

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**RIESGO OBSTÉTRICO SEGÚN SCORE MAMÁ EN GESTANTES Y
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO –
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL RENÉ TOCHE GROPPA ENERO A
OCTUBRE DEL 2019**

TESIS

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
MARTINEZ CALLALLI WENDY NAYDU**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO**

ICA – PERÚ

2019

ASESOR: Leveau Bartra Harry Raul

Agradecimiento a:

Principalmente a Dios por guiarme en todo este camino de mi vida profesional; a la Universidad San Juan Bautista por formarme profesionalmente; al Hospital Rene toche Groppo por permitirme realizar este trabajo y sobre todo por todas las enseñanzas que me brindaron, a mi asesor el doctor Leveau por su apoyo y ayuda para lograr culminar mi tesis

Dedicado a:

A mis padres por acompañarme en cada paso que doy, guiándome y apoyándome, con su inmensa sabiduría y amor; también a todas las personas que estuvieron involucradas en la realización de este trabajo de tesis.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes y puérperas atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019.

Material y método. Trabajo realizado en un Hospital en 232 gestantes que presentaron parto en dicho nosocomio y cuyos registros contengan los datos necesarios para clasificar a las gestantes según el Score Mamá.

Resultados. El 20.7% de gestantes a término tienen algún tipo de riesgo obstétrico, de los cuales 11.2% corresponden a hemorragias, 6.1% a hipertensión arterial y 3.4% a infecciones. Del total de gestantes a término que tuvieron riesgo obstétrico el 62.5% es leve, 22.9% grave y el 14.5% muy grave. El 11.1% de puérperas tienen riesgo obstétrico, de los cuales 3.4% corresponden a hemorragias, 3.1% a hipertensión arterial y 4.7% a infecciones. Del total de puérperas que tuvieron riesgo obstétrico el 42.3% es leve, 42.3% grave y el 15.4% muy grave. El 15.1% de gestantes a término que presentaron riesgo obstétrico mejoraron luego del parto dejando de tener riesgo obstétrico, mientras que 5.6% de gestantes sin riesgo obstétrico en la gestación a término pasaron a tener riesgo obstétrico en su puerperio inmediato.

Conclusiones. El Score mamá de utilidad en la clasificación del riesgo obstétrico de gestantes y puérperas, pues su uso facilita el manejo oportuno y eficaz de las complicaciones durante la gestación y puerperio inmediato.

Palabras clave. Riesgo obstétrico, Score Mamá

ABSTRACT

Objective: To determine the obstetric risk according to the SCORE MAMA classification in pregnant women and postpartum nurses treated in the department of Gineco - obstetrics of the René Toche Groppo hospital from January to October 2019.

Material and method. Work carried out in a Hospital in 232 pregnant women who presented birth in said hospital and whose records contain the data necessary to classify pregnant women according to the Mom Score.

Results 20.7% of full-term pregnant women have some type of obstetric risk, of which 11.2% correspond to hemorrhages, 6.1% to arterial hypertension and 3.4% to infections. Of the total term pregnant women who had obstetric risk 62.5% is mild, 22.9% severe and 14.5% very serious. 11.1% of postpartum women have obstetric risk, of which 3.4% correspond to hemorrhages, 3.1% to arterial hypertension and 4.7% to infections. Of the total of postpartum women who had obstetric risk 42.3% is mild, 42.3% severe and 15.4% very serious. 15.1% of full-term pregnant women who presented with obstetric risk improved after childbirth, ceasing to have an obstetric risk, while 5.6% of pregnant women without obstetric risk in term gestation became an obstetric risk in their immediate postpartum period.

Conclusions The Mom Score useful in the classification of obstetric risk of pregnant women and postpartum women, since its use facilitates the timely and effective management of complications during pregnancy and immediate postpartum.

Keywords. Obstetric Risk, Score Mom

INTRODUCCIÓN

Una de las metas del Ministerio de Salud Público, es lograr disminuir la mortalidad materna en el Perú con la aplicación de múltiples herramientas utilizadas en todo el mundo, es por ello que ha propuesto la aplicación de la estrategia “claves obstétricas”, teniendo como finalidad el tratamiento oportuno de enfermedades (que pueden ocasionar la muerte de la gestante, puérpera o recién nacido) con una reacción eficaz del personal sanitario. El protocolo es denominado “Score MAMÁ y claves obstétricas” que forma parte de la estrategia “Alarma obstétrica” en los que se incorporan lineamientos para el apoyo en la detección de riesgos obstétricos y el tratamiento de las principales urgencias ocurridas en la gestación, con dicho protocolo se busca estandarizar y agilizar la atención de las gestantes y puérperas, a través de la implementación y utilización de sistemas de respuestas rápidas conformado por 3 claves: roja, azul y amarilla. (1)

Aproximadamente hay 7,6 millones de muertes perinatales, de los cuales 4,3 millones son niños que mueren cada año en todo el mundo y 3,3 millones de fallecidos en su 1° semana de vida. De estos, el 98% ocurren en países subdesarrollados. En el Perú, desde la década de 1990 hasta la actualidad, la tasa de mortandad materna fue de 185 fallecimientos de madres por cada 100,000 nacimientos y la tasa de mortandad perinatal fue de 23.1 por cada 1,000 nacimientos vivos, colocando al Perú como uno de los países con más alta mortalidad materna de todo América Latina.(1) Perú se encuentra actualmente en un proceso de transición demográfica, con estimaciones del Instituto de Informática Estadística que muestran una disminución en la fertilidad y un aumento en la esperanza de vida al nacer. (2)

Por la importancia que tiene el tratamiento oportuno y eficaz de las gestantes en riesgo es que se diseña este estudio a fin desde determinar las características de las gestantes y puérperas según el riesgo que presentan al ser medidos utilizando el Score Mamá.

ÍNDICE

	Pág
CARATULA	
ASESOR	
ii	
AGRADECIMIENTO	
iii	
DEDICATORIA	
iv	
RESUMEN	
v	
ABSTRACT	
vi	
INTRODUCCIÓN	
vii	
ÍNDICE	
viii	
LISTA DE TABLAS	
xi	

LISTA DE GRÁFICOS

xii

LISTA DE ANEXOS

xiii

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

1

1.2. Formulación del Problema

2

1.2.1. Problema General

2

1.2.2. Problemas Específicos

3

1.3. Justificación

3

1.4. Delimitación del área de estudio

4

1.5. Limitaciones de la investigación

4

1.6.		Objetivos
4		
1.6.1.	Objetivo	General
4		
1.6.2.	Objetivos	Específicos
5		
1.7.		Propósito
5		
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO		
2.1.	Antecedentes	bibliográficos
6		
2.2.	Bases	Teóricas
11		
2.3.	Marco	conceptual
27		
2.4.	Hipótesis de la	Investigación
29		
2.4.1	Hipótesis	general
29		

2.5.				Variables
	29			
2.5.1.		Variable	de	estudio
	29			
2.5.2.		Variables	de	caracterización
	29			
2.6.		Definición	operacional	de términos
	30			

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.			Diseño	metodológico
	31			
3.1.1.-		Tipo	de	investigación
	31			
3.1.2.		Nivel	de	investigación
	31			
3.2.			Población	y muestra
	31			
3.2.1.				Población
	31			
3.2.2.				Muestra
	31			

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

32

3.3.1. Técnicas

32

3.3.2. Instrumentos

32

3.4. Diseño de recolección de datos

32

3.5. Procesamiento y análisis de datos

32

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

35

4.2. Discusión

40

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

43

5.2.

RECOMENDACIONES

44

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

45

ANEXOS

48

Matriz de operacionalización de datos

49

Matriz de consistencia

50

Instrumento

51

Base de datos

52

LISTA DE TABLAS

1. Riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes a término atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

35

2. Riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes a término atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

Según

gravedad

36

3. Riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en puérperas atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

37

4. Riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en puérperas atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019 Según gravedad

38

5. Evolución del riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en pacientes atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

39

LISTA DE GRÁFICOS

1. Frecuencia y tipos de riesgo obstétrico en gestantes según Score Mamá - Hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

35
2. Nivel de gravedad de las gestantes a término con riesgo obstétrico según Score Mamá - Hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

36
3. Frecuencia y tipo de riesgo obstétrico en puérperas según Score Mamá - Hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

37
4. Nivel de gravedad de las puérperas con riesgo obstétrico según Score Mamá - Hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019
Según gravedad

38
5. Evolución del riesgo obstétrico según SCORE MAMÁ en pacientes atendidas en el Hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

39

LISTA DE ANEXOS

- | | | |
|----------|--|----|
| 1. Anexo | 1. Matriz de operacionalización de las variables | 49 |
| 2. Anexo | 2. Matriz de consistencia | 50 |
| 3. Anexo | 3. Instrumento SCORE MAMA | 51 |
| 4. Base | de datos | 52 |

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Integrar un sistema de respuesta rápida como lo es el Score MAMÁ y claves obstétricas que tienen parámetros para la detección oportuna del riesgos obstétricos y el manejo de las emergencias obstétricas principales. (1)

En otros países la estrategia “Score MAMA” ha tenido resultados favorables, a través de tres estrategias: a) captaciones oportunas; b) la atención estandarizada a gestantes; y, c) eficiencia de la atención a gestantes; y tres actividades específicas: 1) detectar de manera oportuna a una gestante que está en riesgo obstétrico (Score MAMÁ); 2) implementar las medidas necesarias para que la intervención sea oportuna y eficaz; y, 3) Efectivizar la respuesta de redes y microredes.(2) La OMS, estima que al día mueren 830 mujeres por motivos asociados a la gestación y al parto, la mayor parte de estas muertes pudieron prevenirse y/o evitarse, es por ello que implementar Score mama ayudara al diagnóstico de las principales causas de mortalidad materna. (3)

La mortalidad materna ha ido disminuyendo en los últimos años esto es gracias a la atención oportuna antes, durante y después del parto así como los protocolos como el Score Mama y claves obstétricas el cual se ha ido incorporando en los organismos de salud con el propósito de llegar a los objetivos propuestos por el país la cual es disminuir la mortandad materna hasta menos de 70 cada 1000 nacimientos vivos del año 2016 al 2030.(4)

En las últimas dos décadas, las estrategias globales para reducir la mortalidad materna han sido relativamente exitosas, con estas muertes disminuyendo en un 47%, de las cuales el 44% ocurrió en América Latina. Existe la necesidad de tomar medidas intensivas a nivel nacional y mundial para lograr disminuir la mortalidad materna ya que está integrada en los llamados Objetivos del Milenio. Puesto que la maternidad es un

período de cambios fisiológicos que pueden ser riesgosos en la vida de una mujer, una maternidad libre de riesgo es un indicador de desarrollo humano.

Como lo mencionamos antes el embarazo y el parto son pasos fisiológicos, en los que se deben evaluar a tiempo los signos vitales que forman parte integral de la atención oportuna, ya que pueden indicar un riesgo de deterioro durante el embarazo o el posparto. La falta del reconocimiento oportuno de la alteración de la condición de madre es un reto para el sector salud.

La frecuencia de una complicación obstétrica es baja pero devastadora, para todas las personas involucradas como la madre, el hijo, su familia y también para el personal de salud que están al cuidado de la madre.

Las complicaciones de la gestación, parto y puerperio pueden estar asociadas a condiciones maternas directas, indirectas o incidentales.

El fallecimiento de una mujer gestante y/o del niño por complicaciones de su embarazo es la complicación obstétrica más extrema.

La alerta obstétrica consiste en puntuar cada función vital de la paciente que tiene valores según su compromiso, el Score Mamá es la que ayudara a medir la magnitud del problema y el diseño de la acción que deben cumplir los profesionales.

Es por lo expuesto que se realizó la clasificación de las patologías según el Score Mamá en el hospital René Toche Groppo de Chíncha en gestantes y puérperas atendidas desde enero a octubre del 2019.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes y puérperas atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019?
- ¿Cuál es el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en puérperas atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019?

1.3. Justificación

La gestación consta de procesos naturales fisiológicos, por lo que su atención debe estar orientada a que se desarrolle de la manera más natural posible y cuya culminación debe ser sin riesgos y fisiológico, con el uso correcto del Score Mamá y activación de las claves obstétricas se podrá detectar y evitar las complicaciones obstétricas.

Por ello la presente investigación favorecerá de manera directa a las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y puérperas y de manera indirecta al personal de obstetricia haciendo que se fomente la aplicación de estas estrategias que ayudaran a las mujeres en las etapas llenas de cambios y procesos adaptativos.

La investigación aportará información para tener una correcta aplicación de las estrategias de alarma obstétrica y la activación de las claves obstétricas ya que se debe proporcionar los conocimientos adecuados para los profesionales de la salud y de esa manera se optimizará la calidad de servicio.

Importancia

Con la investigación se pretende informar y concientizar a los profesionales de la salud sobre la valoración y utilización adecuada de estas herramientas como son el Score Mama y activación de las claves obstétricas, es por ello de suma importancia la implementación de una atención rápida, eficiente y estandarizada, así reafirmaremos el

compromiso de lograr cumplir con uno de los Objetivos del Milenio que es la reducción de muertes maternas en el Perú.

Viabilidad.

Este trabajo de investigación es viable porque se cuenta con el suficiente acceso de información teórica tanto de libros, revistas, internet, así como con los recursos económicos, materiales, humanos; además se dispone del permiso de los responsables del Hospital René Toche Groppo para conseguir los datos y casos necesarios para realizar el presente trabajo.

1.4. Delimitación del área de estudio

- Delimitación espacial. La investigación se desarrolló en el Hospital René Toche Groppo
- Delimitación temporal. El trabajo se llevó a cabo en noviembre sobre pacientes atendidos entre enero a octubre del 2019
- Delimitación social. El trabajo se realizó en Obstetricia sobre las gestantes a término y puérperas inmediatas.
- Delimitación conceptual. El estudio se limitó a conocer el riesgo obstétrico según la clasificación utilizando el SCORE MAMÁ

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones se refieren a que los resultados no son inferenciales para otras gestantes o puérperas atendidas en otros nosocomios.

1.6. Objetivos de la investigación

1.6.1. Objetivo General

- Determinar el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes y puérperas atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

1.6.2. Objetivos Específicos

Precisar el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

Precisar el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en puérperas atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

1.7. Propósito

Estratificar el riesgo de las gestantes a término y puérperas tratadas en el departamento de Ginecobstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019 según la clasificación el SCORE MAMÁ.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes bibliográficos

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Hurtado-Cabezas, J. Impacto del score mamá en la identificación y manejo oportuno de la complicación obstétrica en embarazada y puérperas atendida en el hospital Matilde Hidalgo de Procel 2017-2018. Guayaquil-Ecuador. Resultados: comprobando realización de proteinuria 92.7% y la toma de signos vitales en un 95.4%. En la investigación al aplicar el Score Mamá se identificó y categorizó el riesgo en la gestación en un 78.90% siendo la hipertensión el principal motivo de morbimortandad con 89.90%. Se identificó el resultante neonatal favorable, obteniendo recién nacidos con llanto espontáneo al nacer en un 88.1% y sin necesidad de recibir cuidados intensivos en un 85.3%.⁽⁵⁾

Linares-Rivera, C. Estudio del score mama en pacientes embarazadas con complicaciones clave azul, roja y amarilla atendidas en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor en el periodo 2016. Guayaquil – Ecuador. Resultados: Se estudiaron 250 mujeres embarazadas, se calculó factores de riesgo, puntuaciones del score mama, historias clínicas Conclusiones: La aplicación del SCORE MAMA, en las con gestación mayor de 20 sem. de embarazo es beneficioso para evitar un riesgo Obstétrico.⁽⁶⁾

Valencia-Solórzano, W. Valoración del score mamá en pacientes hospitalizadas durante la gestación y puerperio. Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2017. Ecuador. Resultados: las complicaciones afectaron al 15% de mujeres, la calificación de alto riesgo aumenta 120 veces el riesgo de padecer alguna complicación obstétrica, la calificación de riesgo medio duplica el riesgo de complicaciones, sin embargo no se probó significancia estadística. Conclusión. La evaluación

del SCORE MAMÁ evidenció una relación importante y significativa con el desarrollo de complicaciones tempranas. (7)

Rodas-Rangles, P. Cumplimiento de parámetros para manejo de pacientes con pre eclampsia leve y severa, de la guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos del embarazo y su relación con el SCORE MAMÁ. Ecuador. Resultados: En el 76.75% de los pacientes no se pudieron demostrar que cumplieron completamente con los parámetros de las Guías de práctica clínica de 2015 para la hipertensión hipertensiva. Se destaca el puntaje de Score Mamá de 45.18%, seguido por 39.09% de controles de ingesta/eliminación, incluida la colocación de la sonda vesical. 32.99% de no cumplimiento de la guía sobre el manejo de crisis hipertensivas. Es de tener en cuenta que el 5.58% no aprobó todas las pruebas clínicas, el 34.52% aprobó todas las pruebas clínicas y el 59.9% aprobó parcialmente la serie. Conclusión: el 76.75% de los eventos médicos analizados no se precisaron en los registros médicos revisados, lo que indica un incumplimiento de las Guías de práctica clínica de 2015 para la Toxemia del embarazo y la hipertensión. (8)

Altamirano-López, C. Impacto del Score mamá en la mortandad materna en embarazadas de más de 20 semanas de gestación en emergencia del hospital Yerovi Mackuart en Salcedo. Ecuador. 2017. Resultados. Al aplicar el Score Mamá que tienen dentro de sus parámetros las funciones vitales, el estado de su conciencia y la proteinuria. Una vez obtenida la puntuación, categorizamos el riesgo obstétrico y clasificamos por colores siendo Azul para Trastornos Hipertensivos Gestacionales, rojo para Hemorragias y amarillo para Sepsis, lo que nos ayuda a identificación precoz de riesgo obstétrico y actuación inmediata para lo cual se tiene kits distribuidos por colores, completamente equipados para responder a las entidades clínicas diagnosticadas. Conclusiones. En nuestro estudio al aplicar el Score Mamá se ha identificado y categorizado tempranamente el riesgo obstétrico,

colocando a los eventos de hipertensión en la gestación con el motivo principal para mortandad de las madres.(9)

Quezada-Cevallos, M. Protocolo de Score mamá y claves obstétricas incide en la morbimortalidad materna fetales del centro de salud tipo B del Cantón Cevallos 2016 Ecuador. Resultados: Las mujeres embarazadas evaluadas según el uso inadecuado de protocolo Score mamá y claves obstétricas si incide en la morbimortandad materna en un (40%), el déficit de instrucción materna, también provoca la despreocupación en cada control del embarazo conllevando esto a aumentar la mortalidad. Conclusiones: El personal de salud presenta un déficit en la aplicación adecuada del Protocolo score mama y claves obstétricas.(10)

Lasso-Reyna, G. Cumplimientos del protocolo de manejo de pacientes con hemorragias obstétricas, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018, Cuenca. Resultados: en 2018 se realizaron 4776 partos. 230 (4.8%) tuvieron sangrado obstétrico, 51.3% ocurrió entre 18-25 años, 39.1% son solteras, 37.0% primigesta; materna 43.5%, embarazo a término 74.30%, cesárea 10% . Nueve acciones de manejo realizadas como urgente tuvieron un cumplimiento del 100%. 18 acciones durante la hospitalización: 7 de naturaleza clínica con falta de registros y 11 procedimientos quirúrgicos. 74.30% de cumplimientos. Para las evaluaciones de cumplimientos, se determinó que se tomaron las medidas aplicable en cada situación. Si falta, se consideró una violación. La excepción es cuando un artículo no se aplica. Conclusión: el cumplimiento del protocolo fue inferior a lo recomendado por el MINSA (91,6%).(11)

Navarro-León, L. Comparación de complicación obstétrica en gestantes tratadas con la aplicación del Score mamá y sin él, en el Hospital Binacional de Macará – Ecuador. En nuestro estudio se determinó que en el 2015 el factor de riesgo bajo es (22,79%); y en el 2016 (37,13%), riesgo alto 2015 (22,79%) y en el 2016 (13,37%), riesgo muy alto en el 2015 (0,47%) y en el

2016 (0.99%). Puntuación del SCORE MAMÁ, normal (88,12%), baja (7,43%), alta (2,97%) y muy alta (1,48%). La finalización del embarazo de los 105 casos durante en el 2015, fueron 78.10% por vía vaginal y 21.90% en cesárea, debido a causas maternas (60,87%) y a causas fetales (39,13%) y durante el año 2016 de los 79 casos, fueron 72,22% por vía vaginal y 22,78% en cesaría, por causas maternas (61,11%) y causas fetales (38,89%). Se concluye que complicaciones obstétricas se redujeron cuando se aplicó el Score Mamá. (12)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Florián-Valdivia, A. Evaluación de aplicaciones de guías de prácticas clínicas de emergencias obstétricas en el Centro de Salud Bellavista, Lima Callao 2015. Resultados: Del total de 175 referencias, 30 no se aplicaron al estudio y 30 de las 145 referencias restantes fueron diagnósticos que se analizaron. Posteriormente, nueve referencias (30.0%) excluyeron el aborto incompleto. Los diagnósticos más frecuentes fueron rotura temprana de las membranas (67 casos) y pre-eclampsias leves (48 casos). Solo 4 (2.9%) tratamientos médicos fueron según la guía. De las 175 referencias, 123 completaron partos vaginales sin complicación. Conclusión: La cantidad de referencia injustificada es muy alto, no solo es el uso inadecuado de los recursos estatales, sino también las consecuencias de la provisión y resolución institucional. Resultó que solo cuatro referencias se ajustaban a la guía. (13)

Cabanillas Lama de Pérez, M. Características epidemiológicas, obstétricas, patológicas y del proceso de atención de las muertes maternas evitadas. Hospital Belén de Trujillo, 2017 – 2018. Se determinó que las características patológicas más relevantes de fallecimientos de las madres evitadas fueron infecciones en el parto (65%), hipertensión (61%), hemorragia del tercer trimestre (46%). Conclusión. Las patologías principales que pueden ser prevenidas o motivo de derivación fue

sangrados (49%), los que más transfieren a los pacientes son las obstetras (76%), y son sobre todo por hemorragias (57%). (14)

Maúrtua-Blancas, N. Atenciones prenatales reenfocadas y complicaciones obstétricas en el parto en gestantes de 18 a 35 años en el hospital María Auxiliadora. San Juan de Miraflores: Lima 2017. Resultados: Solo el 5% (13 mujeres embarazadas) tenían APN enfocadas adecuadas y completas y resultó ser la única complicación obstétrica durante el trabajo de parto para el 15.4% los desgarros perineales. (Dos mujeres embarazadas). Por otro lado, el 95% (247 mujeres embarazadas) tenían una APN pobre e incompleta de atención reenfocada y encontraron varias complicaciones obstétricas. Las más frecuentes son las laceraciones perineales del 23,9% (59 mujeres embarazadas) y la anemia perinatal leve del 13%. (32 mujeres embarazadas). Conclusión: se ha demostrado que la relación entre la APN y las complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto tiene un nivel de significancia menor de 0.05.(15)

Díaz-Portillo. J. Características clínicas neonatales en hijos de madres con preeclampsia severa hospital nacional Dos de Mayo. Enero - diciembre 2015 Lima. Resultados: Entre las características sociodemográficas de las madres con enfermedad prenatal grave, según el nivel educativo, el 52,6% (30) de las madres tienen entre 19 y 29 años y el 57,9% (33) están en educación secundaria. Los convivientes representaron el 50,9% (29) de las madres. Características clínicas de los recién nacidos, el 66,7% de los recién nacidos tienen un peso adecuado con Apgar en 7-10 minutos para el 93% (53) recién nacidos y 7-10 minutos para Apgar en el 96% (55) recién nacidos. Capurro test adecuado para la edad del embarazo en 65,4% (39) recién nacidos. Entre las características ginecológicas y obstétricas de las madres con enfermedad prenatal grave, el 70,2% (40) tienen un número suficiente de controles prenatales, el 36,8% (21) en la primera gestación y el 66,7% (38) tiene una edad de embarazo completa. Las complicaciones neonatales más frecuentes el 50,9% (29) de los recién nacidos presentaba

ictericia neonatal. Conclusiones: Las complicaciones clínicas de los recién nacidos en hijos de madres con hipertensión severa fueron ictericia neonatal con 55,2% ictericia fisiológica y síndrome de dificultad respiratoria con síndrome ictérico en 62,7% de los casos 19 recién nacidos, que representan el 39% de los casos, eran inmaduros. (16)

2.1.3. Antecedentes Locales o Regionales

No se encontraron estudio en las bibliotecas de la región ni en la web relevantes.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. RIESGO OBSTÉTRICO

El control pre natal es simple y no requiere que una infraestructura costosa, eso se debe a que aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo. No obstante, hay problemas perinatales como inmadurez, asfixia perinatal, malformaciones congénitas e infecciones. Desde una perspectiva materna, sangrado obstétrico, infección, preeclampsia, enfermedad materna antes del embarazo. Necesita estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Definición: factor de riesgo es cualquier característica biológica o condición médica o social que aumenta la probabilidad de daño a la madre y/o el feto.

La morbimortalidad materna está asociada con mayor frecuencia a las hemorragias obstétricas, las infecciones, hipertensión desarrollada durante el embarazo y la enfermedad materna pregestacional.

Se han diseñado múltiples modelos utilizando los factores de riesgo a los que se le colocan las puntuaciones del que dependerá la asignación del nivel de atención para el control del embarazo ya sea en un puesto de salud (primer nivel), un hospital (segundo nivel) o un hospital especializado (tercer nivel).

La evaluación del estado materno comienza con un historial personal y familiar de patología médica que pueden afectar negativamente el embarazo. Del mismo modo, se recopilan historias obstétricas previas, en particular las de bebés con bajo peso al nacer, macrosomía, muertes perinatales y malformaciones congénitas.

Según la lista de factores obstétricos y la estandarización o normalización de los comportamientos relacionados con el riesgo de los pacientes y la vigilancia médica, los pacientes se dividieron en tres categorías según el riesgo.

Alto. Los pacientes que fueron hospitalizados para controlar su condición y tuvieron que descansar por completo con una vigilancia médica rigurosa por ejemplo, en el caso de eclampsia representan del 20.0% al 30.0% del total, pero representan más del 80% de los embarazos con resultados adversos.

Mediano Pacientes que pueden ser monitoreados de forma ambulatoria pero requieren citas médicas más alertas o más frecuentes (p. Ej., En el caso de una muerte fetal previa).

Bajo. Pacientes que pueden controlarse con un poco de atención e indicaciones especiales, y un control médico prenatal sin riesgos (p. Ej., En casos de gran paridad y cesárea repetida).

Los pacientes con complicaciones durante el parto fueron clasificados como de alto riesgo.

2.2.2. SCORE MAMA

Definición Score Mama

Es una herramienta que se utiliza en pacientes obstétricas para calificar y determinar la existencia de riesgo de una patología obstétrica. Es principalmente relevante para el primer nivel de atención médica (17)

Parámetros del Score Mamá:

- Frecuencias respiratorias.
- Presión arterial: Sistólicas y diastólicas.
- Frecuencias cardiacas.

- Temperaturas.
- Nivel de O₂.
- Proteinurias.

Frecuencia respiratoria

Durante el embarazo, El aumento de tamaño del útero produce el desplazamiento de múltiples órganos. El crecimiento uterino, por ejemplo, cambia la posición del diafragma y el tórax, y aumenta a su alrededor a medida que el diafragma se eleva. Estos cambios también se manifiestan en la sensación subjetiva de falta de aliento (disnea). Esta es una de las razones por las cuales las mujeres embarazadas consultan con frecuencia en una emergencia.

Las hormonas del embarazo también causan cambios en el tracto respiratorio, y la resistencia puede aumentar o disminuir en diferentes regiones. Además, debido a los efectos de estas hormonas, las membranas mucosas que recubren el tracto respiratorio se vuelven muy vasculares, promoviendo el sangrado, especialmente de la nariz, molestias en la garganta y cambios en la voz.

Estos cambios en el sistema respiratorio (anatómico y fisiológico) también resultan en cambios en el nivel de equilibrio ácido-base en mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas son propensas a la alcalosis respiratoria, ya que la respiración excesiva elimina el exceso de CO₂. Esto es beneficioso para estimular el centro respiratorio de las mujeres embarazadas. Por otro lado, esta hiperventilación en mujeres embarazadas puede causar mareos y desmayos constantes en mujeres embarazadas, pero también ayuda a los futuros bebés a recibir más oxígeno.

La frecuencia de las respiraciones son la cantidad de respiración que una persona toma en un minuto, medida mientras la persona está en reposo, y consiste simplemente en contar el movimiento de la caja torácica en un minuto de respiración. La fiebre, la enfermedad y otras afecciones médicas pueden aumentar los niveles. Al medir la respiración, también es importante observar si el paciente tiene disnea.

la frecuencia respiratoria de una mujer embarazado es de 12- 20 respiraciones por minuto y debe evaluar durante 60 segundos luego de la evaluación de la frecuencia cardíaca. Cuando una mujer nota su medida de respiración, su frecuencia respiratoria cambia. Para una técnica adecuada para medir la frecuencia respiratoria, debe simular una adquisición de frecuencia cardíaca. (18)

Presión arterial

El sistema cardiovascular pasa por cambios significativos relacionados al embarazo. Estos cambios son mecanismos adaptativos que responden al aumento de las demandas metabólicas de las mujeres embarazadas y los fetos y aseguran la circulación adecuada en el útero para el crecimiento y desarrollo fetal.

Algunas patología maternas como la preclampsia y el retraso en el crecimiento uterino pueden ser causadas por los cambios hemodinámicos insuficientes. Uno de los motivos fundamentales de la mortalidad materna es la enfermedad cardiovascular esto es debida a la falta de adaptación materna a los cambios fisiológicos que puede revelar una patología cardíaca subyacente que anteriormente era silenciosa.

Tomar la presión arterial de manera correcta es muy importante para evitar la morbimortalidad maternas y perinatales.

La presión arterial (PA) es medida con el tensiómetro que consta de una zona inflable que se coloca en el brazo sobre la cara interna y el estetoscopio cuya campana se coloca a nivel de la flexura del codo en la parte interna, si la mujer es obesa debe utilizarse tensiómetros adaptados para dichos pacientes.(18)

Frecuencia cardiaca

El corazón sufre a los cambios adaptativos producidos por el embarazo, aumenta la frecuencia cardíaca y disminuye la presión arterial. El aumento de tamaño y por ende el aumento de peso del útero disminuye la circulación

lo que impide el retorno venoso. Como consecuencia a estos cambios las mujeres embarazadas sufren de trombosis venosa profunda.

La frecuencia cardíaca aumenta durante el embarazo siendo su punto máximo en el segundo trimestre, siendo el único parámetro, en comparación con los anteriores, que aumentará de forma gradual durante todo el embarazo, alcanzando su punto máximo al final del embarazo. El cambio general en la frecuencia cardíaca es de 20% a 25% mayor que antes del embarazo.

La evaluación de la frecuencia cardíaca en adultos se debe realizar en la arteria radial en el canal del pulso. El pulso braquial se usa para medir la presión sanguínea, las arterias carótidas y femorales se pueden palpar en caso de colapso y no se puede detectar el gasto cardíaco en la circulación periférica. La arteria radial debe palparse con los dedos índice y medio en 30 segundos, duplicando si la velocidad es regular, y 60 segundos si la velocidad es irregular.

La frecuencia cardíaca (FC) debe tomarse de preferencia de manera manual y no con oxímetros de pulso, puesto que si la mujer tiene bradicardia o taquicardia podría ser una lectura errada si es de manera electrónica y deberá ser evaluada de forma manual. La frecuencia cardíaca normal varían entre 60 a 100 latidos por minuto, si se encuentra alterado es un signo básico que podría indicar una patología subyacente. (19)

Saturación de oxígeno

La saturación de oxígeno, es la proporción de hemoglobina oxigenada, si esta se altera es uno de los signos de sufrimiento fetal ya que la madre no lograra oxigenar de manera eficaz a través del cordón umbilical al feto.

La madre puede recibir oxígeno adicional a través de una máscara para aumentar el oxígeno disponible para el feto (administración de oxígeno).

Todas las mujeres se miden regularmente y se presta más atención a las siguientes situaciones:

- Su frecuencia respiratoria está por encima de los parámetros normales.
- Cuando las condiciones médicas / obstétricas, como enfermedades respiratorias, requieren mediciones continuas de saturación de oxígeno.

La precisión de la medición depende del flujo sanguíneo adecuado a través de la luz vascular. Esto significa que si una mujer embarazada está en riesgo, los resultados de SpO2 pueden ser inexactos o imposibles de obtener.

SpO2 está documentado como un porcentaje, su parámetro normal es 94 a 100% SpO2 (20)

Temperatura corporal

Las mujeres embarazadas tienen un sistema de termorregulación mucho más eficiente que las mujeres no embarazadas. Este sistema protege al feto del aumento dañino de la temperatura. Algunos estudios han demostrado que elevar continuamente la temperatura del cuerpo materno en más de 1.5 ° C puede presentar un riesgo grave para el desarrollo embrionario y fetal, especialmente cuando ocurre durante el embarazo temprano.

Es importante que las mujeres embarazadas mantengan una hidratación adecuada y una buena hidratación durante y después del ejercicio sin ninguna actividad deportiva que cause sobrecalentamiento físico.

La temperatura debe tomarse en un lugar apropiado de acuerdo con las pautas locales.

Temperatura normal a nivel bucal es en la boca de 36°C y de de 35.6°C a 37,2°C, en la axila son los parámetros aceptados por el Score Mamá. Una disminución o incremento de temperatura puede ser signo de sepsis sobre todo si existen oscilaciones bruscas. (20)

Nivel de conciencia

Para evaluar el nivel de conciencia debe realizarse los siguientes parámetros:

- Alerta
- Responden ante estímulos verbales
- Responden a estímulos dolorosos

- No respuestas

Modificaciones en el estado de vigilia deben ser siempre tomadas en cuenta como signo de alguna alteración mayor pues la depresión del sistema nervioso es solo un signo de alguna patología de fondo.

Proteinuria

Se produce cuando la filtración renal es ineficiente (estos filtros contienen lo que es esencial para el cuerpo y descartan los innecesarios). La disminución de la tasa de filtración hace que los riñones no se retenga las macromoléculas y como resultado estas se excretan por la orina. Esta condición es causada por enfermedades que afectan directamente a los riñones u otros órganos involucrados en su función.

En las mujeres embarazadas, la presencia de proteinuria puede estar acompañada a hipertensión arterial lo que podría significar preeclampsia.

La proteinuria es uno de los parámetros que se encuentra dentro del Score MAMA, pese a no ser este un examen de diagnóstico definitivo, nos da una señal de alerta para profundizar más en la historia clínica del paciente.

SCORE MAMA

Parámetro	Puntaje							Parámetro	Puntaje parcial
	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	—	35.6-37.5	37.6-38.4	—	≥38.5	T (°C) (*)	
Sat O ₂	≤ 85	86-89	90-93 ^(**)	94-100	—	—	—	Sat O ₂	
Estado de Conciencia	—	confusa / agitada	—	alerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria ^(***)	—	—	—	Negativo	Positivo	—	—	Proteinuria ^(***)	

Considerar que en la labor de parto los signos vitales podrían alterarse

(*) Temperatura axilar

(**) (90-93%) Sin oxígeno suplementario y saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0

(***) Se debe realizar proteinuria sobre las 20 semanas de gestación.

(****) La frecuencia cardíaca y la respiratoria deben contabilizarse en un minuto completo.

Acciones a realizarse en los centros de salud y hospitales.

Establecimientos Tipo C y hospitales básicos	
Puntaje	Pasos a Seguir
0	Evaluar y analizar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma
1	Evalúe y analice factores de riesgo
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique el Score MAMÁ c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales. 3. Evalúe factores de riesgo y signos de alarma materna. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, Doppler fetal o campana de Pinar. 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista. 6. Si se revierte el puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (Agendar cita).
2-4	Trate y refiera según el caso
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique el Score MAMÁ c/ hora y registre 2. Evalúe signos vitales más signos de alarma. 3. Realice un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico. 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 el puntaje en una hora, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad, dependiendo del tipo de complicación obstétrica. 7. Transfiera (acompañada de un profesional de salud según el caso) 8. Active cadena de llamadas: comunique al Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Coordinador Zonal. 9. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.
≥ 5	Trate y refiera según el caso
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score MAMÁ c/ 30 minutos y registre. 2. Evalúe signos vitales más signos de alarma 3. Realice un diagnóstico primario basado en el cuadro clínico. 4. Comunique al médico tratante, quien debe evaluar a la paciente en máximo 15 minutos. 6. Aliste, active y aplique CLAVE AZUL, ROJA o AMARILLA según sea el caso. 7. Si no revierte puntaje en 30 minutos, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad dependiendo del tipo de complicación obstétrica. 8. Transfiera acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior según el caso. 9. Active cadena de llamadas: comunique al director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Coordinador Zonal 10. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.

2.2.2. CLAVES OBSTÉTRICAS.

Forman parte del sistema de respuesta rápida, que nos ayuda a identificar una alarma obstétrica según el tipo de evento que estamos enfrentando, está

formado por trabajadores de la salud capacitados en las 3 claves obstétricas, que con un trabajo coordinado se busca prevenir la muerte materna.

Dentro de la recomendación del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, para del cuidado obstétrico se encuentran:

- Implementar el sistema de respuesta rápida para una alarma obstétrica.
- Utilizar protocolos que sean eficaces y estandarizados.
- Instalar los kits de emergencias obstétricas en los lugares que se requieran.
- Aplicar un sistema de comunicación rápida y efectiva para la crisis.
- Realizar simulacros.

La realización de simulacros de manera periódica ayuda en la familiarización e indirectamente en la capacitación del personal de salud. La finalidad de las claves obstétricas es mejorar la calidad de la atención de casos de emergencia a través de la implementación de medidas para coordinar el trabajo de un equipo de profesionales de la salud. Esta estrategia mejora el trabajo en equipo frente a emergencias obstétricas a través del trabajo coordinado, la estandarización de protocolos y la capacitación continua basada en simulaciones y simulacros. (21)

Se han detectado las 3 patologías más frecuentes asociadas con la muerte materna y en base a eso se seleccionaron 3 claves obstétricas:

- CLAVE ROJA (Manejo de hemorragias)
- CLAVE AZUL (Manejo de hipertensiones arteriales severas)
- CLAVE AMARILLA (Manejo de sepsis)

Se debe protocolizar una forma de respuesta, es por ese motivo que todos los establecimientos de salud deben contar:

- Capacitación a los profesionales de la salud para la implementación de las claves obstétricas.
- Verificar que los kits obstétricos cuenten con todos los materiales y medicamentos necesarios para la activación de las claves obstétricas cuando se requiera.

- Compruebe si su instalación puede manejar claves obstétricas y defina el papel de cada profesional de la salud.
- De acuerdo con el sistema de activación por consenso: altavoz, alarma, campana

Comuníquese con todo el equipo de atención médica para encontrar la mejor manera de evitar interrupciones para el resto del paciente y la familia. Todos los miembros del centro de salud necesitan saber qué significa la "tecla roja, azul o amarilla" y cómo activarla.

Activación de cada clave

La activación de la clave la realiza el primer profesional médico que contacta a una mujer con una emergencia obstétrica. Esto garantiza que las partes lo escuchen sin tener que hacer múltiples llamadas en servicios de emergencia, salas, quirófanos, salas de partos, hospitalizaciones u otros servicios con pacientes embarazadas. Es necesario definir un mecanismo de activación rápido y eficiente. Altavoz, alarma o timbre, según el uso del establecimiento de salud (21)

El equipo de respuesta durante la activación de la clave se forma de acuerdo con la disponibilidad de cada centro de salud y su nivel de complejidad. Idealmente necesitas al menos dos personas siendo lo ideal un número de 4:

- Atención de primer nivel: 2 personas.
- Atención de segundo y tercer nivel: 2-4 personas.

Cada miembro del equipo tiene una función específica, especificada de la siguiente manera:

1. Coordinador
2. Asistente 1
3. Asistente 2
4. Circulación

CLAVE ROJA

Es para el manejo inmediato del shock hipovolémico de causas obstétricas este se puede aplicar en el primer, segundo y tercer nivel de establecimientos de salud, una vez logrado estabilizar a la paciente, referirla se lo requiere.

Conformación del equipo:

Coordinador (a): Es un profesional de salud capacitado en claves obstétricas, este será el que lidera al equipo. Deberá ubicarse en la parte inferior del paciente a nivel de la pelvis. Su función será:

1. Organizar y supervisar las funciones de asistentes y circulante. Indicar los pasos a seguir.
2. Evaluar los signos vitales y Score MAMÁ, la severidad del Shock hipovolémico y la administración para la reposición de fluidos.
3. Buscar las causas de las hemorragias, luego iniciar terapia.
4. Tomar decisiones de traslado
5. Ordenar la administración de fluidos, hemocomponentes
6. Evacuar vejiga
7. Brindar la información al familiar
8. Evaluar respuesta a la terapia.

Asistente 1: será un profesional de la salud que se está familiarizado y capacitado en claves obstétricas, se ubicará en la parte superior de la paciente y desempeñará las siguientes funciones:

1. Mencionar de manera clara y comprensible los procedimientos a seguir y brindando seguridad a la paciente.
2. Verificación de permeabilidad de vías aéreas.
3. Evaluar la frecuencia cardíaca, y respiratoria, la presión arterial, temperatura corporal, saturación de oxígeno y cuantificar la eliminación urinaria y registrarlo.
4. proporcionar oxígeno para mantener una saturación más de 90%.
5. Redactar los eventos de manera cronológica en la historia clínica.
6. Luego de la administración de fluidos, evaluar el estado de la paciente y comunicar al coordinador

7. Apoyar al coordinador para la realización de los procedimientos.
8. Evitar la hipotermia, cubriendo a la paciente.
9. Verificar que la paciente esté en decúbito lateral izquierda, si el embarazo esta más de 20 semanas. (22)

Asistente 2: debe ser un profesional de la salud familiarizado y entrenado en claves obstétricas, se deberá colocar a un costado de la paciente y desempeñar las siguientes funciones:

1. Abrir el KIT ROJO.
2. colocar los accesos a dos vías venosas con un catéter N°16 o 18, una en cada brazo. (De preferencia el brazo izquierdo será para la medicación y el brazo derecho manejo de fluidos)
3. Extraer sangre en tres tubos (tapa roja, lila y celeste), según disponibilidad para análisis.
4. Suministrar líquidos, hemocomponentes y medicamentos indicados por el coordinador del equipo.
5. Apoyar al coordinador para la realización de los procedimientos.
6. Realizar la prueba de coagulación.

Circulante: debe ser profesional de salud familiarizado y entrenado en claves obstétricas para desempeñar las siguientes funciones:

1. Dar aviso al laboratorio y al banco de sangre, según disponibilidad.
2. Tabular los tubos de las muestras de sangre y realizar las órdenes de laboratorio.
3. Asegurar que las muestras sean procesadas en el laboratorio.
4. Llamar a más personal se requiera del equipo.
5. Apoyar al coordinador para la realización de los procedimientos.
6. Informar a los familiares de la paciente.
7. Comunicar a la RED para la referencia si el establecimiento de salud no tiene capacidad resolutive del caso y transferencia si el caso lo amerita. (23)

CLAVE AZUL

Se activara para manejo de hipertensión arterial severo.

Organización del equipo:

Coordinador (a): deberá ser profesional de la salud capacitados en claves obstétricas, este será el encargado de liderar al grupo. Sus funciones son:

1. Organizar el equipo y supervisar al resto del equipo.
2. Establecer las conductas a seguir.
3. Evaluar los signos vitales y el Score mamá, hacer seguimiento al estado del paciente.
4. Valorar los criterios de severidad.
5. Evaluar el bienestar del feto.
6. Tomar la decisión de traslado o tratarlo según capacidad resolutive del centro sanitario.
7. Ordenar aplicaciones de los medicamentos y fluidos.
8. Brindar informaciones a familiares
9. Reconocer los signos de toxicidad para la administración de medicamentos.

Asistente 1: debe ser un profesional de la salud que se encuentre familiarizado y capacitado en claves obstétricas para desempeñar las siguientes funciones:

1. Explicar a la paciente los pasos a seguir y brindar seguridad.
2. Mantener permeable la vía aérea sobre todo cuando hay alteración de conciencia.
3. Administrar oxígeno suplementario hasta conseguir saturación mayor a 90% si lo requiere.
4. Informar al coordinador de equipo sobre el estado del paciente, luego de la administración de los medicamentos.
5. Apoyar con el coordinador del equipo en lo que se requiera.
6. Para evitar la hipotermia, se deberá cubrir a la paciente.
7. Verificar que gestante esté en decúbito lateral izquierda.
8. Redactar de manera cronológica la historia clínica.

Asistente 2: debe ser un profesional familiarizado y capacitados en claves obstétricas, estará al lado de la paciente y desempeñara las siguientes funciones:

1. Abrir el KIT AZUL
2. Tomar frecuencia cardiaca, respiratoria, presión arterial, temperatura corporal, saturación de oxígeno, y en un inicio proteinuria en tirilla si amerita, para calcular el Score mamá.
3. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N°16 o N° 18, una en cada brazo.
4. Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste)
5. Evacuar la vejiga
6. Suministrar líquidos y medicamentos por orden del coordinador.
7. Apoyar al coordinador del equipo.

Circulante: debe ser un profesional de la salud familiarizado y capacitado en claves obstétricas, este se colocará al lado izquierdo de la gestante, no obstante, su posición irá cambiando según las necesidades del coordinador del equipo.

1. tabular los tubos de las muestras de sangre y enviar las órdenes de laboratorio.
2. Asegurar que las muestras sean procesadas según disponibilidad.
3. Asegurar que los profesionales de la salud realicen de exámenes al lado de la cama, según disponibilidad.
4. Llamar más personal según requerimientos del coordinador
5. Ayudar al coordinador del equipo.
6. Informar a la familia del paciente.
7. Activar la Red para realizar la transferencia si el caso lo amerita. (24)

CLAVE AMARILLA

Se activara para manejo de sepsis y shock séptico

Organización del equipo:

Coordinador (a): deberá ser profesional de la salud capacitados en clave obstétrica, encargado de liderar al grupo. Sus funciones son:

1. Organizar el equipo
2. Definir conductas a seguir
3. Evaluar el grado de severidad según Score MAMÁ.

4. Identificar la causa del choque séptico.
5. Evacuar vejiga.
6. Tomar la decisión de traslado del paciente según la capacidad de resolución del centro asistencial.
7. Ordenar administración de antibióticos previo cultivo y antibiograma o de manera empírica hasta que se tenga resultados de sensibilidad antibiótica,
8. Brindar la información a familiares. (24)

Asistente 1: deberá ser un profesional de salud que se encuentre familiarizado y capacitado en claves obstétricas, se colocará en la parte superior de la paciente y desempeñará las siguientes funciones:

1. Brindar información a la paciente sobre los procedimientos a seguir.
2. Mantener permeable la vía aérea.
3. Administrar oxígeno suplementario para obtener una saturación mayor a 90%, si el paciente lo amerita.
4. Tomar la frecuencia cardiaca, respiratoria, presión arterial, temperatura corporal, oxigenosaturación, monitorear la diuresis y calcular el Score MAMÁ.
5. Registrar eventos en la historia clínica.
6. Informar al coordinador de equipo sobre el estado del paciente luego de la administración del paciente.
7. Colaborar con el coordinador del equipo en la revisión de la historia clínica.
8. Para evitar la hipotermia, cubrir al paciente.

Asistente 2: deberá ser un profesional de salud que se encuentre familiarizado y entrenado en claves obstétricas, se colocará a un lado de la paciente y desempeñara las siguientes funciones:

1. Abrir el KIT AMARILLO.
2. Asegurar el acceso de dos vías venosas con catéter N° 16 o 18, una en cada brazo. (de preferencia en el brazo izquierdo se administrará la medicación y en el brazo derecho el manejo de fluidos)
3. Extraer las muestras de sangre y muestras para cultivos, según sea la disponibilidad.
4. Realizar análisis de gases arteriales y electrolitos.

5. Realizar las órdenes de laboratorio y de imágenes.
6. Administrar líquidos y medicamentos indicados.
7. Ayudar al coordinador del equipo.

Circulante: Deberá ser un profesional de salud que se encuentre familiarizado y entrenado para desempeñar las siguientes funciones:

1. Tabular los tubos de las muestras de sangre y de cultivos.
2. Asegurar que las sean procesadas.
3. Asegurar que los profesionales del establecimiento de salud acudan para la realización de exámenes a lado de la cama, según disponibilidad.
4. Llamar personal si se requiere.
5. Ayudar al coordinador del equipo para la realización de un procedimiento.
6. Comunicar a los familiares sobre el estado de la paciente.
7. coordinar con la RED para transferir a la paciente si el establecimiento no tiene la capacidad resolutive. (25)(26)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Riesgo obstétrico. Una situación característica médica, obstétrica o sociodemográfica que puede aumentar la morbilidad y la mortalidad tanto en la población como en el feto durante el embarazo con respecto a la población general.

Gestantes. Mujer que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto.

Puérpera. Periodo de tiempo que va desde el momento en que se expulsa la placenta hasta las primeras 24 horas.

Atonía uterina: Útero que no se contrae para cohibir el sangrado

Claves obstétricas. Es un sistema coordinado para lograr disminuir las muertes maternas, teniendo una respuesta rápida o también llamado claves obstétricas.

Choque séptico: Es una falla producto de las alteraciones celulares y circulatorias producido por un proceso infeccioso, causando un síndrome multisistémico.

Eclampsia: Se produce cuando una gestando convulsiona, previamente con pre eclampsia

Hemorragia posparto (HPP): Es la Pérdida de sangre que puede causar inestabilidad hemodinámica, se dice que una pérdida superior a 500 ml para parto vaginal y 1000 ml para parto por cesárea.

Hipertensión durante el embarazo: Es cuando la mujer con más de 20 semanas de gestación, presenta una presión arterial sistólica ≥ 130 mmHg y / o presión arterial diastólica ≥ 80 mmHg, según el promedio de dos o más mediciones tomadas con al menos 10 minutos de diferencia con el mismo brazo.

Hipertensión severa durante el embarazo: presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y / o presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg, según el promedio de dos o más mediciones tomadas con al menos 15 minutos de diferencia con el mismo brazo.

Muerte materna evitable: Son aquellas que pueden evitarse mediante el uso oportuno de acciones correctivas a corto plazo.

Muerte materna obstétrica directa: muerte materna por embarazo, complicaciones de maternidad al nacer o parto, intervención, abandono, tratamiento incorrecto o una serie de eventos resultantes de cualquiera de las situaciones mencionadas.

Muerte materna obstétrica indirecta: Son aquellas debido a una enfermedad preexistente antes del embarazo. Esto no tiene nada que ver con causas obstétricas directas, pero puede verse afectado por los efectos fisiológicos del embarazo, el parto o la puerperio.

Preeclampsia (preeclampsia sin signos de enfermedad): hipertensión gestacional sin criterios de gravedad o afectación de órganos blancos.

Pre eclampsia grave (enfermedad preec-eclampsia con signos graves): hipertensión gestacional con criterios de severidad y / o afectación de los órganos blancos.

Proteinuria: Es la presencia de proteínas séricas en orina.

Score mamá: Es una herramienta de para la puntuación de signos vitales y así reconocer una advertencia temprana durante el embarazo basada en indicadores fisiológicos, dirigida a la identificación temprana de la patología

obstétrica. Todos los niveles de atención se aplican al primer contacto con una paciente obstétrica.

Sepsis: Se produce cuando se liberan sustancias químicas al torrente sanguíneo para combatir una infección provocando una disfunción orgánica que podría llegar a ser mortal.

Signos vitales: Estas son estimaciones de la normalidad de las funciones neurológicas circulatorias, respiratorias y basales y la replicación de varios estímulos fisiológicos y patológicos.

Síndrome de HELLP: Es cuando una gestante presenta hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas bajas. en el 15% de los casos puede presentarse sin previa preeclampsia.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Estudio descriptivo donde no se considerarán hipótesis

2.5. Variables

2.5.1. Variable de estudio

Riesgo obstétrico

2.5.2. Variables de caracterización

- Gestantes
- Puérperas

2.6. Definición operacional de términos

Definición conceptual

Riesgo obstétrico. Una situación característica médica, obstétrica o sociodemográfica que puede aumentar la morbilidad y la mortalidad tanto en la población como en el feto durante el embarazo con respecto a la población general.

Gestantes. Mujer que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto.

Puérpera. Periodo de tiempo que va desde el momento en que se expulsa la placenta hasta las primeras 24 horas.

Definición operacional

Riesgo obstétrico. Variable obtenida a través del SCORE MAMÁ

Gestantes. Variable obtenida de la historia clínica

Puérpera. Variable obtenida de la historia clínica

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

No experimental porque solo se obtendrán los datos sin modificarlos, transversal porque la variable será medida una sola vez, retrospectivo pues los datos fueron obtenidos de la historia clínica y descriptiva pues existen una variable.

3.1.2. Nivel de investigación

Descriptiva

Diseño

Cuantitativo

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población. Todas las gestantes a término y puérperas atendidas en el hospital René Toche Essalud de Groppo de Chíncha en el mes de enero a octubre del 2019 que son 580 gestantes.

3.2.2. Muestra:

La muestra estará constituida por 580

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n	:	X
N	:	580
Z	:	1.96
p	:	0.5
q	:	1-p= 0.5
d	:	0.05

$$n = \frac{580(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(579)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

n = 232 entre gestantes a término y puérperas

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestante a término o Puérpera atendida en el hospital René Toche Groppo entre enero y octubre del 2019
- Que tenga historia clínica completa

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestante o Puérpera atendida en el hospital René Toche Groppo fuera del periodo de estudio.
- Que tenga historia clínica incompleta

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnica

Documental pues se revisará los datos de historias clínicas

3.3.2. Instrumento

Ficha de recolección de datos obtenido del Score mamá

Puntaje de 0 a 8 = Leve

Puntaje de 9 a 15 = Grave

Puntaje de 16 a 22 = Muy grave

3.4. Diseño de recolección de datos

Los datos serán obtenidos de las historias clínica, las que se accederán previa autorización de los responsables del hospital y estadística.

3.5.- Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos en la investigación serán tabulados en el programa estadístico SPSS v24 de donde se obtendrán los estadísticos descriptivos y las tablas

3.6 aspectos éticos

Para el estudio se presentará un ejemplar del proyecto a la dirección del Hospital René Toche Groppo de Chincha donde se indica los alcances de la investigación y previa autorización se procederá a la obtención de los datos.

Los datos son analizados globalmente respetando la identificación de los participantes. La investigación tomará los resultados solo para fines del conocimiento.

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

Riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019

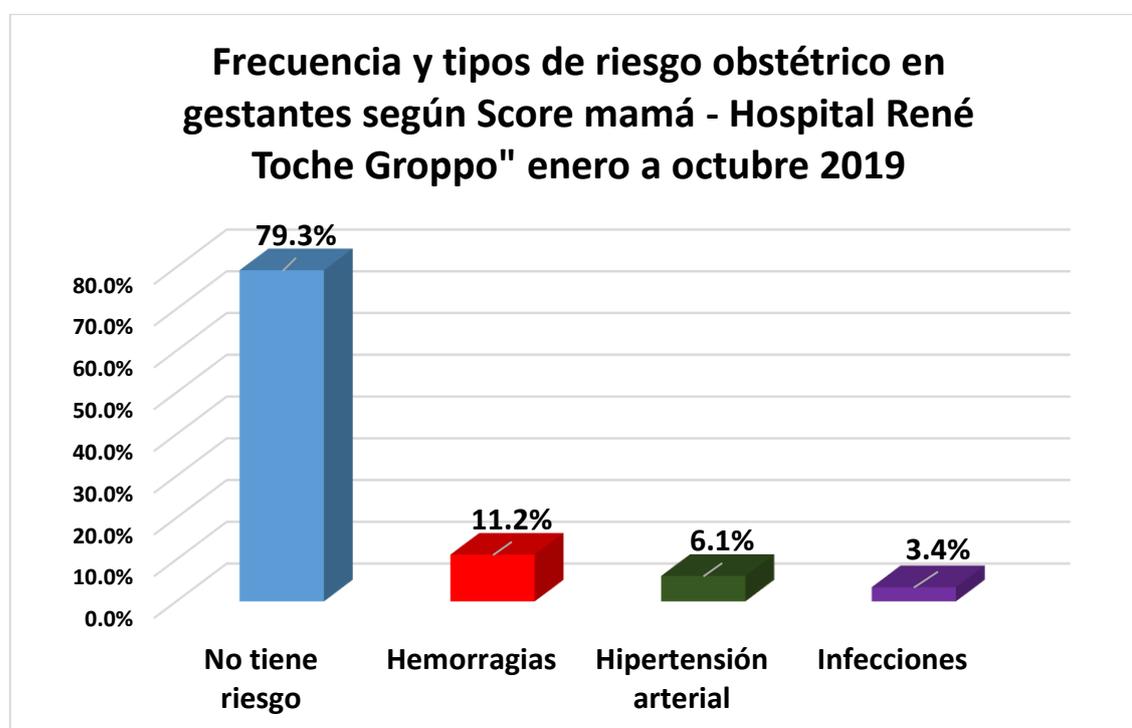
Tabla N° 1

Riesgo obstétrico en gestantes	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
No tiene riesgo	184	79.3%	79.3%
Hemorragias	26	11.2%	20.7%
Hipertensión arterial	14	6.1%	
Infecciones	8	3.4%	
Total	232	100.0%	Total

Fuente: Elaboración propia

Se encontró 20.7% de gestantes a término con riesgo obstétrico, de los cuales 11.2% corresponden a hemorragias, 6.1% a hipertensión arterial y 3.4% a infecciones.

Gráfico N° 1



Riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019
Según gravedad

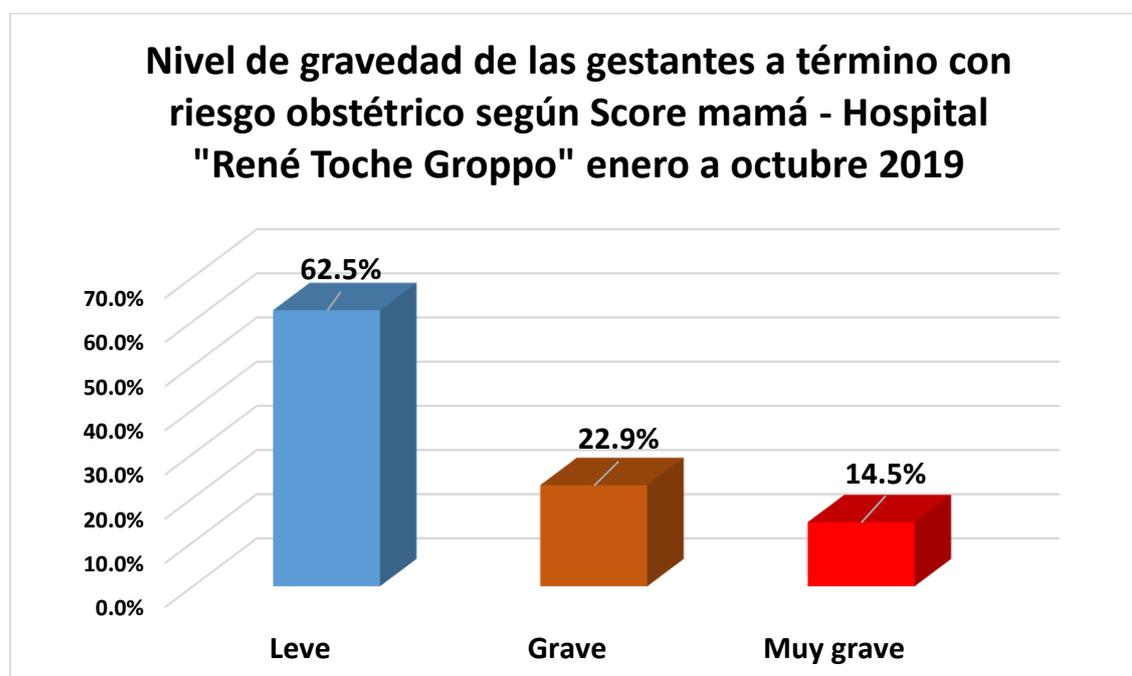
Tabla N° 2

Riesgo obstétrico en gestantes según gravedad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	30	62.5%
Grave	11	22.9%
Muy grave	7	14.5%
Total	48	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Del total de gestantes a término que tuvieron riesgo obstétrico el 62.5% es leve, 22.9% grave y el 14.5% muy grave.

Gráfico N° 2



**Riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en puérperas
atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René
Toche Groppo enero a octubre del 2019**

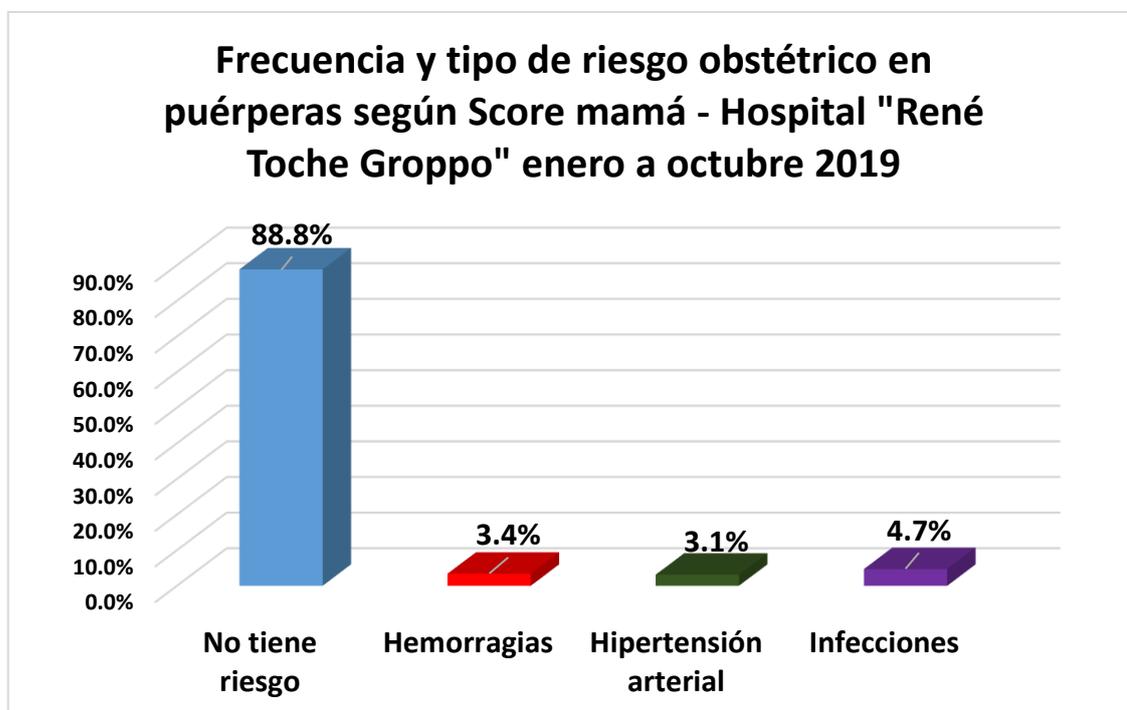
Tabla N° 3

Riesgo obstétrico en puérperas	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
No tiene riesgo	206	88.8%	88.8%
Hemorragias	8	3.4%	11.2%
Hipertensión arterial	7	3.1%	
Infecciones	11	4.7%	
Total	232	100.0%	Total

Fuente: Elaboración propia

Se encontró 11.1% de puérperas con riesgo obstétrico, de los cuales 3.4% corresponden a hemorragias, 3.1% a hipertensión arterial y 4.7% a infecciones.

Gráfico N° 3



**Riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en puérperas
atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René
Toche Groppo enero a octubre del 2019
Según gravedad**

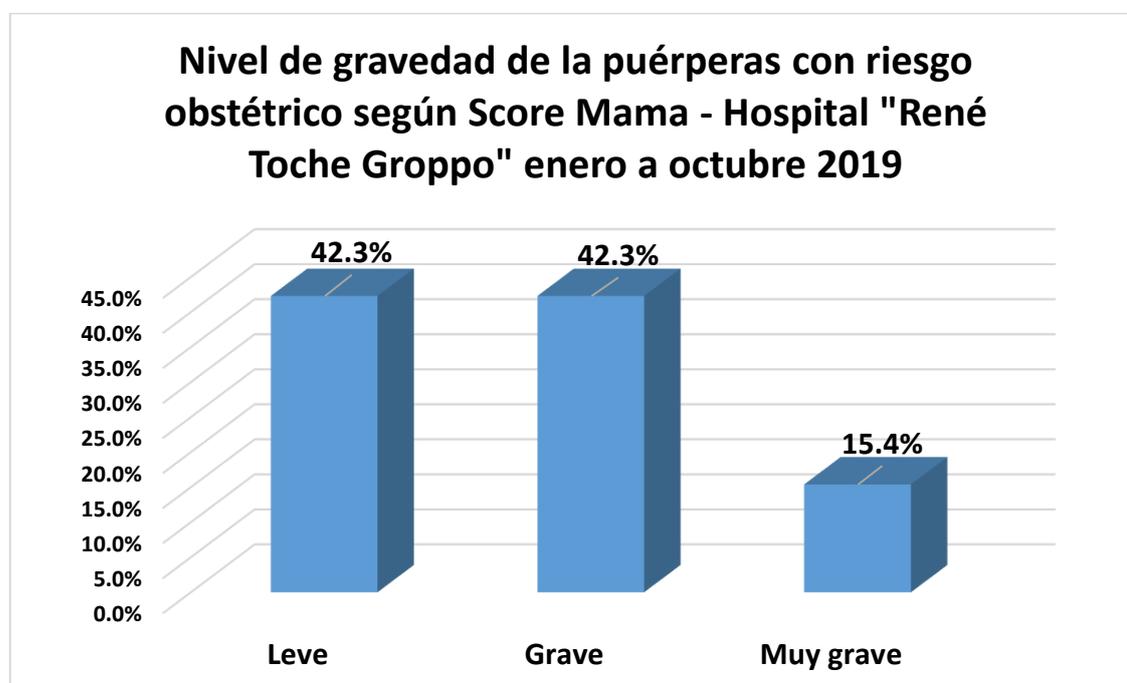
Tabla N° 4

Riesgo obstétrico en puérperas según gravedad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	11	42.3%
Grave	11	42.3%
Muy grave	4	15.4%
Total	26	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Del total de puérperas que tuvieron riesgo obstétrico el 42.3% es leve, 42.3% grave y el 15.4% muy grave.

Gráfico N° 4



**Evolución del riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en
pacientes atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del
hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019**

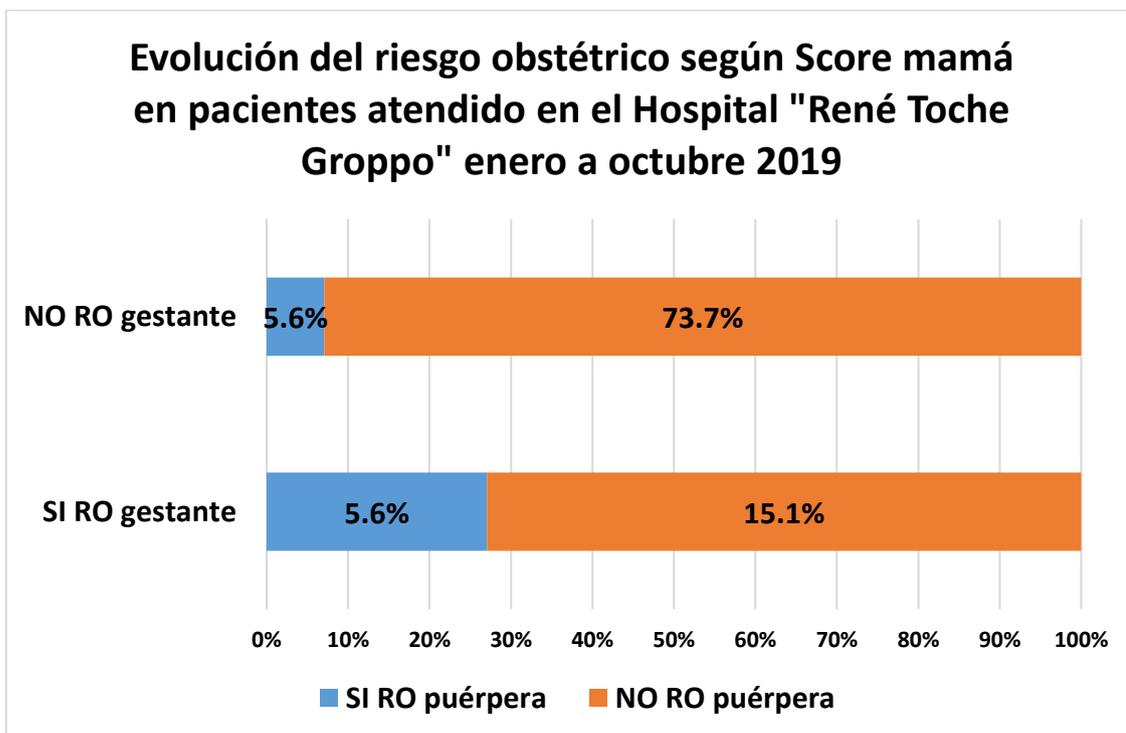
Tabla N° 5

Riesgo obstétrico en puerperas inmediatas	Riesgo obstétrico en gestantes a término		Total
	SI	NO	
SI	13 5.6%	13 5.6%	26 11.2%
NO	35 15.1%	171 73.7%	206 88.8%
Total	48 20.7%	184 79.3%	232 100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que 15.1% de gestantes a término que presentaron riesgo obstétrico mejoraron luego del parto dejando de tener riesgo obstétrico, mientras que 5.6% de gestantes sin riesgo obstétrico en la gestación a término pasaron a tener riesgo obstétrico en su puerperio inmediato.

Gráfico N° 5



4.2. Discusión

La investigación determinó que las gestantes atendidas en el Hospital “René Toche Groppo” de enero a octubre del 2019, no presentan en gran medida todos los signos que exige el Score mamá para clasificar a la gestante y a la puérpera según su gravedad, por lo que los resultados que se muestran corresponde a registros que tienen los datos necesarios para una clasificación según el Score mamá. Así en la tabla N° 1 se demuestra que existió 20.7% de gestantes que presentaron algún grado de riesgo obstétrico siendo la mayoría de ellos del tipo de hemorragias 11.2% que se refieren a placenta previa, desprendimientos prematuros de placenta o desgarro perineales, seguido de 6.1% de gestantes con hipertensión arterial en sus diferentes grados, y por último las infecciones con un 3.4% referidas sobre todo a ruptura prematura de membrana. Sin embargo, Hurtado Cabezas (5) en Guayaquil Ecuador encuentra que de los riesgos obstétricos la hipertensión arterial ocupa el primer lugar, tal como lo demuestra también Altamirano López (9) en el mismo País; también Díaz Portillo (16) en el Hospital Dos de Mayo en Lima encuentra a los trastornos hipertensivos del embarazo como la principal causante de los riesgos obstétricos en gestantes. Mientras que Cabanillas Lama (14) en Trujillo identifica a las hemorragias como la causante de la mayoría de los riesgos obstétricos identificados en la gestación. Valencia Solórzano en la Cuenca Ecuador encuentra que según el Score mamá se identificaron 15% de gestantes en riesgo obstétrico. Navarro León en el Ecuador encuentra en su estudio que el 12% de las gestantes presentan riesgo obstétrico según el Score Mamá con predominio de grados bajos.

Al clasificarlo según gravedad se encontró como se muestra en la tabla N° 2 que de los riesgos obstétricos en gestantes identificados el 62.5% son de carácter leve o bajo riesgo obstétrico, el 22.9% son graves o alto riesgo obstétrico y el 14.5% son muy graves o riesgo obstétrico muy alto.

En la tabla N° 3 se muestra que las mismas gestantes que presentaron parto por cualquier modalidad (cesárea o eutócico) el 11.2% presentan riesgo obstétrico durante el puerperio inmediato, siendo las infecciones las más frecuentes del orden del 4.7% debido a infecciones uterinas, o sepsis por fetos muertos,

mientras que el 3.4% son hemorragias en su mayoría por hipotonía uterina, o rotura de útero, y en menor proporción son las hipertensiones del orden del 3.1% debido a que muchas de ellas son inducidas por embarazo que al terminar el embarazo se controla la presión arterial.

En la tabla N° 4 se verifica la gravedad de los riesgos obstétricos puerperales, identificándose que el 42.3% son leves o de bajo riesgo, el 42.5 % son graves o de alto riesgo y el 15.4% son muy graves o de muy alto riesgo lo que indica que los riesgos obstétricos en este este estadio son de mayor severidad que cuando se encontraba como gestante.

Finalmente se evalúa la efectividad de las acciones después de identificar el riesgo obstétrico como se muestra en la tabla N° 5 donde se observa que de las gestantes que presentaron riesgo obstétrico durante la gestación 15.1% de ellos dejaron de tener riesgo durante el puerperio, mientras que de las gestantes que no tuvieron riesgo obstétrico durante la gestación el 5.6% presentaron riesgo obstétrico en el puerperio inmediato. Indicando una mejora de los riesgos de un periodo a otro. Linares Rivera (6) en Guayaquil Ecuador encuentra que el Score mamá es muy útil para clasificar y tratar a las gestantes en riesgo. Sin embargo, existen hospitales en el Ecuador que no cumplen con la aplicación adecuada del Score mamá como concluye en su estudio Rodas Rangles (8). Y el personal presenta déficit en su aplicación en un Centro de salud de tipo B en el Ecuador como lo indica en su estudio Quezada Cevallos (10). Y el nivel de cumplimiento del Score mamá es deficiente en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Cuenmca Ecuador como lo menciona en su trabajo Lasso Reyna (11). Y en el callao en lima Florian Valdivia (13) en su estudio encuentra que la guía de Score Mamá es cumplida en baja proporción para la transferencia de los pacientes. Mientras que si la gestante tiene las atenciones prenatales reenfocadas disminuyen la posibilidad de tener riesgo obstétrico según el Score Mamá como concluye en su estudio Maúrtua Blancas(15).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El 20.7% de gestantes a término tienen algún tipo de riesgo obstétrico, de los cuales 11.2% corresponden a hemorragias, 6.1% a hipertensión arterial y 3.4% a infecciones.
- Del total de gestantes a término que tuvieron riesgo obstétrico el 62.5% es leve, 22.9% grave y el 14.5% muy grave.
- El 11.1% de puérperas tienen riesgo obstétrico, de los cuales 3.4% corresponden a hemorragias, 3.1% a hipertensión arterial y 4.7% a infecciones.
- Del total de puérperas que tuvieron riesgo obstétrico el 42.3% es leve, 42.3% grave y el 15.4% muy grave.
- El 15.1% de gestantes a término que presentaron riesgo obstétrico mejoraron luego del parto dejando de tener riesgo obstétrico, mientras que 5.6% de gestantes sin riesgo obstétrico en la gestación a término pasaron a tener riesgo obstétrico en su puerperio inmediato.

RECOMENDACIONES

- Implementar el Score Mamá en los centros hospitalarios pues su utilidad es demostrada en el estudio, protocolizando su uso a fin de estar preparados ante los riesgos obstétricos durante la gestación y en el puerperio.
- Disponer de los dispositivos adecuados para cada clave que se activa según el Score Mamá a fin de que la respuesta sea oportuna y eficaz, contando con el personal idóneo y los insumos necesarios.
- Considerar que las gestantes sin riesgo durante la gestación pueden convertirse en riesgo durante el puerperio, por lo que debe tenerse en cuenta el monitoreo constante de las funciones vitales en el puerperio inmediato.
- Evaluar permanentemente los tipos y grados de riesgo obstétrico con la finalidad de identificar deficiencias en el personal o en los insumos para que sean resueltas oportunamente.
- Capacitar a todo el personal en el manejo adecuado del Score Mamá para que el trabajo en equipo que exige el Score y la activación de las diferentes claves sean efectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- MINSA. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud.
- 2.- Boletín Epidemiológico del Perú. Semana Epidemiológica (del 10 al 16 de junio de 2018) Volumen 27 - SE 24
- 3.- Ministerio de Salud de Panamá. Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer. 2015.
- 4.- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud.
- 5.- Hurtado-Cabezas, J. Impacto del score mamá en la identificación y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas en embarazadas y puérperas atendidas en el hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo 2017-2018. Guayaquil-Ecuador.
- 6.- Linares-Rivera, C. Estudio del score mama en pacientes embarazadas con complicaciones clave azul, roja y amarilla atendidas en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor en el periodo 2016. Guayaquil - Ecuador
- 7.- Valencia-Solórzano, W. Valoración del score mamá en pacientes hospitalizadas durante la gestación y puerperio. hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2017. Ecuador.
- 8.- Rodas-Rangles, P. Cumplimiento de parámetros seleccionados para el manejo de pacientes con preeclampsia leve y severa, establecidos en la guía de práctica clínica de trastornos hipertensivos del embarazo y su relación con el score mamá. Ecuador.
- 9.- Altamirano-López, C. Impacto del score mama sobre la mortalidad materna en mujeres embarazadas con más de 20 semanas de gestación en el servicio de emergencia del hospital Yerovi Mackuart de la ciudad de Salcedo. Ecuador.2017.
- 10.- Quezada-Cevallos, M. Protocolo de score mama y claves obstétricas incide en la morbi – mortalidad materno fetal del centro de salud tipo B del Cantón Cevallos, durante el periodo enero a diciembre 2016 Ecuador.

- 11.- Lasso-Reyna, G. Cumplimiento del protocolo de manejo de la paciente con hemorragia obstétrica, Hospital Vicente Corral Moscoso, de enero a diciembre de 2018, Cuenca 2019.
- 12.- Navarro-León, L. Estudio comparativo de complicaciones obstétricas en embarazadas atendidas con la aplicación del score mamá y sin él, en el Hospital Binacional de Macará - Ecuador
- 13.- Florián-Valdivia, A. Evaluación de la aplicación de la guía de práctica clínica de emergencias obstétricas en el Centro de Salud Bellavista, Callao. Lima 2015
- 14.- Cabanillas Lama de Pérez, M. Características epidemiológicas, obstétricas, patológicas y del proceso de atención de las muertes maternas evitadas. Hospital Belén de Trujillo, 2017 – 2018.
- 15.- Maúrtua-Blancas, N. Atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el hospital maría auxiliadora. San Juan de Miraflores: octubre 2016 a mayo 2017- lima
- 16.- Díaz-Portillo. J. Características clínicas neonatales en hijos de madres con preeclampsia severa hospital nacional Dos de Mayo. enero - diciembre 2015 Lima.
- 17.- Vega-Rivera, M. Score mamá aplicada en el diagnóstico oportuno de hipertensión gestacional en el primer nivel de atención. Machala Ecuador. 2018.
- 18.- Secretaría de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Ciudad de México. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica Lineamiento Técnico. Primera Edición 2016. cnegsr.salud.gob.mx › descargas › SMP › web_TriageObstetricoCM
- 19.- Tuesta Nole, J. Protocolos de Manejo Inmediato de Emergencias Obstetricas: Claves Obstétricas. 2015. <https://es.slideshare.net> › claves-obstetricas-43635638
- 20.- MINSA. Manejo de emergencias obstétricas ministerio de salud del Perú. 2015. miredsalud.pe › adminmrs › fileproject › librerias › _Descarga › fil=25242...

- 21.- Carvajal, J. Manual de Obstetricia y Ginecología VIII Edición 2017. Escuela de Medicina. Universidad Pontifica de Chile. <https://medicina.uc.cl> › 2018/04 › Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017
- 22.- Correa-Injante L. Hemorragia post parto precoz en el I nivel de atención. Lima – 2017. Moquegua. <repositorio.ujcm.edu.pe> › bitstream › handle › ujcm › Luz_TrabajoAcadé..
- 23.- Manual de entrenamiento, Para mejorar la calidad de atención de las mujeres ante una emergencia obstétrica Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria | Departamento de Investigación en Salud de la Madre y el Niño. Simulacros de emergencias obstétricas. Argentina. <https://cdn2.sph.harvard.edu> › sites › 2016/06 › IECS-manual_ESPANOL
- 24.- Rodríguez Medina, C. Shock hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica por embarazo ectópico roto. Ecuador. 2016. <repo.uta.edu.ec> › bitstream
- 25.- MINSA. Norma Técnica. 2016. Para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. 518-2016/MINSA. <https://cdn.www.gob.pe> › uploads › document › file
- 26.- Manual básico de Obstetricia y Ginecología. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos. Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional. Madrid. España.2015. <https://www.codem.es> › CODEM › Documentos › Informaciones › Publico

ANEXOS

Anexo 1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Fuente
V. Dependiente Riesgo obstétrico	Característica o circunstancia médica, obstétrica o sociodemográfica que, en el curso de una gestación, puede conllevar un aumento en la morbilidad tanto materna como fetal con respecto a la población general.	Variable obtenida a través del SCORE MAMÁ	Puntaje obtenido	Ordinal	Historia clínica
V. caracterización	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Fuente
Gestante	Mujer que lleva en el útero un feto.	Variable obtenida de la historia clínica	Puntaje obtenido	Ordinal	Historia clínica
Puérpera	Periodo de tiempo que va desde el momento en que se expulsa la placenta hasta las primeras 24 horas.	Variable obtenida de la historia clínica	Puntaje obtenido	Ordinal	Historia clínica

Anexo 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Problema	Objetivo	Instrumento	Metodología
<p>Variable de estudio</p> <p>Riesgo obstétrico</p> <p>Variables de caracterización</p> <p>- Gestantes</p> <p>- Puérperas</p>	<p>Problema general</p> <p>•¿Cuál es el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes y puérperas atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>•¿Cuál es el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019?</p> <p>•¿Cuál es el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en puérperas atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>•Determinar el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes y puérperas atendidas en el departamento de Gineco –obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Precisar el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en gestantes atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019</p> <p>Precisar el riesgo obstétrico según la clasificación el SCORE MAMÁ en puérperas atendidas en el departamento de Gineco – obstetricia del hospital René Toche Groppo enero a octubre del 2019</p>	<p>SCORE MAMÁ</p>	<p>Tipo</p> <p>No experimental, transversal, retrospectiva, descriptiva</p> <p>Nivel</p> <p>Descriptiva</p> <p>Diseño</p> <p>Descriptivo</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Población</p> <p>Gestantes atendidas en el hospital René Toche Essalud de Groppo de Chíncha entre enero a octubre del 2019 que son 580</p> <p>Muestra</p> <p>232 gestantes</p> <p>Técnica:</p> <p>Documentación</p>



Anexo 3. INSTRUMENTO

(Gestante) (Puérpera)

SCORE MAMA

Parámetro	Puntaje							Parámetro	Puntaje parcial
	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	-	≤35.5	-	35.6-37.5	37.6-38.4	-	≥38.5	T	
Sat O2	≤85	86-89	90-93	94-100	-	-	-	Sat O2	
Conciencia	-	Confusa	-	Alerta	Responde	Responde	No responde	Conciencia	
Proteinuria	-	-	-	Negativo	Positivo	-	-	Proteinuria	

Anexo 4. Base de datos

Riesgo obstétrico gestante	Riesgo obstétrico puérpera	Gravedad gestante RO	Tipo de patología RO gestante	Tipo de patologías RO puérperas	Gravedad RO puérperas
SI	SI	Leve	Infecciones	Infecciones	Leve
SI	SI	Leve	Infecciones	Infecciones	Leve
SI	SI	Leve	Infecciones	Infecciones	Leve
SI	SI	Leve	Infecciones	Infecciones	Grave
SI	SI	Leve	Hipertensión arterial	Hipertensión arterial	Grave
SI	SI	Leve	Hipertensión arterial	Hipertensión arterial	Leve
SI	SI	Leve	Hemorragias	Hemorragias	Leve
SI	SI	Leve	Hemorragias	Hemorragias	Grave
SI	SI	Leve	Hemorragias	Hemorragias	Muy grave
SI	SI	Leve	Hemorragias	Hemorragias	Muy grave
SI	SI	Leve	Hemorragias	Hemorragias	Grave
SI	SI	Leve	Hipertensión arterial	Hipertensión arterial	Leve
SI	SI	Leve	Hipertensión arterial	Hipertensión arterial	Grave
SI	NO	Leve	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo

SI	NO	Leve	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Infecciones	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Leve	Infecciones	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Grave	Infecciones	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Muy grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Muy grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Muy grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Muy grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Muy grave	Hemorragias	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Muy grave	Hipertensión arterial	No tiene riesgo	No tienen riesgo
SI	NO	Muy grave	Infecciones	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	SI	No tienen riesgo	No tiene riesgo	Hemorragias	Leve
NO	SI	No tienen riesgo	No tiene riesgo	Hemorragias	Leve
NO	SI	No tienen riesgo	No tiene riesgo	Hemorragias	Leve
NO	SI	No tienen riesgo	No tiene riesgo	Hipertensión arterial	Grave
NO	SI	No tienen riesgo	No tiene riesgo	Hipertensión arterial	Grave

NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo
NO	NO	No tienen riesgo	No tiene riesgo	No tiene riesgo	No tienen riesgo