



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

Valoración del riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025.

AUTORES:

Méndez Gonzales, Angela Jicela

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTOR:

Lic. Cepeda López, Silvia María, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

04 de mayo de 2026

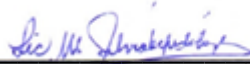


UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Méndez Gonzales, Angela Jicela**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTORA

f. 

Lic. Cepeda López, Silvia María, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA



Mendoza Vincés, Angela Ovilda
Guayaquil, 04 de mayo de 2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Méndez Gonzales, Angela Jicela

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Valoración del riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 04 de mayo de 2026

AUTORA

f. *Angela Méndez*

Méndez Gonzales, Angela Jicela



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Méndez Gonzales, Angela Jicela

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Valoración del riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 04 de mayo de 2026

AUTORA

f. 

Méndez Gonzales, Angela Jicela



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

REPORTE DE COMPILATIO



Informe de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC-Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Valoración de riesgo obstétrico en gestante que acuden a la emergencia de un hospital de la ciudad de Guayaquil año 2025

ID: a062b0be332f0e7b45033ee29d0e3e1eca6d8f90



3%
Textos sospechosos

Nombre del fichero: Tolu Angela Mendez Carr.ppt
Tamaño del archivo original: 111,84 kB
Número de palabras: 8938
Número de caracteres: 81520

Depositante: Angélica Juala Mendez Carralita
Fecha de depósito: 15 de mayo de 2026
Tipo de carga: auto-subisión
Fecha de fin de análisis: 15 de mayo de 2026

Resumen (sección 1/3)

Localización de los textos sospechosos en el documento:



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos:



Preparado por:
MARTHA LORENA
BOLGGIN JIMENEZ

AGRADECIMIENTO

Agradezco todo a mi padre celestial ya que sin él no había sido posible todo este caminar, a la universidad por haberme abierto las puertas a su seno de conocimiento y científico para poder yo con tanta ilusión comenzar un camino que me lleve al éxito académico también están los docentes que fueron apoyo en mi aprendizaje en cada semestre, a mis compañeros que fueron fuente de inspiración ya que por la edad que tengo fueron las personas que no me dejaron caer y me animaban a seguir y a mi hijo Mateo mi ángel en esta vida.

DEDICATORIA

Dedico este estudio a la mujer que me ha dado su ejemplo en la vida y he luchado para que se sienta orgullosa de su niña que la decepciono de joven , nunca es tarde para verte feliz y te sientas orgullosa de mí.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, Mgs
DIRECTORA DE CARRERA

LCDA. GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR, Mgs
COORDINADORA DEL ÁREA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

LCDA. GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR, Mgs
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I.....	4
1.1 Planteamiento Del Problema	4
1.2 Preguntas De Investigación	7
1.3 Justificación	7
1.4 Objetivos.....	10
1.4.1 Objetivo General:	10
1.4.2 Objetivos Específicos:	10
CAPITULO II.....	11
1.5 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	11
1.6 Antecedentes de la Investigación:	11
1.7 Gestación.....	14
Riesgo Obstétrico:	15
Factores que determinan el riesgo obstétrico	15
Clasificación del riesgo obstétrico.....	17
Riesgo Bajo o Tipo 0.....	17
Riesgo Alto o Tipo I.....	17
Riesgo Muy Alto o Tipo II	18
Score Mama.....	18
Importancia del score mama en servicios de emergencias	22
CAPITULO III	25
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25

1.8	Nivel Descriptivo:	25
1.9	Método Cuantitativo:	25
1.10	Criterios de inclusión y exclusión:.....	25
1.11	Criterios de Inclusión:	25
1.12	Criterios de exclusión:	25
1.13	Técnicas y procedimientos para la recolección de datos:	26
1.14	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	26
1.15	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con seres humanos.....	26
	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	27
	VARIABLE GENERAL:	27
	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	30
	DISCUSIÓN	31
	CONCLUSIONES	31
	RECOMENDACIONES.....	31
	REFERENCIAS	31

RESUMEN

La valoración del riesgo obstétrico es fundamental para la detección oportuna de complicaciones en gestantes, especialmente en el área de emergencia donde la atención inmediata puede influir en los resultados maternos y perinatales **Objetivo:** Valorar el riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025 **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental, de tipo prospectivo y corte transversal. **Población:** 279 pacientes que acudieron a emergencia **Instrumento:** Se utilizó la observación directa e indirecta mediante una matriz de recolección de datos **Resultados:** La mayoría de gestantes tienen la edad de 28 a 34 años, con paridad de 1 a 4 hijos, además, destacaron factores como el consumo de tabaco y alcohol, obesidad e hiperglicemia. Entre las principales patologías se identificó la amenaza de parto prematuro, diabetes y anemia, la mayoría de las pacientes se clasificó en riesgo bajo y los parámetros del score mama se encontraron en rangos normales en la mayor parte de los casos. Conclusiones: La población estudiada presenta principalmente bajo riesgo obstétrico; sin embargo, existen factores que pueden predisponer a complicaciones, por lo que se resalta la importancia de la valoración oportuna mediante herramienta como el score mama para mejorar la atención en el área de emergencia.

Palabras claves: *Valoración, riesgo, emergencia, score mama, clasificación*

ABSTRACT

Obstetric risk assessment is fundamental for the timely detection of complications in pregnant women, especially in the emergency department where immediate care can influence maternal and perinatal outcomes.

Objective: To assess obstetric risk in pregnant women attending the emergency department of a hospital in Guayaquil, Ecuador, in 2025.

Methodology: A quantitative, descriptive, non-experimental, prospective, cross-sectional study was conducted.

Population: 279 patients who attended the emergency department.

Instrument: Direct and indirect observation was used, employing a data collection matrix.

Results: The majority of pregnant women were between 28 and 34 years old, with 1 to 4 children. Factors such as tobacco and alcohol consumption, obesity, and hyperglycemia were also prominent. The main pathologies identified were threatened preterm labor, diabetes, and anemia. Most patients were classified as low risk, and the mammogram parameters were within normal ranges in the majority of cases.

Conclusions: The studied population mainly presents low obstetric risk; however, there are factors that can predispose to complications, so the importance of timely assessment using a tool such as the mammogram score is highlighted to improve care in the emergency area.

Keywords: *Assessment, risk, emergency, breast score, classification*

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud materna, la detección temprana de signos de alarma es fundamental para prevenir complicaciones graves e incluso la muerte materna. Frente a esta necesidad, se han desarrollado herramientas estandarizadas que permiten valorar de manera rápida y eficiente el estado clínico de las gestantes. Una de estas herramientas es el Score MAMÁ , un sistema de puntuación diseñado específicamente para identificar de forma precoz el deterioro clínico en mujeres embarazadas o en periodo posparto (1).

El Score MAMÁ es un instrumento estandarizado basado en la evaluación de signos vitales y parámetros clínicos, diseñado para facilitar la identificación temprana del deterioro fisiológico en mujeres embarazadas. Su aplicación es especialmente valiosa en los niveles iniciales de atención de salud, donde contribuye a mejorar el reconocimiento precoz de condiciones obstétricas críticas, apoyando así una intervención oportuna y la toma adecuada de decisiones clínicas (1).

La mortalidad materna sigue siendo una preocupación global de salud pública, especialmente en países en desarrollo como Ecuador. La detección temprana de signos de alarma obstétrica es crucial para reducir complicaciones graves o fatales durante el embarazo y el parto (2).

En este contexto, se plantea la presente investigación con el propósito de: Valorar el riesgo obstétrico con la herramienta Score mama en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025.; utilizando la metodología descriptiva, cuantitativa.

Teniendo en cuenta que su implementación ha demostrado ser una estrategia efectiva en los primeros niveles de atención, donde muchas veces transcurren las etapas iniciales de patologías obstétricas como la

preeclampsia, la eclampsia, la hemorragia obstétrica o la sepsis materna. Por ello, el Score MAMÁ representa una herramienta clave en la mejora de la calidad de atención perinatal y en la reducción de la morbilidad materna.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento Del Problema

El Score MAMA (Maternal Acute Morbidity and Mortality Audit) es una herramienta clínica validada diseñada para identificar precozmente condiciones críticas en mujeres embarazadas, basándose en parámetros clínicos simples y objetivos (3). Su correcta aplicación puede mejorar significativamente los resultados perinatales y maternos; lo que permite su aplicación rutinaria incluso en entornos con recursos limitados (3).

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día, en 2023, murieron en todo el mundo unas 712 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (4). En 2023 se estimaron unas 260 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes (94%) se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (4).

Según la OMS: En 2023, cada día murieron más de 700 mujeres por causas previsibles relacionadas con el embarazo y el parto (4). En 2023, se produjo una muerte materna prácticamente cada dos minutos (4). Entre 2000 y 2023, la razón de mortalidad materna (es decir, el número de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos) se redujo a escala mundial en un 40%, aproximadamente (4). En 2023, algo más del 90% de todas las muertes maternas se dieron en países de ingreso bajo y mediano bajo (4).

El informe, en el que se hace seguimiento de la mortalidad materna en el ámbito nacional, regional y mundial de 2000 a 2020, muestra que en 2020 se registraron, según las estimaciones, 287 000 muertes maternas en todo el mundo (5). Esa cifra constituye solo un ligero descenso desde las 309 000 muertes maternas de 2016, cuando se pusieron en marcha los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas (4). Si bien en el informe se presentan ciertos avances considerables en la reducción de la mortalidad materna entre 2000 y 2015, los avances logrados se estancaron

en gran medida, e incluso en algunos casos retrocedieron, a partir de ese punto (6).

En dos de las ocho regiones de las Naciones Unidas –Europa y América del Norte, y América Latina y el Caribe– la tasa de mortalidad materna se incrementó entre 2016 y 2020 en un 17% y un 15% respectivamente (6). En las otras regiones se estancó. Con todo, el informe da a entender que es posible progresar (4). Por ejemplo, dos regiones –Australia y Nueva Zelanda, y Asia Central y Meridional– experimentaron descensos considerables (de un 35% y un 16% respectivamente) en sus tasas de mortalidad materna durante el mismo periodo, al igual que otros 31 países (5).

En el ámbito obstétrico contemporáneo, el riesgo obstétrico se concibe como la probabilidad conjunta de complicaciones maternas y perinatales que surge cuando confluyen variables clínicas, antecedentes patológicos y determinantes sociales durante la gestación (7). Cada punto adicional de los factores de riesgo eleva en 12% la incidencia de parto pretérmino y restricción del crecimiento fetal. Paralelamente, McCartney et al. señalan que valores superiores a cinco puntos triplican la morbilidad grave en traslados intrahospitalarios (8).

A nivel mundial, en sistemas sanitarios de alto y medio ingreso, las disparidades persisten, de hecho, un estudio danés de Hedermann et al. basado en 534.170 gestaciones evidenció que las anomalías cardíacas fetales incrementan los desenlaces adversos hasta 22,8% frente a 9% en la cohorte general. De modo contrastante, el estudio nigeriano de Kokori et al. (9) cifró la prevalencia agregada de preeclampsia y eclampsia en 8,4% y documentó letalidad materna superior a 25% en episodios convulsivos. Este contraste global varía según el nivel de inversión en salud y dotación de servicios.

La Habana, enero (SEMIac). Cuba cerró 2024 con un aumento de la mortalidad materna en comparación con el año previo (9). Así se frena una tendencia a la baja que se venía registrando desde 2021, cuando las muertes maternas llegaron hasta 176,6 por cada 100.000 bebés nacidos

vivos, el peor comportamiento de este siglo, directamente relacionado con la pandemia de covid-19 (9).

Al cierre del pasado diciembre, este indicador fue de 40,6 según fuentes del Ministerio de Salud Pública citadas por la prensa nacional, más alto que el 38,7 reportado en 2023, pero ligeramente inferior al 40,9 de 2022, según el Anuario Estadístico de Salud publicado en octubre de 2023.

En América Latina, en México, Fuentes et al. (10) informó que 15,7% de los nacimientos proviene de madres adolescentes, segmento asociado con control prenatal tardío y cesárea sin indicación que alcanza 48%. Asimismo, Brasil reportó descensos de hospitalizaciones obstétricas tras la expansión de su programa de transferencias condicionadas, aunque 7,3% de las gestantes beneficiarias mantiene trastornos hipertensivos persistentes (11). En paralelo, un estudio sobre cobertura sanitaria universal evidenció estancamiento en la reducción de mortalidad materna desde 2019 en varios países andinos (12).

En el medio ecuatoriano, un estudio de Parrales et al. (13) en el Hospital Los Ceibos de Guayaquil calculó que la preeclampsia moderada-severa alcanzó 9,8% de los ingresos obstétricos entre 2018 y 2019, con admisión a cuidados intensivos de 6,4%. Adicionalmente, Fors et al. (14) revelaron que 36% de las mujeres refirieron prácticas de violencia obstétrica, fenómeno vinculado con ausentismo en controles posteriores. De forma complementaria, un análisis de Puertas et al. (15) en gestantes atendidas en el Hospital Guasmo Sur mostró que la infección elevó el parto pretérmino a 18,5%.

Las evidencias convergen hacia la interacción de factores biológicos, conductuales y estructurales que provocan riesgo obstétrico; desde esta perspectiva, Okubo et al. (16) sugiere que antes de la concepción se asocia con descensos de 21% en eventos adversos, mientras la utilización inoportuna de aspirina a dosis baja representa oportunidades perdidas en 68% de centros periféricos africanos (17). Además, el retraso del primer control prenatal, la fragmentación de derivaciones y la concentración de

recursos altamente especializados generan escalas crecientes de riesgo que impactan la morbilidad materna, neonatal y la sostenibilidad hospitalaria.

En un hospital de Guayaquil, la consulta prenatal diaria evidencia perfiles clínicos variados, llegan desde adolescentes con embarazos sucesivos separados por menos de dieciocho meses, así como mujeres migrantes cuya primera valoración ocurre después de la semana veinticuatro y gestantes con enfermedades crónicas que no superan dos visitas de control. Este conjunto de factores configura la motivación para cuantificar la distribución del riesgo obstétrico y explorar la relación entre variables sociodemográficas y la estratificación actualmente utilizada.

1.2 Preguntas De Investigación

¿Cómo se Valora el riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025?

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico en las gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025?

¿Cómo se clasifica según las escalas de riesgo obstétrico del Ministerio de Salud Pública a las gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025?

¿Con que parámetros se evalúa a las gestantes con riesgo obstétrico que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025?

1.3 Justificación

Los riesgos obstétricos son situaciones que pueden hacer más probable la aparición de problemas durante el embarazo, el parto o los primeros días después del nacimiento (10). Estas complicaciones no solo ponen en peligro la salud de la madre, sino también la del bebé (10). A pesar de los avances en salud, la muerte y las enfermedades graves relacionadas con el embarazo siguen siendo un reto importante para los sistemas de salud (10). De hecho, tanto los datos globales como los propios de muchos países muestran que estos riesgos están aumentando (10). Este crecimiento está

ligado a múltiples factores que influyen cada vez más en la complejidad del cuidado materno y neonatal (10).

En el seguimiento prenatal cotidiano, la estratificación del riesgo obstétrico se efectúa con criterios variados y muchas veces registros incompletos; esta circunstancia podría ocultar patrones de vulnerabilidad materna que terminen en morbilidad evitable. Bajo esta premisa, caracterizar la magnitud del riesgo en gestantes atendidas en un hospital de Guayaquil daría lugar a identificar nodos críticos dentro de la trayectoria asistencial. Por lo tanto, el estudio se plantea como respuesta a la necesidad institucional de disponer de información que sienta las bases para una vigilancia clínica alineada con estándares contemporáneos.

Además, en la actualidad, los lineamientos del Objetivo de Desarrollo Sostenible número tres de la Organización de las Naciones Unidas (1) colocan la disminución de mortalidad materna como indicador prioritario de desempeño sanitario; de modo que establecer la distribución del riesgo obstétrico en esta población guayaquileña podría aportar evidencia para orientar el uso racional de recursos. De esa manera, la investigación se convierte en un recurso susceptible de influir en agendas institucionales y planes locales de salud reproductiva.

Por otra parte, hay poca evidencia sobre estudios similares en poblaciones costeñas ecuatorianas; así, realizar el estudio en este contexto permitiría contrastar parámetros internacionales con rasgos sociodemográficos locales y otorgar datos que eventualmente alimenten análisis regionales. Bajo esa línea de ideas, el estudio configuraría un referente comparativo que permitiría explorar hipótesis sobre la interacción entre enfermedades crónicas no transmisibles y desenlaces perinatales.

Asimismo, el contexto de estudio da lugar al acceso de expedientes electrónicos con variables obstétricas determinantes y un alto flujo mensual de consultas prenatales, volumen que podría facilitar el tamaño muestral para darle más validez al estudio. De igual modo, hay disposición de software que pueden facilitar la estadística aplicada y el acceso a procedimientos de análisis de datos, factores que darían lugar a un

desarrollo metodológico acorde con las exigencias éticas y temporales propuestas.

Por su parte, categorizar el riesgo obstétrico con variables locales podría enriquecer el base conceptual relacionado con determinantes sociales y clínicos de la gestación en entornos urbanos locales. Se esperaría que los datos permitan contrastar la ponderación de factores tales como periodo intergenésico o ausencia de control prenatal. Con ello, la investigación daría lugar a nuevas aproximaciones estadísticas sobre la interacción de variables en la predicción de desenlaces materno-fetales.

En perspectiva, los servirían para identificar a gestantes con puntajes de riesgo alto y de ese modo podría ser útil activación de rutas de derivación. Igualmente, la tabla de riesgo generada se podría utilizar como soporte en auditorías de calidad y en capacitaciones breves del personal, actividades que se desarrollan durante turnos sin requerir recursos adicionales. De esa manera, la investigación podría usarse como herramienta operativa para agilizar la toma de decisiones en salas de espera y optimizar tiempos durante el triaje obstétrico.

Por último, las gestantes que acuden al servicio prenatal conforman el núcleo beneficiario inmediato, pues contarían con anticipación en la identificación de su nivel de riesgo y, en consecuencia, recibirían seguimiento diferenciado de ser el caso. En paralelo, el equipo de salud, al disponer de información estadística sobre el riesgo obstétrico, ganaría tiempo para actividades con valor clínico, mientras la administración hospitalaria podría tomar decisiones en función de los indicadores alterados.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General:

Valorar el riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025

1.4.2 Objetivos Específicos:

Identificar los factores de riesgo obstétrico que influyen en las gestantes que acuden a la emergencia.

Clasificar a las gestantes que acuden a la emergencia según las escalas de riesgo obstétrico del Ministerio de Salud Pública.

Describir los parámetros del Score mama que evalúa a las gestantes con riesgo obstétrico que acuden a la emergencia

CAPITULO II

1.5 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

1.6 Antecedentes de la Investigación:

En un estudio realizado por Ortiz Mariela, Gómez L, Ramírez C, con el tema de Evaluación del riesgo obstétrico en mujeres gestantes atendidas en servicios de urgencia, fue un estudio descriptivo transversal evaluando a 427 gestantes atendidas en salas de emergencia de hospitales públicos de Bogotá, utilizando el protocolo nacional de clasificación de riesgo obstétrico, los resultados ,mostraron que el 68% de las pacientes presentaban algún grado de riesgo obstétrico , siendo los factores más frecuentes tales como hipertensión arterial gestacional 24%, amenaza de parto pretérmino 18%, y hemorragia vaginal 12%, el estudio concluyo que la implementación sistemática de herramientas de tamizaje temprano en urgencias mejora la detección oportuna de complicaciones y reduce la morbilidad materna, se destacó la necesidad de capacitación continua del personal de salud para garantizar una valoración estandarizada y eficaz (18)

Rodríguez ME, Benítez P, Chávez D, realizaron un estudio sobre la aplicación de la ficha de valoración de riesgo obstétrico en gestantes que acuden a emergencia de un Hospital de Loja en el año 2022, fue una investigación cuantitativa , donde se aplicó la ficha oficial del Ministerio de Salud Pública del Ecuador a 312 gestantes durante seis meses, se encontraron los siguientes resultados que el 54.8% presentaba riesgo obstétrico leve , 32.7% moderado y 12.5 alto, las principales causas fueron anemia gestacional 28%, infección urinaria 19%, y antecedentes de cesárea 15% , el estudio demostró que el uso correcto de la ficha permite una intervención temprana en el 89% de los casos graves, mejorando los tiempos de respuesta y derivación (19)

Los autores Cabrera L, Vargas A, realizaron su estudio sobre la implementación y efectividad del Score Mama en la valoración del riesgo obstétrico en servicios de emergencia del occidente ecuatoriano, evaluaron la implementación del score mama durante 8 meses, los resultados mostraron que su uso incrementó en un 35% la detección temprana del riesgo obstétrico y redujo en un 28% el tiempo de decisión terapéutica. Además, mejoró la comunicación interdisciplinaria y la derivación oportuna. El estudio concluyó que el score Mama es una herramienta válida, confiable y eficaz para el contexto ecuatoriano (20)

En un estudio realizado por Delgado R, Quizphi M sobre la aplicación del score mama en servicios de emergencia obstétrica del Hospital Regional de Tungurahua , el estudio fue descriptivo transversal evaluó la correcta aplicación del score mama en 150 gestantes atendidas , los autores observaron que aunque el 92% del personal declaró conocer la herramienta, solo el 53% completaba la ficha en su totalidad, los ítems más frecuentemente omitidos fueron la prueba de Proteinuria omitida en el 41% de los casos, la verificación cruzada del paciente con 38% y la actualización del antecedente obstétrico 33%, además , se encontró una alta variabilidad en la interpretación del puntaje final, especialmente en casos de riesgo moderado, el estudio concluyó que existe una brecha significativa entre el conocimiento teórico y la práctica clínica del score mama y recomienda implementar protocolos de supervisión diaria, junto con auditorías mensuales para asegurar la calidad en la valoración del riesgo obstétrico (21)

Guamán A, Recalde D, sobre Conocimiento y actitud del personal de enfermería frente al uso del Score Mama en unidades de emergencia materna, en el siguiente estudio se utilizó el método transversal encuestando a 112 enfermeros para evaluar su conocimiento respecto al score mama aunque el 89% reconoció la importancia de la herramienta solo el 47% demostró dominio adecuado en preguntas sobre criterios de bandeja roja y asignación correcta del nivel de riesgo, Además el 64% manifestó sentirse inseguro al momento de comunicar resultados críticos al médico tratante, temiendo errores de interpretación. Entre las principales dificultades

señaladas estuvieron: la sobrecarga laboral, la falta de retroalimentación tras su uso y la ausencia de protocolos claros para activar la cadena de respuesta. El estudio concluye que, más allá del conocimiento técnico, es necesario fortalecer la confianza profesional y crear canales seguros de comunicación interdisciplinaria para que el score mama cumpla su función como instrumento de seguridad clínica (22)

Los autores Palacios y Benalcázar , realizaron una investigación sobre la validación del score mama como predictivo de complicaciones maternas en gestantes que ingresan por emergencia, este estudio fue prospectivo siguió a 300 gestantes que ingresaron por emergencia al Hospital General Docente Dr. Carlos Andrade Marín de Guayaquil, aplicándoles el score mama al ingreso y monitorizando su evolución clínica durante la hospitalización , los resultados mostraron que el puntaje obtenido tenía una alta correlación con la aparición de complicaciones , mujeres con ≥ 7 puntos tenían 5.2 veces más probabilidades de requerir cesárea de urgencia, hospitalización prolongada o manejo intensivo, la sensibilidad del score Mama para predecir eventos graves fue del 8,6% y la especificidad del 79% , los autores validaron el valor predictivo de la herramienta en el contexto ecuatoriano y recomendaron su uso rutinario no solo en emergencias, sino también como parte del control prenatal estratégico en centros de salud con alta carga obstétrica (23)

2.2 Marco Conceptual:

1.7 Gestación

La gestación es un proceso biológico continuo que comienza con la fecundación y termina con la expulsión de las estructuras anexas al feto. A lo largo de este periodo, el cuerpo de la madre experimenta importantes cambios en su circulación sanguínea, en su equilibrio hormonal y en su sistema de coagulación, todo ello con el fin de mantener un entorno estable que favorezca el desarrollo del embrión y luego del feto. Entre estos ajustes se encuentran el aumento del volumen plasmático, la disminución de la resistencia vascular periférica y modificaciones en la respuesta inmunitaria. Además, se produce un estado transitorio de mayor tendencia a la coagulación, que actúa como mecanismo protector frente a posibles hemorragias durante el parto (24)

A medida que avanza el embarazo, también ocurren adaptaciones biomecánicas: cambia la actividad eléctrica del suelo pélvico, se modifica la distribución de la presión en la planta del pie y se altera la movilidad de la columna lumbar. Estos cambios, progresivos y relacionados directamente con la edad gestacional, afectan la capacidad funcional de la mujer y requieren atención en los controles obstétricos. Por eso, en la valoración clínica se incluyen aspectos posturales, con el objetivo de detectar a tiempo posibles desequilibrios musculares. Asimismo, el estiramiento de los ligamentos provoca una mayor laxitud articular, lo que frecuentemente se asocia con el dolor lumbar característico del embarazo (24)

Desde el punto de vista inmunológico, el embarazo implica una transición cuidadosamente regulada entre respuestas inflamatorias y antiinflamatorias. Este delicado equilibrio permite que el organismo materno tolere al feto que genéticamente es parcialmente ajeno sin perder la capacidad de defenderse de infecciones. Las variaciones hormonales propias de esta etapa coordinan la actividad de células clave del sistema inmune, como los linfocitos T colaboradores, los macrófagos y las células asesinas naturales, creando así un entorno uterino favorable para la implantación del embrión y la

formación de la placenta. No obstante, cuando este equilibrio se altera, puede aumentar el riesgo de complicaciones como trastornos hipertensivos del embarazo o pérdidas gestacionales.

Riesgo

El riesgo obstétrico se define como la probabilidad de que una mujer embarazada, en trabajo de parto o en puerperio inmediato desarrolle una complicación médica, quirúrgica o social que amenace su vida o la del recién nacido. Esta probabilidad no es estática, sino dinámica, y puede modificarse a lo largo del ciclo gravídico-puerperal por factores biológicos, sociales y del entorno (25)

La identificación temprana de este riesgo es fundamental para prevenir muertes maternas y neonatales. En Ecuador, donde aún persisten brechas en el acceso y calidad de la atención, la implementación de herramientas estandarizadas como el score mama ha permitido mejorar la detección oportuna de complicaciones y optimizar la derivación a niveles de atención adecuados

Este enfoque no solo considera enfermedades evidentes, sino también factores contextuales como la edad materna, nivel educativo, distancia geográfica a centros de salud, violencia intrafamiliar o condiciones laborales. Una mujer con hipertensión controlada que vive cerca de un hospital tiene un perfil de riesgo diferente a otra con las mismas características clínicas pero que reside en una comunidad rural sin transporte ni comunicación

Por eso, la valoración del riesgo debe ser integral, dinámica y sensible al contexto, permitiendo intervenciones oportunas antes de que ocurra una emergencia (25)

Factores que determinan el riesgo

Los factores que contribuyen al riesgo obstétrico pueden agruparse en tres grandes categorías: **maternos, fetales y contextuales**.

Hipertensión arterial crónica: es una de las más relevantes, ya que multiplica el riesgo de desarrollar preeclampsia superpuesta, insuficiencia placentaria y crecimiento intrauterino restringido. (26)

Diabetes mellitus tipo 1 o 2: incrementa la probabilidad de macrosomía, anomalías congénitas, polihidramnios y distocia de hombros. Otras patologías como enfermedades tiroideas, lupus eritematoso sistémico, VIH y cardiopatías estructurales también requieren monitoreo especializado y planes de manejo personalizados (26)

Entre los factores **comportamentales y nutricionales tenemos:**

Sobrepeso y la obesidad: han cobrado especial relevancia en las últimas décadas. Más allá del impacto metabólico

La obesidad gestacional se asocia con mayor incidencia de trombosis, dificultad técnica en procedimientos (como punción raquídea o cesárea), infecciones posparto y falla en la inducción del trabajo de parto.

Alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas: durante el embarazo puede causar trastornos del neurodesarrollo fetal, bajo peso al nacer y síndrome de abstinencia neonatal (26)

Los **factores obstétricos actuales** también juegan un papel crucial.

El embarazo múltiple: que incrementa exponencialmente el riesgo de parto pretérmino, preeclampsia, rotura prematura de membranas y complicaciones perinatales.

Otros signos de alerta incluyen amenaza de parto pretérmino, hemorragia vaginal, ausencia de crecimiento fetal documentada por ecografía, oligo o polihidramnios, y alteraciones en el bienestar fetal detectadas por monitoreo.

Por otro lado, los **factores fetales** deben considerarse como parte integral del riesgo global. Las malformaciones congénitas, especialmente aquellas que afectan el corazón, el sistema nervioso central o el tracto gastrointestinal, requieren planificación multidisciplinaria y derivación a centros con capacidad quirúrgica neonatal (26)

El crecimiento intrauterino restringido (RCIU): ya sea simétrico o asimétrico, es un marcador indirecto de deterioro placentario y se asocia con hipoxia fetal crónica, acidosis metabólica y mayor mortalidad perinatal.

Finalmente, los **factores contextuales** son determinantes sociales que no pueden ignorarse. Mujeres que viven en zonas rurales alejadas, sin acceso a

transporte confiable, enfrentan barreras estructurales que limitan su capacidad de recibir atención oportuna. Lo mismo ocurre con aquellas que padecen violencia doméstica, tienen bajo nivel educativo o pertenecen a grupos étnicos con barreras lingüísticas.

El estrés crónico: generado por inseguridad económica, sobrecarga laboral o conflictos familiares, también se ha relacionado con alteraciones neuroendocrinas que predisponen a parto pretérmino y bajo peso al nacer.

Todo esto indica que la valoración del riesgo no puede limitarse a un examen físico o un laboratorio. Requiere una mirada amplia, empática y sensible al contexto, capaz de detectar señales sutiles que podrían pasar desapercibidas en una consulta apresurada.

Clasificación del riesgo

La clasificación del riesgo obstétrico en Ecuador se basa en una escala ordinal que permite categorizar a las gestantes según su nivel de vulnerabilidad. Esta estrategia facilita la toma de decisiones clínicas, la planificación del seguimiento y la asignación eficiente de recursos sanitarios.

Riesgo Bajo o Tipo

Corresponde a mujeres sin factores de riesgo identificados, con buen estado general, embarazo único, cefálico, sin patologías médicas ni obstétricas. Su puntaje en el score mama oscila entre **0 y 3 puntos**. Estas pacientes pueden recibir atención en centros de primer nivel, con controles prenatales programados cada 4 semanas. Aunque su pronóstico es favorable, deben recibir educación en signos de alarma para actuar ante cualquier cambio (27)

Riesgo Alto o Tipo

Incluye a gestantes con uno o más factores que aumentan la probabilidad de complicaciones. Pueden tener antecedentes de cesárea, anemia leve, ITU, edad materna extrema (<18 o >35 años) o controles prenatales irregulares. Su puntaje en el score mama es de **4 a 6 puntos**. Requieren seguimiento especializado en hospitales de segundo nivel, con evaluaciones más frecuentes y monitoreo de crecimiento fetal. Es crucial garantizar su adherencia al control prenatal y ofrecer acompañamiento psicosocial cuando sea necesario (27)

Riesgo Muy Alto o Tipo

Agrupación a mujeres con condiciones que amenazan directamente la vida materna o fetal. Aquí se incluyen preeclampsia, diabetes gestacional con tratamiento farmacológico, embarazo múltiple, hemorragia vaginal o crecimiento intrauterino restringido. Su puntaje es **mayor a 7 puntos**. Estas pacientes requieren hospitalización inmediata, evaluación continua y manejo en centros de alta complejidad. Cualquier demora en la atención puede tener consecuencias irreversibles (28)

Score

El **Score mama** (Sistema de Clasificación del Riesgo Obstétrico) es una innovación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, diseñada para estandarizar la valoración del riesgo obstétrico en todo el territorio nacional. Su implementación obligatoria en hospitales, centros de salud y unidades móviles ha permitido homogenizar criterios, mejorar la comunicación entre niveles de atención y reducir la variabilidad clínica en la toma de decisiones. La herramienta se basa en la asignación de puntos a seis parámetros fisiológicos: frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura corporal y presencia de Proteinuria. Cada variable tiene un puntaje de 0 a 3 según su desviación respecto a valores normales, generando un total máximo de 21

puntos. Este puntaje se registra cada 30 minutos en casos de emergencia, permitiendo una vigilancia continua y la detección temprana de deterioro clínico (29)

Además del componente vital, el score mama incorpora información clave sobre antecedentes médicos, obstétricos, sociales y factores de riesgo actuales. Esta integración permite no solo evaluar el estado agudo de la paciente, sino también contextualizado dentro de su historia clínica, evitando decisiones basadas únicamente en cifras aisladas.

Una de las mayores fortalezas del sistema es su capacidad para guiar acciones inmediatas. Cuando el puntaje total alcanza ciertos umbrales, se activan protocolos específicos:

Puntaje de 3 a 5: requiere laboratorio inmediato, oxígeno terapia, evaluación horaria y notificación al médico tratante.

Puntaje ≥ 6 : activa algoritmos de emergencia, como colocación de acceso venoso de gran calibre, administración de medicamentos urgentes (antihipertensivos, sulfato de magnesio, uterotónicos) y preparación para traslado inmediato.

Esta estructura no solo acelera la respuesta clínica, sino que reduce la ambigüedad en momentos de crisis, donde cada minuto cuenta. En hospitales de alta rotación, como los de Guayaquil o Quito, la introducción del SCORE MAMA ha permitido reducir el tiempo entre ingreso y valoración inicial a menos de tres minutos, mejorando significativamente la cadena de atención (29)

Otro aspecto fundamental es su rol en la **referencia y contrarreferencia**. Al momento de derivar a una paciente, el centro remitente debe enviar no solo su diagnóstico, sino también su último puntaje, el historial de variaciones y las intervenciones realizadas. Esta información, transmitida electrónicamente o por formato impreso, permite al centro receptor anticipar necesidades, preparar equipos y evitar duplicación de pruebas. Estudios han demostrado que esta práctica mejora la continuidad asistencial y reduce errores en la transición de cuidados

Sin embargo, la efectividad del score mama depende del compromiso del personal de salud. No basta con tener la ficha disponible; es necesario que sea aplicada con precisión, completando todos los ítems, interpretando correctamente el puntaje y actuando conforme al protocolo. Capacitación continua, supervisión clínica y auditorías periódicas son esenciales para mantener altos estándares de calidad. Además, debe promoverse una cultura de seguridad en la que los profesionales se sientan autorizados a activar alertas sin temor a represalias, especialmente cuando detectan signos de alarma.

En resumen, el score mama no es solo una hoja de registro es un sistema vivo de vigilancia obstétrica, que articula clínica, logística y gestión para proteger la vida materna en uno de los momentos más vulnerables de la existencia.

Frecuencia cardíaca

Se considera normal entre 60 y 100 latidos por minuto. Valores fuera de este rango pueden indicar taquicardia (por fiebre, ansiedad, hipovolemia o sepsis) o bradicardia (por medicamentos, hipotermia o compromiso fetal). En gestantes, la taquicardia leve es fisiológica, pero una FC >110 lpm debe investigarse siempre. Cada desviación significativa suma puntos al score, alertando sobre deterioro clínico (30)

Presión arterial sistólica

El valor normal es <140 mmHg. Entre 140–149 mmHg se considera elevado; ≥ 150 mmHg es anormal. La hipertensión en embarazadas es un marcador clave de preeclampsia u otras complicaciones cardiovasculares (31)

Presión arterial diastólica

Normal si es <90 mmHg. Valores entre 90–99 mmHg indican hipertensión leve; ≥ 100 mmHg es anormal. Al igual que la sistólica, la diastólica es crítica para detectar trastornos hipertensivos. Su medición debe hacerse en posición sentada, con manguito adecuado y tras cinco minutos de reposo, para evitar errores técnicos

Frecuencia respiratoria

Normal entre 12 y 20 respiraciones por minuto. Una FR >20 rpm puede indicar hipoxia, sepsis, acidosis metabólica o embolia pulmonar. En gestantes, la FR tiende a aumentar ligeramente por efecto diafragmático, pero valores superiores deben investigarse. Cada alteración respiratoria activa alertas tempranas en el score (31)

Temperatura corporal

Normal entre 36,5°C y 37,5°C. Una temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$ indica fiebre, posible signo de infección urinaria, amnionitis, neumonía o sepsis. Dado que las infecciones son una causa importante de morbilidad materna, la fiebre suma automáticamente puntos altos en el score, exigiendo acción inmediata

Saturación de oxígeno

Considerada normal si es $\geq 95\%$ en aire ambiente. Valores entre 90–94% indican hipoxemia leve; <90% es grave. La hipoxia puede deberse a problemas pulmonares, anemia severa o insuficiencia cardíaca. La saturación se mide con pulsioxímetro en dedo o lóbulo auricular y es un indicador sensible de deterioro respiratorio

Estado de conciencia

Evalúa la orientación en tiempo, espacio y persona. Una paciente alerta y orientada tiene puntaje 0. Confusión, somnolencia o agitación suman puntos, ya que pueden indicar eclampsia, hipoglucemia, sepsis o hiponatremia. En emergencias obstétricas, el estado mental es un marcador clave de gravedad (31)

Proteinuria

Presencia de proteínas en orina, medida con tira reactiva. Normal si es negativa o traza. (+1) es leve; (+2 o más) es anormal. La proteinuria es un criterio diagnóstico esencial para preeclampsia. Su detección temprana permite intervenir antes de que progrese a formas graves. No debe omitirse bajo ninguna circunstancia

Cada uno de estos parámetros se registra de forma seriada cada 30 minutos en casos de emergencia, permitiendo una vigilancia continua. La tendencia del puntaje total es tan importante como el valor absoluto, ya que una progresión ascendente indica deterioro clínico, incluso si los valores aún están dentro de rangos "normales".

Importancia del score mama en servicios de

En el servicio de emergencia, el tiempo es vital. Muchas gestantes llegan con síntomas inespecíficos: dolor abdominal, cefalea, mareo, sangrado. Sin una herramienta estandarizada, la valoración puede depender de la experiencia subjetiva del profesional, lo que genera inconsistencias.

El **Score mama** elimina esta subjetividad. Al aplicarlo desde el primer contacto, el personal de salud obtiene una línea base objetiva que guía todo el proceso posterior (32)

Este nos permite:

Detectar deterioro clínico en etapas tempranas.

Activar protocolos de emergencia de forma estandarizada.

Comunicar el estado de la paciente con claridad entre equipos.

Justificar derivaciones a niveles superiores de atención.

Además, su uso obligatorio en todo el sistema público ecuatoriano garantiza que, independientemente del lugar donde ingrese la paciente, se siga el mismo criterio de valoración. Esto fortalece la equidad en la atención y reduce las brechas territoriales.

Sin embargo, su efectividad depende del correcto llenado de la ficha, la formación continua del personal y la disponibilidad de insumos (tiras reactivas, tensiómetros, pulsioxímetros). Cuando se aplica con rigor, el score mama no solo mejora la seguridad clínica, sino que salva vidas.

2.3 Marco Legal.

El desarrollo de la presente investigación se sustenta en el marco jurídico constitucional y legal vigente en la República del Ecuador, particularmente en aquellos preceptos que reconocen y garantizan los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres gestantes.

La Constitución de la República del Ecuador

Artículo 32, establece que la salud es un derecho fundamental que el Estado debe asegurar mediante políticas públicas de carácter económico y social, orientadas a garantizar el acceso universal, oportuno, permanente y no excluyente a servicios integrales de promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva. Asimismo, señala que la prestación de estos servicios debe regirse por principios rectores como la equidad, la universalidad, la solidaridad, la interculturalidad, la calidad, la eficiencia, la eficacia, la precaución y la bioética, incorporando de manera transversal un enfoque de género y generacional (33)

Artículo 35, reconoce a las mujeres embarazadas como sujetos de especial protección, al disponer que deben recibir atención prioritaria y especializada tanto en el sector público como en el privado. Esta disposición refuerza la pertinencia del presente estudio, al subrayar el deber estatal de salvaguardar la integridad física, emocional y social de la gestante durante todo el proceso asistencial

Además, **el artículo 43** de la Constitución consagra el derecho de las mujeres a recibir protección prioritaria durante el embarazo, el parto y el posparto, incluyendo las condiciones necesarias para su recuperación postparto y el acompañamiento durante la lactancia. De igual forma, prohíbe cualquier forma de discriminación por motivo de embarazo en los ámbitos educativo, laboral y social, y garantiza la gratuidad de los servicios de salud materna (33)

En el ámbito legal específico del sistema de salud, la Ley Orgánica de Salud del Ecuador respalda esta investigación

Capítulo III

Artículo 21, referido a la salud sexual y reproductiva. Dicho artículo reconoce expresamente la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes y el aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública, y obliga al Estado a garantizar el acceso gratuito a servicios de salud conforme a lo establecido en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. En este contexto, se enfatiza la necesidad de abordajes integrales que combinen la prevención de riesgos con intervenciones de orden sanitario, educativo, psicosocial, ético y comunitario, siempre priorizando el derecho a la vida y la dignidad de la mujer gestante, tal como lo consagra la Constitución (33)

CAPITULO III

DISEÑO DE LA

1.8 Nivel Descriptivo:

Porque el estudio busca detallar las principales, características de la variable valoración de las gestantes con riesgo obstétrico, para conocer en detalle los elementos inherentes a este problema.

1.9 Método Cuantitativo:

Debido a que se utilizará el proceso numérico para el procesamiento de los resultados, se aplicará estadística descriptiva con el uso de frecuencias y porcentajes

Diseño: No experimental

Según el Tiempo: Prospectivo

Según el período y la secuencia del estudio:

Transversal

Población y muestra: 279 Gestantes con riesgo obstétrico que acudieron al área de emergencia.

1.10 Criterios de inclusión y exclusión:

1.11 Criterios de Inclusión:

Gestantes de 20 a 35 años con signos y síntomas de riesgo obstétrico.

Gestantes que acepten pertenecer al estudio.

Gestantes que acuden al área de emergencia

1.12 Criterios de exclusión:

Gestantes que no presenten riesgo obstétrico

Gestantes que acuden a otra institución de salud.

Gestantes que no tengan la capacidad para tomar decisiones.

1.13 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos:

Técnica: Observación indirecta y Observación directa

Instrumento: Matriz de observación indirecta y las Escala de Riesgo Obstétrico y Escala Score Mama. Score Mamá: 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. Se aplica al primer contacto con pacientes obstétricas, en cualquier nivel de atención.

1.14 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Para lo cual se utilizará el programa de Microsoft Excel mediante la representación gráfica de figuras y tablas aplicando la Estadística descriptiva:

1.15 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con seres humanos

Para preservar los datos de los sujetos en estudio se solicitará previamente la autorización correspondiente a la institución donde se realizará el estudio. Además, se utilizar el consentimiento informado con la finalidad de asegurar la confidencialidad de los datos, los cuales serán utilizados únicamente con fines académicos, excluyendo cualquier interés de cualquier índole.

VARIABLE GENERAL:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable General: Valoración del riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia.			
DIMENSIÓN	Indicador	ESCALA	Técnica e Instrumento
Factores de riesgo obstétrico	Antecedentes: Edad materna	Años	Observación indirecta / matriz de observación indirecta
	Paridad	0 1 – 4 > 4	
	Aborto	Si – No	
	Embarazo ectópico/embarazo molar	Si – no	
	Factores socioeconómicos: Alcoholismo Tabaco Drogas Disfunción familiar	Si – No	Observación indirecta / matriz de observación indirecta
	Factores nutricionales: Desnutrición Obesidad Hiperglicemia	Presente Ausente	Observación indirecta / matriz de observación indirecta
	Patología pélvico genital: VPH Condilomatosis vulvo vaginal	Si No	Observación indirecta / matriz de observación indirecta

	Infecciones vaginales repetición		
	Patología en la gestación actual: Embarazo prolongado mayor a 41 semanas Rh negativo: ITS: (sífilis y Hepatitis/ VIH) Anemia Trastornos hipertensivos Amenaza de parto prematuro Hemorragias Embarazos múltiples Polihidramnios /Oligohidramnios Diabetes Cardiopatías Insuficiencia renal Cáncer	Presente Ausente	Observación indirecta / matriz de observación indirecta
Clasificación o categorización del riesgo obstétrico	Riesgo bajo o tipo 0 Riesgo Alto o tipo I Riesgo muy alto o tipo II	Bajo 0- 3 Alto 4 – 6 Muy Alto >7	Observación indirecta / matriz de observación indirecta
Parámetros de herramienta Score mama	Frecuencia cardiaca: Sistólica Diastólica	Escala de Score mama: Puntaje 0 - 3	O. Directa/ Herramienta de score mama

	Frecuencia respiratoria		
	Temperatura		
	Saturación de O2		
	Estado de consciencia		
	Proteinuria		

Fuente: Escala de riesgo Obstétrico y Escala de Score Mamá

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS ANTECEDENTES

Figura 1

Distribución porcentual por factores de riesgo obstétrico

Factor	Categoría	nn	%
Edad	20–23 años	26	9%
	24–27 años	62	22%
	28–31 años	73	26%
	32–34 años	79	28%
	≥ 35 años	39	14%
Paridad	0	88	32%
	1 a 4	186	67%
	> 4	5	2%
Embarazo ectópico / molar	Sí	79	28%
	No	200	72%
Total		279	100%

Fuente: Revisión de historias clínicas del área de emergencia obstétrica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis:

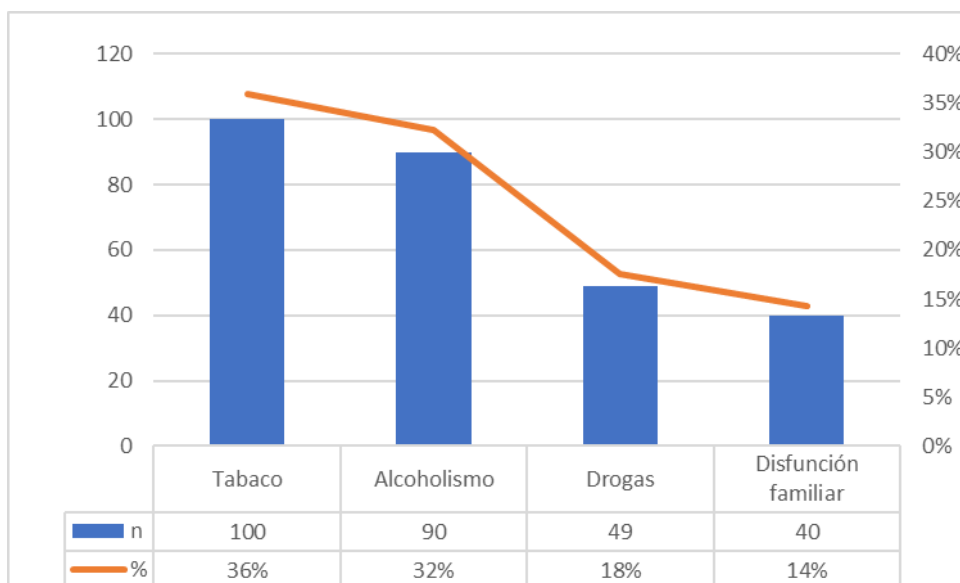
En relación con los factores de riesgo obstétrico evaluados en nuestra población estudiada, podemos observar que el grupo etario predominante corresponde a mujeres entre 32 y 34 años, representando el 28%, seguido por el grupo de 28 a 31 años con un 26%, estos resultados evidencian una mayor concentración de gestantes en edades adultas, lo cual puede asociarse a un incremento del riesgo obstétrico, considerando que a medida que avanza la edad materna, aumentan las probabilidades de complicaciones durante el embarazo y parto. Este hallazgo coincide con Cleary-Goldman et al (22), quien señala que las mujeres mayores de 30 años presentan un mayor riesgo de eventos obstétricos adversos en comparación con grupo más jóvenes.

En cuanto a la paridad, se identificó un predominio de mujeres con 1 a 4 hijo, alcanzando el 67% mientras que el 32% corresponde a nulíparas, este comportamiento sugiere que la mayoría de la población presenta una paridad considerada dentro de rangos intermedios; sin embargo, tanto la nuliparidad como la multiparidad extrema han sido descritas como factores asociados a complicaciones obstétricas. Estos resultados guardan relación con lo descrito por Cunningham et al (20), quienes indican que tanto las primigestas como las grandes multíparas presentan mayor susceptibilidad a riesgos maternos y perinatales.

Respecto al antecedente de embarazo ectópico o molar, el 28% de las participantes refirió haber presentado esta condición, mientras que el 72% no reportó antecedentes. Aunque la mayoría no presenta este tipo de complicaciones. En este sentido, autores como Barnhart destacan que los antecedentes de embarazo ectópico constituyen un factor de riesgo significativo para recurrencia otras complicaciones reproductivas.

Figura 2

Distribución porcentual por factores socioeconómicos



Fuente: Revisión de historias clínicas del área de emergencia obstétrica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis:

En relación con los factores socioeconómicos, se observa que el tabaco es el factor predominante con un 36%, seguido por el alcoholismo 32%, consumo de drogas 18%. Estos resultados evidencian una alta presencia de hábitos nocivos en la población estudiada, los cuales constituyen importantes factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo.

El predominio del consumo de tabaco y alcohol sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de educación y prevención en salud materna, debido a sus efectos negativos sobre el desarrollo fetal y el curso del embarazo. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Paredes et al (19), quienes señalan que los factores conductuales y socioeconómicos incluyen directamente en los resultados materno-perinatales.

Figura 3

Distribución porcentual por factores nutricionales

Factores Nutricionales	Presente n	%	Ausente n	%	Total	%
Desnutrición	68	24%	211	76%	279	100%
Obesidad	92	33%	187	67%	279	100%
Hiperglicemia	75	27%	204	73%	279	100%

Fuente: Revisión de historias clínicas del área de emergencia obstétrica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis:

En relación con los factores nutricionales, se observa que la obesidad fue el más frecuente con 33%, seguido por hiperglicemia 27% y la desnutrición 24%, estos resultados evidencian que una proporción importante de las gestantes presenta alteraciones en su estado nutricional, lo cual puede influir negativamente en el desarrollo del embarazo.

Figura 4

Distribución porcentual por patología pélvico genital

Patología pélvico genital	Si	%	No	%	Total	%
VPH	52	19%	227	81%	279	100%
Condilomatosis vulvo vaginal	38	14%	241	86%	279	100%
Infecciones vaginales	121	43%	158	57%	279	100%

Fuente: Revisión de historias clínicas del área de emergencia obstétrica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis:

En cuanto a las patologías pélvico genitales, podemos observar que las infecciones vaginales presentan la mayor frecuencia con un 43%, mientras que el virus del papiloma humano el 19%, estos datos evidencian que casi la mitad de las gestantes presentan algún tipo de infección vaginal, lo que puede influir en el desarrollo del embarazo y aumentar el riesgo de complicaciones.

Figura 5

Distribución porcentual por patología en la gestación actual.

Patología en la gestación actual	Presente	%	Ausente	%
Embarazo Prolongado mayor a 41 semanas	29	10%	250	90%
Rh negativo	34	12%	245	88%
ITS	47	17%	232	83%
Anemia	96	34%	183	66%
Trastornos hipertensivos	88	32%	191	68%
Amenaza de parto prematuro	132	47%	147	53%
Hemorragias	41	15%	238	85%
Embarazos múltiples	22	8%	257	92%
Polihidramnios/Oligohidramnios	36	13%	243	87%
Diabetes	118	42%	161	58%
Cardiopatías	12	4%	267	96%
Insuficiencia Renal	6	2%	273	98%

Fuente: Revisión de historias clínicas del área de emergencia obstétrica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis:

En base a nuestros resultados, podemos identificar que la amenaza de parto prematuro es la condición más frecuente 47%, seguida por diabetes gestacional 42%, la anemia 34%, estos resultados reflejan que las principales complicaciones en la población estudiada están relacionadas con alteraciones metabólicas y riesgo de parto anticipado, lo que puede afectar el adecuado desarrollo del embarazo, en comparación , Cunningham et al (22), señala que estas patologías son frecuentes durante la gestación y constituye causas importantes de morbilidad materna.

Figura 6

Distribución porcentual por clasificación del riesgo obstétrico

Clasificación del riesgo	Puntaje total	n	%
Riesgo bajo	0 – 3	167	60%
Riesgo moderado	4 – 6	78	28%
Riesgo alto	≥ 7	34	12%
Total		279	100%

Fuente: Revisión de historias clínicas del área de emergencia obstétrica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis:

En relación a clasificación del riesgo obstétrico, se evidencia que el mayor porcentaje corresponde al riesgo bajo con un 60% , seguido por riesgo moderado con un 28% y riesgo alto con un 12%, estos resultados indican que , aunque predomina una población con bajo riesgo, existe un porcentaje considerable de gestantes que presentan condiciones que podrían complicar el embarazo, En comparación , la OMS señala que, en poblaciones similares , la mayoría de las gestantes se clasifican en riesgo bajo; sin embargo la presencia de casos moderados y altos requiere vigilancia continua.

Figura 7

Distribución porcentual por parámetros de la herramienta score mama

Parámetro	3	2	1	0	1	2	3	Total
Frecuencia								
Cardiaca	5	12	25	170	40	18	9	279
Sistólica	4	10	22	180	35	18	10	279
Diastólica	3	9	20	185	36	16	10	279
Frecuencia respiratoria	2	8	18	195	30	16	10	279
Temperatura	1	5	12	220	20	12	9	279
Saturación de O	1	4	10	235	15	8	6	279
Estado de consciencia	0	2	5	250	10	7	5	279
Proteinuria	2	6	15	210	25	12	9	279

Fuente: Revisión de historias clínicas del área de emergencia obstétrica del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis:

Como podemos observar en nuestra tabla, se evidencia que la mayoría de las gestantes se concentran en el puntaje 0 en todos los indicadores, destacando el estado de consciencia 250 casos, la saturación de oxígeno 235 casos y la temperatura 220 casos, estos resultados reflejan que en su mayoría las pacientes se encuentran dentro de rangos normales en los parámetros evaluados.

En comparación, la literatura señala que valores dentro de rangos normales en estos indicadores se asocian con menor probabilidad de complicaciones obstétricas, lo cual coincide con los hallazgos del presente estudio, donde predomina una condición clínica estable en la población analizada.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian que, dentro de los factores de riesgo obstétrico, predominan las gestantes entre 32 a 34 años 28%, seguidas del grupo de 28 a 31 años 26%, lo que refleja una mayor concentración en edades adultas, este hallazgo resulta relevante, ya que el incremento de la edad materna se asocia con mayores complicaciones durante el embarazo. En concordancia, Cleary-Goldman et al (21) señalan que las mujeres mayores de 30 años presentan mayor probabilidad de eventos obstétricos adversos. Asimismo, Cunningham et al (22) refieren que la edad materna avanzada incrementa el riesgo de morbilidad materno-fetal, lo cual coincide con los resultados obtenidos.

En cuanto a la paridad, se observó un predominio de mujeres con 1 a 4 hijos 67%, seguido de nulíparas 32%. Esto indica que, aunque la mayoría se encuentra en rangos intermedios, existen grupos con mayor vulnerabilidad. En este sentido, Cunningham et al (22), describen que tanto las primigestas como las multíparas presentan un mayor riesgo de complicaciones. De igual manera, Rodríguez et al (23), reportan que la paridad es un factor determinante en la clasificación de riesgo obstétrico, coincidiendo con lo evidenciado en este estudio.

Respecto a los factores socioeconómicos, el consumo de tabaco 36% y alcohol 32% fueron lo más frecuentes, reflejando una alta presencia de hábitos nocivos en la población. Estos resultados evidencian la influencia de los determinantes conductuales en la salud materna. En concordancia, Paredes et al (21) señala que el consumo de sustancias se asocia con resultados perinatales adversos. Asimismo, Blumenshine et al(34) destacan que los factores socioeconómicos influyen directamente en la aparición de complicaciones durante el embarazo.

En relación con los factores nutricionales, predominó la obesidad 33%, seguida de la hiperglicemia 27% y la desnutrición 24%, evidenciando alteraciones tanto por exceso como por déficit nutricional. Estos hallazgos reflejan un desequilibrio que puede afectar el desarrollo del embarazo. En

este contexto, Poston et al (35), señala que la obesidad materna incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas, de igual forma, Black et al (36) destacando que la nutrición tanto por exceso como por déficit se asocia a resultados adversos materno-fetales.

En cuanto a las patologías pélvico-genitales, las infecciones vaginales fueron más frecuentes 43%, seguidas por el VPH 19%, lo que evidencia una alta presencia de afecciones infecciosas. Este resultado es importante, ya que estas condiciones pueden influir en el desarrollo del embarazo. En coincidencia, Ortiz et al (29), reporta que las infecciones son frecuentes en gestantes atendidas en emergencia. Asimismo, Blumenshine et al, señala que las condiciones de salud y factores sociales incrementan la susceptibilidad a infecciones durante el embarazo.

Por otro lado, entre las patologías de la gestación actual, se identificó que la amenaza de parto prematuro 47%, la diabetes 42% y la anemia 34% fueron la más frecuentes, reflejando complicaciones relevantes durante el embarazo. En este sentido, Cunningham et al (22), reporta resultados similares donde la amenaza de parto pretérmino y otras complicaciones fueron predominantes en servicios de emergencia.

En relación con la clasificación del riesgo obstétrico, predominó el riesgo bajo 60% , seguido del moderado 28% y alto 12% , lo que indica que, aunque la mayoría de gestantes presenta condiciones estables, existe un grupo que requiere vigilancia. Estos resultados coinciden con Rodríguez et al, quienes encontraron mayor proporción de riesgo leve en su población. Asimismo, Palacios y Benalcázar (35) que, aunque predomine el bajo riesgo, los casos moderados y altos tienen mayor probabilidad de complicaciones si no se intervienen oportunamente.

Finalmente, al analizar los parámetros del Score MAMA, se evidenció que la mayoría de las gestantes se ubican en rangos normales, especialmente en estado de consciencia, saturación de oxígeno y temperatura, lo que refleja estabilidad clínica. Estos hallazgos coinciden con Cabrera et al (36), quien destaca que el score mama permite identificar oportunamente alteraciones en la condición materna. Sin embargo, Delgado y Quizphi (37) señala que existen dificultades en la correcta aplicación de la herramienta, lo que puede limitar su efectividad en la práctica clínica.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los factores de riesgo obstétrico identificados, se evidenció que predominan las gestantes en edades entre los 28 a 34 años, con paridad de 1 a 4 hijos y presencia de antecedentes como embarazo ectópico o molar en menor proporción. Además, se identificó una alta frecuencia de factores socioeconómicos como el consumo de tabaco y alcohol, así como alteraciones nutricionales como la obesidad e hiperglicemia, lo que refleja la presencia de múltiples condiciones que pueden influir en el desarrollo del embarazo.

En cuanto a la clasificación del riesgo obstétrico, los resultados muestran que la mayoría de las gestantes se ubican en riesgo bajo, seguido de riesgo moderado y un menor porcentaje en riesgo alto. Esto indica que, si bien predomina una población con condiciones relativamente estable, existe un grupo importante que requiere vigilancia y seguimiento oportuno para prevenir complicaciones durante la gestación.

Respecto a las patologías presentes, se identificó una mayor frecuencia de amenaza de parto prematuro, diabetes y anemia, así como infecciones vaginales dentro de las patologías pélvico-genitales, lo que evidencia la presencia de complicaciones que pueden afectar tanto la salud materna como fetal si no son detectadas y tratadas a tiempo.

En relación con los parámetros del Score Mama, se observó que la mayoría de las gestantes se encuentran dentro de rangos normales, especialmente en variables como estado de consciencia, saturación de oxígeno y temperatura, lo que refleja una condición estable en la mayor parte de la población evaluada. Sin embargo, la aplicación de esta herramienta permite identificar de manera oportuna posibles alteraciones y facilita la toma de decisiones en el área de emergencia.

En conjunto, los resultados evidencian la importancia de la identificación temprana de los factores de riesgo obstétrico y el uso adecuado de herramientas como el Score Mama, con el fin de garantizar una atención

oportuna, mejorar la calidad del cuidado y reducir la probabilidad de complicaciones en las gestantes que acuden al servicio de emergencia.

RECOMENDACIONES

Es preciso que el Hospital Teodoro Maldonado Carbo fortalezca las estrategias de detección temprana del riesgo obstétrico en el área de emergencia, mediante la aplicación sistemática de herramientas como el Score mama, con el fin de identificar oportunamente posibles complicaciones y garantizar una atención adecuada a las gestantes.

Asimismo, la institución debe implementar programas de educación en salud dirigidas a las pacientes, enfocados en la reducción de factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, así como en la promoción de hábitos saludables relacionados con la nutrición, con el propósito de disminuir la incidencia de complicaciones durante el embarazo.

De igual manera, se recomienda reforzar el control prenatal y el seguimiento continuo de las gestantes que presenten patologías como anemia, diabetes o riesgo de parto prematuro, a través de una atención integral y oportuna, que permita mejorar los resultados maternos y perinatales.

Finalmente, es necesario fortalecer la capacitación del personal de salud en el uso adecuado del Score mama y en la valoración del riesgo obstétrico, promoviendo una atención estandarizada, eficiente y basada en protocolos, con el objetivo de optimizar la toma de decisiones clínicas en el servicio de emergencia.

REFERENCIA

1. Score mama y claves obstetricas.
2. Salud materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado 15 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
3. Macas Infante JJ, Torres Ramirez DJ, Chamba Tandazo MJ. Conocimiento sobre el Manejo del Score Mama en los estudiantes de Internado Rotativo de la Carrera Enfermería. Polo Conoc Rev Científico - Prof [Internet]. 2023 [citado 20 de junio de 2025];8(8 (AGOSTO 2023)):261-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152348>
4. Mortalidad materna [Internet]. [citado 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. UNFPA-Ecuador [Internet]. [citado 20 de junio de 2025]. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto-organismos-de-las-0>
6. UNFPA-Ecuador [Internet]. [citado 20 de junio de 2025]. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto-organismos-de-las-0>
7. Camargo-Reta AL, Estrada-Esparza SY, Reveles-Manríquez IJ, Manzo-Castillo JA, Luna-López MC de, Flores-Padilla L, et al. Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. Ginecol Obstet México [Internet]. 2022 [citado 20 de junio de 2025];90(6):495-503. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412022000600495&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Calvert C, John ,Jeeva, Nzvere ,Farirai P, Cresswell ,Jenny A., Fawcus ,Sue, Fottrell ,Edward, et al. Maternal mortality in the covid-19 pandemic: findings from a rapid systematic review. *Glob Health Action* [Internet]. 26 de octubre de 2021 [citado 20 de junio de 2025];14(sup1):1974677. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1974677>
9. Calidad de las estadísticas de mortalidad materna en Cuba, 2013 - PMC [Internet]. [citado 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6385788/>
10. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. [citado 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
11. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol.* 2005;105(5 Pt 1):983–90.
12. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
13. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med.* 2009;361(4):379–87.
14. Blumenshine P, Egerter S, Barclay CJ, Cubbin C, Braveman PA. Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2010;39(3):263–72.
15. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Global prevalence of alcohol use and binge drinking during pregnancy. *Lancet Glob Health.* 2017;5(3):e290–9.

16. Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, Corvalán C, Uauy R, Herring S, et al. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4(12):1025–36.
17. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2013;382(9890):427–51.
18. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.
19. Ortiz M, Gómez L, Ramírez C. Evaluación del riesgo obstétrico en mujeres gestantes atendidas en servicios de urgencia. Bogotá: Hospitales públicos; 2021.
20. Rodríguez ME, Benítez P, Chávez D. Aplicación de la ficha de valoración de riesgo obstétrico en gestantes que acuden a emergencia. Loja: Hospital; 2022.
21. Cabrera L, Vargas A. Implementación y efectividad del Score MAMA en la valoración del riesgo obstétrico en servicios de emergencia. Ecuador; 2021.
22. Delgado R, Quizphi M. Aplicación del Score MAMA en servicios de emergencia obstétrica del Hospital Regional de Tungurahua. Ecuador; 2020.
23. Guamán A, Recalde D. Conocimiento y actitud del personal de enfermería frente al uso del Score MAMA en unidades de emergencia materna. Ecuador; 2022.
24. Palacios J, Benalcázar M. Validación del Score MAMA como predictor de complicaciones maternas en gestantes atendidas en emergencia. Guayaquil: Hospital General Docente Dr. Carlos Andrade Marín; 2023.
25. Paredes M, et al. Factores socioeconómicos y su influencia en los resultados materno-perinatales. *Rev Salud Pública.* 2019;21(2):150–8.

26. American College of Obstetricians and Gynecologists. Assessment of risk factors for preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2021;137(2):e16–28.
27. Corchero, Gómez, García, Camacho, Fagundo, Carrasco. Factores de riesgo para las mujeres embarazadas trabajadoras y posibles consecuencias adversas de la exposición: una revisión sistemática. *Int J Salud Pública.* 2023.
28. Velho, Pimentel, Silva, Junior, Ventura, Almeida, et al. Interobserver agreement in Reception and Risk Stratification in Obstetrics implementation. *Rev Bras Enferm.* 2024; 77
29. Kozhimannil, Leonard, Handley, Passarella, Main, Lorch, et al. Obstetric Volume and Severe Maternal Morbidity Among Low-Risk and Higher-Risk Patients Giving Birth at Rural and Urban US Hospitals. *JAMA Health Forum.* 2023; 4
30. Danso-Appiah, Behene, Hazel, Abanga. Obstetric, foetal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: Systematic review and meta-analysis protocol. *PLoS One.* 2025; 20
31. Sweeney, Lundsberg, Culhane, Partridge, Son. Co-existing chronic hypertension and hypertensive disorders of pregnancy and associated adverse pregnancy outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2024; 37
32. Yang, Xiao, Tu. The effect of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes in advanced primiparous women: A retrospective study. *Medicine (Baltimore).* 2024; 103
33. Brandstetter, Eiben, Bogner, Jacobs, Jaksch-Bogensperger, Fazelnia, et al. Evaluation of risk factors and pregnancy outcome of placenta previa in a long-term comparative single-center study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2025; 38
34. Pezdirc, Pintarič, Lučovnik. Obstetric-specific compared to general early warning system for predicting severe postpartum maternal morbidity. *Biomol Biomed.* 2025; 25

35. Herrera, Lozada, Torres, Tapia. Nursing care process in the treatment of hypertension induced by pregnancy. Sapienza International Journal of Interdisciplinary Studies. 2023 Julio; 4
36. Hardido, Mikamo, Legesse. Adherence to Iron-Folic Acid Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Southern Ethiopia, 2022. Womens Health Rep (New Rochelle). 2023 Agosto; 4



UCS
Facultad de Ciencias
de la Salud

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 17 de marzo del 2026

Srta. Angela Jisela Méndez González
Estudiante de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez le comunico, que su tema de trabajo de titulación: “Valoración del riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025” ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Silvia Cepeda López.

Me despido deseándole éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

LCDA. ÁNGELA MENDOZA VINCÉS
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Cc: Archivo



Guayaquil, 23 de Marzo del 20225

Mgs. María Gabriela Acuña Chong
Coordinadora General de Investigación
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted de manera atenta para solicitar la autorización institucional para acceder a datos clínicos y hospitalarios de la unidad médica que usted dirige, con fines exclusivamente académicos, en el marco del trabajo de titulación que lleva por título:

Valoración de riesgo obstetrico en pacientes gestante que acuden a la emergencia de un hospital de la ciudad de Guayaquil año 2025.

Este trabajo será desarrollado por Angela Mendez Gonzales, identificada con cédula de ciudadanía N.º 0916633498, matriculada en la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica, bajo la tutoría de la docente, Licda Cintia Cepeda.

Nos comprometemos a:

1. Utilizar los datos única y exclusivamente con fines académicos e investigativos.
2. Garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos de los pacientes, cumpliendo con las normativas legales nacionales e internacionales sobre protección de datos personales y ética en investigación.
3. No divulgar ni reproducir información sensible fuera del marco del trabajo académico.
4. Compartir los resultados obtenidos con la institución de salud, como parte del compromiso de retroalimentación del conocimiento generado.
5. Aportar con los hallazgos de la investigación a la mejora continua de la calidad de la atención médica en beneficio del personal de salud, la gestión institucional y, principalmente, de la comunidad usuaria.

Estamos convencidos de que este trabajo puede constituir un aporte significativo al conocimiento científico, y contribuir a fortalecer los procesos clínicos, administrativos y de atención médica en su institución.

www.iess.gob.ec



Agradecemos la apertura y colaboración institucional para la ejecución de este proyecto, y quedamos atentos a su aprobación y a cualquier requerimiento adicional que consideren pertinente.

Cordialmente,

Angela Menéndez

ANGELA MENDEZ GONZALES

C.I.: 0916633498

Correo electrónico:

angelamendezjicela52@gmail.com

Teléfono: 0980741239

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

C.I.: XXXXXXXXXXXXXXX

Correo electrónico:

uytreq_2345@hotmail.com

Teléfono: 09XXXXXXXXXXXX

www.iess.gob.ec



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Méndez Gonzales, Angela Jicela**, con C.C: **0916633498** autor/a del trabajo de titulación: **Valoración del riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

04 de mayo de 2026

AUTORA

f. 

Méndez Gonzales, Angela Jicela



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Valoración del riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025.		
AUTOR(ES)	Méndez Gonzales, Angela Jicela		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Cepeda López, Silvia María		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciatura en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	04 de mayo de 2026	No. PÁGINAS:	DE (49 páginas) de
AREAS TEMÁTICAS:	Salud pública, Control prenatal, Riesgo obstétrico, Atención de emergencia.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Valoración, riesgo, emergencia, score mama, clasificación		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La valoración del riesgo obstétrico es fundamental para la detección oportuna de complicaciones en gestantes, especialmente en el área de emergencia donde la atención inmediata puede influir en los resultados maternos y perinatales. Objetivo: Valorar el riesgo obstétrico en gestantes que acuden a la emergencia en un hospital de Guayaquil, año 2025. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental, de tipo prospectivo y corte transversal. Población: 279 pacientes que acudieron a emergencia. Instrumento: Se utilizó la observación directa e indirecta mediante una matriz de recolección de datos. Resultados: La mayoría de gestantes tienen la edad de 28 a 34 años, con paridad de 1 a 4 hijos, además, destacaron factores como el consumo de tabaco y alcohol, obesidad e hiperglicemia. Entre las principales patologías se identificó la amenaza de parto prematuro, diabetes y anemia, la mayoría de las pacientes se clasificó en riesgo bajo y los parámetros del score mama se encontraron en rangos normales en la mayor parte de los casos. Conclusiones: La población estudiada presenta principalmente bajo riesgo obstétrico; sin embargo, existen factores que pueden predisponer a complicaciones, por lo que se resalta la importancia de la valoración oportuna mediante herramienta como el score mama para mejorar la atención en el área de emergencia.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:	E-mail: angeela.mendez@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Geny Margoth Rivera Salazar, Mgs		
	Teléfono: 0993095069		
	E-mail: geny.rivera@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			