPLIMIENTO

Nivel de excelencia	91 – 100%
Nivel de cumplimiento significativo	85 – 90%
Nivel de cumplimiento parcial	75 – 84%
Nivel de cumplimiento mínimo	70 – 74%
Nivel de no cumplimiento	Por debajo de 70%

<u>Valor de las actividades realizadas durante el desarrollo del procedimiento</u> X 100 = IEG
Valor total esperado al realizar el procedimiento

- Porcentaje de cumplimiento se determina a partir del índice de eficiencia global

Document Information

Analyzed document	Tesis Prevención de Muerte Materna.docx (D172537541)
Submitted	8/2/2023 6:10:00 PM
Submitted by	
Submitter email	gigarces@mailes.ueb.edu.ec
Similarity	5%
Analysis address	mmosso.ueb@analysis.urkund.com

Sources included in the report

Entire Document

Hit and source - focused comparison, Side by Side

- Submitted text
  As student entered the text in the submitted document.
- Matching text
  As the text appears in the source.