



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATERNO-FETAL
MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS

**ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA: EVALUACIÓN APLICANDO EL
MODELO DE LAS TRES DEMORAS**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Medicina
Materno Fetal

Andreina Damarilys Chirinos Rodríguez
Mercedes del Carmen Marchena García

Tutor: Carlos Cabrera

Caracas, julio 2019



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

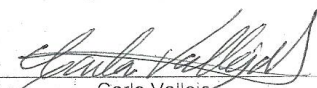
Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **ANDREINA DAMARILYS CHIRINOS RODRÍGUEZ**, Cédula de Identidad N° V- 18.630.851, bajo el título "**ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA: EVALUACIÓN APLICANDO EL MODELO DE LAS TRES DEMORAS**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO-FETAL-MCP** dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 26 de julio de 2019 a las 09:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que esta hizo en Sala alternativa del CIM, ubicado en la Escuela de Medicina Luis Razetti, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad y por el aporte a la prevención de la mortalidad materna.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 26 días del mes de julio del año 2019, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Carlos Cabrera Lozada


Carla Vallejo
C.I. V- 15.316.325.
Maternidad Concepción Palacios
Miembro Principal


Judith Toro Merlo
C.I. V- 3.796.316
Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio
Hernández"
Miembro Principal


Carlos Cabrera Lozada
C.I. V- 3.984.101
Maternidad Concepción Palacios
Tutor

CC./26/07/19





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

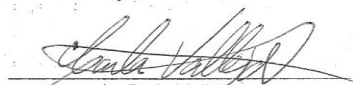


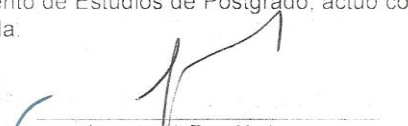
VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **MERCEDES DEL CARMEN MARCHENA GARCÍA** Pasaporte N° C1653629, bajo el título "ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA: EVALUACIÓN APLICANDO EL MODELO DE LAS TRES DEMORAS", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO-FETAL-MCP** dejan constancia de lo siguiente

- 1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 26 de julio de 2019 a las 09:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que esta hizo en Sala alternativa del CIM, ubicado en la Escuela de Medicina Luis Razetti, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado
- 2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.
- 3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad y por el aporte a la prevención de la mortalidad materna.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 26 días del mes de julio del año 2019, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Carlos Cabrera Lozada.

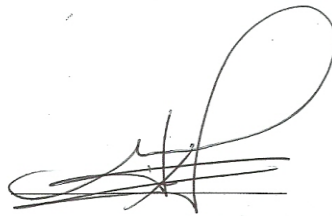

Carla Vallejo
C.I. V- 15.316.325.
Maternidad Concepción Palacios
Miembro Principal


Judith Toro Merlo
C.I. V- 3.796.316
Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio
Hernández"
Miembro Principal


Carlos Cabrera Lozada
C.I. V- 3.984.101
Maternidad Concepción Palacios
Tutor

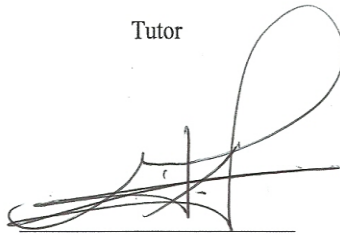


CC/26/07/19



Carlos Cabrera Lozada

Tutor



Carlos Cabrera Lozada

Director del Curso



Alexandra Rivero

Coordinadora del Curso



Mireya González Blanco

Asesora

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADEMICO
SISTEMA DE INFORMACION CIENTIFICA, HUMANISTICA Y TECNOLOGICA
(SICHT)

FECHA: 26/07/19

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE
LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO, Y
TESIS DOCTORAL**

DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Nosotras, Andreina Damarilys Chirinos Rodriguez y Mercedes del Carmen Marchena

García autor(as) del trabajo o tesis ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

EVALUACIÓN APLICANDO EL MODELO DE LAS TRES DEMORAS presentado

para optar al título de: Especialista en Medicina Materno Fetal.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4,638 Extraordinaria, 01-10-1993).

Si autorizamos

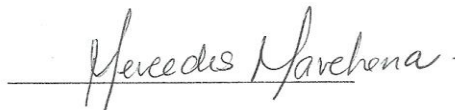
Firma(s) autor (es)



Andreina Damarilys Chirinos Rodriguez

C.I. 18.630.851

E-mail: andrechirinosr@gmail.com



Mercedes del Carmen Marchena García

Pasaporte C1653629

E-mail: mercedesdelcarmen33@gmail.com

En Caracas a los 26 días del mes de julio del 2019

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo. La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía y fortaleza para seguir adelante.
A mi esposo Jonnathan por su cariño, paciencia y comprensión.
Por estar siempre a mi lado apoyándome para lograr que mis sueños se hagan realidad.
A mis padres y hermanos por su amor incondicional, apoyo y confianza en todos mis proyectos como persona y como profesional.
Gracias a ellos he logrado cumplir mis metas.

Mercedes

INDICE DE CONTENIDO

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MÉTODOS	18
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	23
REFERENCIAS	33
ANEXOS	37

*ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA: EVALUACIÓN APLICANDO EL
MODELO DE LAS TRES DEMORAS*

Andreína Damarilys Chirinos Rodríguez, C.I. V-18.630.851. Sexo: Femenino, E-mail: andrechirinosr@gmail.com. Telf: 0414-2328376. Dirección: Av. San Martín, Edif. Maternidad Concepción Palacios. Caracas. Programa de Especialización en Medicina Materno-Fetal.

Mercedes del Carmen Marchena García, C.I. E-84.480.286. Sexo: Femenino, E-mail: mercedesdelcarmen33@gmail.com. Telf: 0416-6291613. Dirección: Av. San Martín, Edif. Maternidad Concepción Palacios. Caracas. Programa de Especialización en Medicina Materno-Fetal.

Tutor: **Carlos Cabrera Lozada**, C.I.V-3.984.101 Sexo: Masculino, Email: carloscabreralezada@gmail.com. Telf: 0414-3208493. Dirección: Av. San Martín, Edif. Maternidad Concepción Palacios. Caracas.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la situación actual de la atención obstétrica de emergencia, aplicando el modelo de las tres demoras. **Métodos:** Prospectivo, descriptivo y de corte transversal, cuya población fueron las pacientes que acudieron a la emergencia de la Maternidad Concepción Palacios en el período comprendido entre septiembre 2018 – febrero 2019. La muestra probabilística fue de 377 pacientes. **Resultados:** El 95 % de las pacientes presento alguna demora, 82 % presento la primera demora, 43,2 % la segunda demora y 77,2 % la tercera demora. La principal causa de la primera demora fue desconocimiento (68,6 %). La segunda demora se produjo principalmente por no disponibilidad de transporte (54 %) y la tercera demora se debió a la necesidad de referencia a otro centro (77 %). El 59 % de las pacientes fueron referidas al menos una vez y la principal causa de referencia fue la no disponibilidad de anestesiólogo (56,7 %). El tipo de complicación materno ($p=0,000$) y fetal ($p<0,05$) se asoció con la presencia de las demoras. Las demoras uno y tres se asociaron a edad joven ($p=0,000$), amas de casa ($p=0,000$) y primigestas ($p=0,000$). La demora dos se asoció a edad joven ($p=0,000$) y ocupación ama de casa ($p=0,000$). **Conclusión:** La prevalencia de las demoras fue inaceptablemente alto, la 1^{ra} y la 3^{ra} demora fueron las más frecuentes, además tuvieron una correlación significativa con los resultados materno-fetales adversos.

Palabras claves: Atención obstétrica de emergencia, Demoras, Morbimortalidad materna, Modelo de las tres demoras.

ABSTRACT

*EMERGENCY OBSTETRIC CARE: EVALUATION BY APPLYING THE THREE DELAY
MODEL*

Objective: To evaluate the current situation of emergency obstetric care, applying the three delays model. **Methods:** Prospective, descriptive and cross-sectional, the population were the patients who attended the Maternidad Concepción Palacios emergency room in the period between September 2018 - February 2019. The probabilistic sample was 377

patients. **Results:** 95% of the patients presented some delay, 82% presented the first delay, 43.2% the second delay and 77.2% the third delay. The main cause of the first delay was lack of knowledge (68.6%). The second delay was mainly due to non-availability of transport (54%) and the third delay was due to the need to refer them to another center (77%). 59% of the patients were referred at least once and the main cause of referral was the unavailability of an anesthesiologist (56.7%). The type of maternal complication ($p = 0.000$) and fetal complication ($p < 0.05$) was associated with the presence of delays. Delays one and three were associated with young age ($p = 0.000$), housewives ($p = 0.000$) and primigravid ($p = 0.000$). Delay two was associated with young age ($p = 0.000$) and housewife as an occupation ($p = 0.000$). **Conclusion:** The prevalence of delays was unacceptably high, the 1st and 3rd delays were the most frequent, and also had a significant correlation with maternal-fetal adverse outcomes.

Key words: Emergency obstetric care, Delays, Maternal morbidity and mortality, Model of the three delays.

INTRODUCCIÓN

La gestación es una etapa de fuertes cambios para la mujer no solo a nivel físico sino psicológico, social, familiar, escolar y laboral, lo que aumenta su vulnerabilidad frente a las amenazas propias de la gestación. Así mismo, es importante resaltar la importancia de la prevención de las causas o complicaciones que puedan llevar a eventos desafortunados como la mortalidad materna, dentro de las que se encuentran los trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias, sepsis, etc. ⁽¹⁾

La mortalidad materna constituye un indicador de los estados obstétricos; por cada muerte de una paciente obstétrica, cerca de 118 mujeres sufren morbilidad materna extrema. ⁽²⁾ En los países industrializados, la tasa de morbilidad materna varía de 3,8 a 12 por cada 1000 nacimientos. En Latinoamérica, existen pocos reportes al respecto, por eso se desconoce la magnitud real del problema. ⁽³⁾

La mortalidad materna es un indicador de disparidad e inequidad y un reflejo de las condiciones de las mujeres en América Latina, con menos acceso a soporte educativo, social, nutricional y médico. La capacidad de respuesta ante las complicaciones obstétricas impacta en la reducción de la mortalidad materna. ⁽⁴⁾

La razón de mortalidad materna (RMM) ha sido tradicionalmente el indicador empleado para evaluar la salud materna y la calidad de este cuidado, reflejando de manera directa las condiciones de desarrollo de los países y sus regiones. ^(5,6) La baja RMM en los países desarrollados se debe, en parte, a que estas complicaciones obstétricas son identificadas y tratadas adecuada y prontamente en el contexto de un sistema de salud efectivo. ⁽⁴⁾

Anualmente, en el mundo, por lo menos 20 millones de mujeres presentan complicaciones agudas durante la gestación, de las cuales 529 000 terminan en muertes maternas. ⁽⁷⁾

En el año 2008, murieron en el mundo 342 900 mujeres debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, originadas por su condición grávido-puerperal o por las intervenciones para su atención. El 99 % de las defunciones ocurrieron en países en desarrollo, casi todas originadas por padecimientos susceptibles de prevención, como la preeclampsia-eclampsia, hemorragias del parto y el puerperio, sepsis puerperal y las complicaciones del aborto. Estos lamentables sucesos se vinculan con la insuficiente educación de la población para acudir oportunamente a los servicios médicos disponibles;

la situación se agrava por la insuficiente accesibilidad a la atención obstétrica y por la calidad limitada de esta última. ^(8,9)

La muerte materna ha sido, durante mucho tiempo, el punto de partida para investigar la calidad de la salud materna. ⁽¹⁰⁾ El conocimiento de las circunstancias que llevan a una muerte materna permite identificar los factores relacionados con aspectos clínicos, comunitarios y de salud pública; este enfoque de estudio ha sido denominado autopsia verbal; sin embargo, su principal desventaja es que la información es recuperada de informantes secundarios, con frecuencia, las madres o parejas de las mujeres que murieron; esta información resulta ajena a la experiencia y subjetividad de las protagonistas, y puede ser incompleta o estar afectada por el propio filtro de ver el mundo; asimismo, los informantes secundarios pueden ocultar información sobre determinantes familiares que incrementaron la vulnerabilidad de las mujeres frente a la muerte, o no estar sensibilizados para identificar los factores socioculturales que contribuyeron a la muerte materna. ^(11,12)

Por otra parte, la integración del estudio de la morbilidad materna extrema, también llamada *near miss* (casi pérdida, en español), al de la mortalidad materna centra su interés en los factores estructurales y socioculturales que llevaron a las mujeres al borde de la muerte, pero busca identificar como estos contribuyeron para que sus vidas se salvaran. Su principal ventaja radica en el hecho de que son las protagonistas quienes narran las condiciones culturales y contextuales en las que desempeñaron el autocuidado y su adherencia al tratamiento terapéutico, así como las limitantes que enfrentaron para que sus emergencias fueran resueltas dentro de las instituciones de salud. ⁽¹³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una guía sobre metodologías para la investigación de muertes maternas y complicaciones del embarazo, donde puntualiza que, independientemente de en qué momento se estudie a las mujeres (fallecidas o sobrevivientes), las investigaciones o estudios de caso deben centrarse tanto en la atención clínica como en la satisfacción de las mujeres en la atención, o la suficiencia en la infraestructura, equipamiento y respuesta de las instituciones. ⁽¹¹⁾

Aunque estos enfoques de estudio están basados en el análisis de la mortalidad materna y/o morbilidad materna extrema, las autoras consideran que su aplicación en la evaluación de la atención obstétrica de emergencia podría brindar información importante y de calidad sobre

el estado actual de la misma, lo que podría a su vez servir de base para la aplicación de políticas de salud que mejoren la atención de las pacientes cuando acuden a un servicio de atención obstétrica de emergencia.

Planteamiento y delimitación del problema

Actualmente, es bien conocido que proporcionar un tratamiento oportuno en las emergencias obstétricas es la clave para reducir la mortalidad materna. De hecho, Thaddeus y Maine ⁽¹⁴⁾ desarrollaron el modelo de las tres demoras en 1994 para describir las circunstancias que rodean el acceso a la atención obstétrica de emergencia adecuada. Desde entonces, este modelo se ha aplicado para evaluar los casos de muertes maternas y ha sido muy útil para el reconocimiento y estudio de los factores sociales, individuales e institucionales involucrados en la mortalidad materna.

La mayoría de las muertes maternas son evitables y las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas: todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. ⁽¹⁵⁾

Se describen importantes indicadores de salud en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, dos de los más importantes son la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil, y de esta última, particularmente la mortalidad perinatal, neonatal y la de niños menores de un año, que, de alguna manera, podrían reflejar problemas relacionados con la atención del embarazo y el parto. Sin embargo, en Venezuela se desconocen, desde hace años, las cifras inherentes a estos indicadores de suma importancia. La situación en Venezuela es tal, que se desconoce la información que podría ser base para el desarrollo de programas que mejoren la salud en la población. ⁽¹⁶⁾

Se conoce que las mismas pacientes pueden proporcionar información directa después del evento y describir de primera mano el tipo de atención obstétrica recibida y los eventuales retrasos en la misma. Por lo tanto, surgió el siguiente planteamiento: ¿Cuáles serán las características de la atención obstétrica de emergencia según el modelo de las tres demoras aplicado a un grupo de gestantes que acuden a la Maternidad Concepción Palacios en el periodo septiembre 2018 - febrero 2019?

Justificación e importancia

La mortalidad materna es un problema multifactorial considerado una tragedia, es una desgracia que afecta a la familia y a la sociedad en su totalidad. En cada muerte materna coinciden el efecto de los determinantes sociales de la salud, como la pobreza y el género; y la vulneración de derechos sexuales y reproductivos. Es un fenómeno que tiene causas relacionadas con la paciente en sí, el embarazo y el sistema de salud que la atiende. ⁽¹⁷⁾

La mortalidad materna en Venezuela es un problema de salud pública y, lejos de disminuir, la situación se ha agravado en los últimos años. Las últimas cifras publicadas, no disponibles en estos momentos en el portal del Ministerio de Poder Popular para la Salud, son llamativas y preocupantes y reflejan las críticas condiciones del sistema sanitario del país. ⁽¹⁶⁾ Actualmente existen elevadas deficiencias de personal capacitado (obstetras, anesthesiólogos, neonatólogos, intensivistas, hematólogos, licenciadas en enfermería, bioanálitas, etc.) por migración importante del mismo, falta de recursos de laboratorio básicos en el diagnóstico de patologías con alta morbilidad en la paciente obstétrica, falta de medicamentos de primera línea en el tratamiento de dichas patologías, falta de material quirúrgico estéril, dificultades en el suministro continuo de agua en las instituciones, falta de recursos tecnológicos, entre muchos otros.

El primer paso para controlar y disminuir este problema es conocerlo y reconocer cada uno de sus agentes desencadenantes para poder implementar medidas en pro de su disminución que sean satisfactorias. En vista de que se ha descrito ampliamente que proporcionar un tratamiento oportuno en las emergencias obstétricas es un punto clave en la reducción de la mortalidad materna, surgió la necesidad de evaluar el desempeño actual en la atención obstétrica de emergencia aplicando el modelo de las tres demoras, a pesar de conocer que este fue diseñado para el análisis de la mortalidad materna, las autoras consideran que puede ser de utilidad en el análisis de la atención obstétrica de emergencia, para detectar las principales fallas en el sistema de salud disponible y de esa forma desarrollar medidas para su mejora, como por ejemplo impartir continuamente charlas a las gestantes y a sus familiares para educarlas sobre los signos de alarma que ameriten su traslado a un centro asistencial, o capacitar a todo el personal para mejorar sus competencias mediante estrategias de simulación y educación médica continuada o exigencia de recertificación de

profesionales, implementar listas de chequeo que ayuden en el manejo de situaciones de alta complejidad; también se puede implementar la disponibilidad de un conjunto de accesorios de emergencia que contengan los medicamentos para el manejo de las complicaciones obstétricas más frecuentes como antibióticos o antihipertensivos y facilitar de esta forma su manejo precoz; entre muchas otras estrategias que pueden desarrollarse una vez detectadas las fallas. Pero la detección de tales fallas no puede ser producto de una observación aislada sino de una investigación responsable que aporte información real y objetiva. Tal es la importancia de esta investigación.

Antecedentes

Durante muchos años los profesionales de la salud han mostrado especial interés en reducir la mortalidad materna. Se han publicado múltiples documentos científicos relevantes en relación a este problema de salud pública; a nivel internacional, uno de los más relevantes es el de Thaddeus y Maine, ⁽¹⁴⁾ en 1994, quienes realizaron un estudio multicéntrico en el cual identificaron las diferentes dificultades que enfrentaban las pacientes para lograr la atención obstétrica, las agruparon en el modelo de las tres demoras, y desde entonces se aplican en la evaluación de la muerte materna.

Stone *et al.*, ⁽¹⁸⁾ en 1991, describieron por primera vez el término *near miss* para definir una categoría de morbilidad materna que abarca episodios que potencialmente amenazan la vida de la gestante. Sin embargo, en vista de la multiplicidad de definiciones y falta de consenso en los criterios definitorios para el término *near miss*, se dificultaba el uso y aplicabilidad del mismo; la OMS, en 2009, publica un boletín en donde concilia estas definiciones dentro de una nueva y posteriormente se establecen los criterios para su identificación. ⁽¹⁹⁾

Se ha descrito ampliamente el impacto que tiene la atención obstétrica adecuada sobre la mortalidad materna; por tal motivo Esscher *et al.* ⁽²⁰⁾ realizaron, en Suecia, un estudio en el cual se analizaron las muertes maternas en la población obstétrica de inmigrantes en ese país, en donde se comprobó una atención obstétrica subóptima en 2/3 de las muertes maternas presentadas entre 1988 y 2010.

En México, Mejía *et al.* ⁽²¹⁾ realizaron, en 2012, un estudio para evaluar tanto la morbilidad materna extrema como la mortalidad materna, se concluyó que el índice de mortalidad fue

de 0,0009 % y la relación de morbilidad materna extrema/mortalidad materna fue de 110, lo que sugirió una adecuada atención obstétrica.

En Venezuela, debido a la importancia de estudiar la mortalidad materna, en 2012, Mazza *et al.* ⁽²²⁾ publicaron un estudio realizado en Distrito Capital, en el cual se analizaron las demoras en la atención obstétrica en las muertes maternas entre 2008-2009. Se detectó un subregistro de 47,4 % de las muertes maternas y la tercera demora fue la de mayor prevalencia en este grupo, se cree que quizás esto se deba a que es la más fácilmente identificable al hacer la revisión de las historias clínicas. Un punto importante descrito fue el hecho de la necesidad de referir a las pacientes por falta de personal médico, falta de insumos, de material estéril, entre otros; y el tiempo valioso que se pierde en instaurar el tratamiento adecuado por la necesidad de traslado, que en algunos casos llegó a ser de hasta 48 horas. Las autoras lo incluyen como parte de la tercera demora.

Pacagnella *et al.*, ⁽²³⁾ realizaron en Brasil un estudio nacional multicéntrico, el cual tuvo como objetivo explorar la asociación entre el retraso en la atención obstétrica y la morbilidad materna. Se evaluó un total de 82 144 nacimientos vivos, y se identificaron 9 555 casos de complicaciones potencialmente letales, morbilidad materna extrema o mortalidad materna. Se observó la presencia de cualquier demora en 53,8 % de los casos. La primera demora se presentó en 10,2 %, 34,6 % de las demoras se relacionó con la accesibilidad de los servicios de salud y 25,7 % se relacionó con la calidad de la atención médica. La aparición de cualquier demora se asoció con una mayor gravedad del desenlace materno: 52 % en las complicaciones potencialmente letales; 68,4 % en la morbilidad materna extrema y 84,1 % en los casos de mortalidad materna. Con lo cual se concluye que hubo una asociación claramente significativa entre la presencia de las demoras y el resultado materno adverso.

En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), publicaron en Colombia un modelo de seguridad para la atención de emergencias obstétricas en instituciones de salud, herramienta que permite evaluar la respuesta institucional frente a las emergencias obstétricas, encontrar las causas de las fallas en el proceso de atención a partir de los casos evaluados y construir un plan de

mejoramiento que posibilite disminuir la probabilidad de ocurrencia de la morbilidad materna. ⁽²⁴⁾

En Venezuela, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), en asociación con la Oficina Sanitaria Panamericana, la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el UNFPA, crearon, en 2014, los Protocolos de Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia. Se describe en este documento que el gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, se compromete a disminuir la mortalidad materna, mediante el equipamiento y creación de servicios especializados para garantizar a todas las mujeres embarazadas una atención de calidad, integral y humanizada. ⁽²⁵⁾ Sin embargo, como se ha descrito previamente, la mortalidad materna en Venezuela está lejos de disminuir, las últimas cifras publicadas son alarmantes y actualmente las mismas hasta se desconocen; de igual forma actualmente existen deficiencias importantes de personal capacitado, suministros médicos, infraestructura, entre muchos otros; lo que permite observar las claras fallas en el sistema de salud del país.

En 2015, Karolinski *et al.*, ⁽¹⁷⁾ en vista de que el conocimiento de la magnitud y las causas de las muertes maternas había sido insuficiente para intervenir efectivamente en la disminución de las muertes maternas, se plantearon realizar un modelo para abordar integralmente la mortalidad materna, el cual estuvo constituido por siete campos: priorización y definición del problema, caracterización contextual, amplitud metodológica, gestión del conocimiento, innovación, implementación, y un sistema de monitoreo y evaluación. Un punto importante de este modelo fue describir las dificultades en el acceso a la anticoncepción como una cuarta demora, en vista de que aproximadamente el 50 % de los casos de mortalidad o morbilidad materna extrema eran producto de embarazos no planificados. El modelo propuesto demostró ser un elemento importante en el fortalecimiento de las capacidades de investigación de los equipos provinciales en Argentina y promovió la articulación estratégica entre los distintos entes de salud, permitiendo abordar el conjunto de problemas asociados con la mortalidad y la morbilidad materna extrema mediante la integración, desde una perspectiva anticipatoria, de la vigilancia de los casos potencialmente fatales.

En vista de presentar cifras persistentemente altas de mortalidad materna en Uganda, Wilunda *et al.*,⁽²⁶⁾ realizaron, en 2015, un estudio con el objetivo de establecer la disponibilidad de servicios de salud materna y neonatal, evaluar su utilización y determinar la calidad de los servicios prestados. Hubo claras dificultades en la disponibilidad de infraestructura esencial, equipo, suministros, medicamentos y personal para la atención materna y neonatal; además de deficiencias en la calidad de la atención aportada por los centros de salud. Esto sugiere una alta asociación entre la mortalidad materna y la baja disponibilidad de atención obstétrica; que además debe ser de calidad y tener a su disposición equipamiento especializado, suministros médicos y personal, entre otros.

En 2017, Elmusharaf *et al.*,⁽²⁷⁾ publicaron un estudio realizado en Sudan del Sur, en el cual se analizaron los patrones y determinantes que superaban las pacientes cuando deseaban acceder a la atención obstétrica de emergencia. En este estudio se logró observar 4 patrones de rutas que podían seguir las pacientes: (1) patrón de referencia tardío, en el cual las pacientes acudían a centros asistenciales que no eran aptos para manejar las complicaciones y había un retraso en la toma de decisión de referirla a un centro asistencial capacitado; (2) patrón de referencia en zigzag; en el cual la paciente era referida de un proveedor de salud a otro y ninguno la refirió a un centro apropiado; (3) patrón de referencias múltiple, en donde la paciente visita varios centros de atención médica antes de llegar al centro adecuado y (4) patrón de referencia que consistía en eludir las instalaciones de salud que no funcionaban. En este estudio se concluyó que los resultados materno-fetales fueron mejores cuando no había disponibilidad de un centro asistencial a nivel comunitario o cuando las pacientes se dirigieron directamente a un centro de asistencia competente, pasando por alto instalaciones no capacitadas. Visitar centros de salud que no funcionan o que funcionan parcialmente, o atendidos por proveedores no competentes, pone a la mujer en mayor riesgo de morir. La segunda demora no termina cuando la mujer llega a cualquier centro de atención médica; llegar a un establecimiento de salud que no funciona podría marcar el comienzo de un nuevo ciclo de las tres demoras. Para estos autores, la segunda demora está influenciada por la calidad de la atención, incluida la funcionalidad de las instalaciones y las competencias de sus proveedores para brindar atención médica adecuada; por lo tanto, la segunda demora de llegar al centro de atención médica debe describirse como llegar a un centro de atención

médica apropiado y puede implicar el acceso a más de un centro de atención médica antes de llegar a un centro adecuado.

González ⁽¹⁶⁾ publicó, en 2017, un relevante aporte en relación a la importancia de conocer las cifras de mortalidad materna en Venezuela, las cuales se desconocen actualmente, lo que impide conocer la magnitud del problema para poder desarrollar medidas en pro de su corrección.

Marco teórico

La mortalidad materna es un importante problema multifactorial, de salud pública y de derechos humanos, que refleja los efectos de los determinantes sociales sobre la salud de las mujeres. ⁽¹⁷⁾ Pese a una reducción significativa del número de muertes maternas (de una cifra estimada de 523 000 en 1990 a 289 000 en 2013, con una reducción de 45 % aproximadamente), el conocimiento de la magnitud y las causas de las muertes maternas fue insuficiente para intervenir efectivamente en el alcance del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, cuya meta era reducción de la mortalidad materna en 75 % a nivel mundial. ⁽²⁸⁾

En Venezuela la situación actual es muy diferente, y el cumplimiento del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, el cual indica la reducción de las muertes maternas a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos para el año 2030, ⁽²⁹⁾ parece lejos de poder cumplirse. El MPPS publicó un boletín epidemiológico de 2016 y al compararlo con el de 2015, se registra un aumento de 30 % en la mortalidad infantil y de 65,79 % en la mortalidad materna, con un incremento en el número absoluto de muertes maternas de 456 muertes maternas registradas en el año 2015 a 756 en el año 2016. ⁽³⁰⁾ Actualmente no se conocen cifras de muertes maternas ni de nacidos vivos, para poder reportar indicadores de salud de suma importancia como la razón de mortalidad materna (número de mujeres que fallecen durante un año determinado a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio por cada 100 000 nacidos vivos registrados ese mismo año). ⁽¹⁶⁾

Según la décima clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CID-10) la muerte materna se define, como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier

causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales. La defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo. ⁽³¹⁾

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos: defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Defunciones obstétricas indirecta son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. ⁽³¹⁾

El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas sugiere que las muertes no son accidentales, sino resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de demoras. Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas. No sobra recordar que en la prevención de las muertes maternas juega un papel definitivo el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de alarma y su debida atención. ⁽²⁶⁾

Uno de los factores más importantes relacionados con el estudio de las muertes maternas son los descritos por Thaddeus y Maine ⁽¹⁴⁾ los cuales afectan el intervalo entre la aparición de las complicaciones obstétricas y sus resultados. Se examinan entonces, aquellos factores que retrasan la decisión de buscar atención, que producen retraso para llegar a un centro de salud y que retrasan la prestación de una atención adecuada; y fueron agrupadas en tres etapas:

1- Demora en decidir buscar atención: la decisión de buscar ayuda es el primer paso para recibir cuidados obstétricos de emergencia. Depende de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza la vida, así como de la información de la que dispone acerca de a dónde puede acudir. La distancia a la

instalación de salud, disponibilidad, eficiencia del transporte y costos, influyen en la toma de decisión de buscar ayuda.

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

3- Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las etapas 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación.

En el modelo realizado por Karolinski *et al.*,⁽¹⁷⁾ se hace especial énfasis en el derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, a la maternidad y el aborto seguro, comenzando por el derecho que tienen las mujeres a acceder a un amplio espectro de posibles métodos anticonceptivos seguros, efectivos y económicos para la regulación de la fertilidad, disminuyendo la realización de abortos en condiciones no adecuadas, o embarazos que podrían ser potencialmente sujetos a complicaciones.

A escala mundial, más de 80 % de las defunciones derivadas de la maternidad se deben a cinco causas directas: hemorragia grave, infecciones, trastorno hipertensivo del embarazo, aborto realizado en malas condiciones y obstrucción del trabajo de parto. Esas complicaciones, en su mayoría, no pueden pronosticarse, pero pueden prevenirse eficazmente o administrarse tratamiento adecuado y de esta forma evitar el desenlace fatal.⁽³²⁾

El hecho de que la mortalidad materna sea una tragedia evitable se pone de manifiesto cuando las cifras indican que el riesgo a lo largo de toda la vida de la mujer de morir a causa del embarazo es de 1 en 52 en países subdesarrollados, en comparación con 1 en 4 700 en países industrializados, describiéndose que el 99 % de las muertes ocurren en países de ingresos bajos o medios. También hay notables disparidades dentro de un mismo país, pues las mujeres pobres, residentes en zonas rurales y carentes de educación, corren mayores riesgos que sus homólogas residentes en ciudades y en posición económica más estable.⁽³²⁾

En vista de que el estudio de la mortalidad materna fue insuficiente en la disminución significativa del número de defunciones, se inició el estudio de la morbilidad materna extrema, también llamada *near miss*, que se define como una mujer que casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este. ⁽¹³⁾ Los casos morbilidad materna extrema son mayores en número que los casos mortalidad materna, lo cual permite conclusiones más precisas acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención y las lecciones aprendidas del manejo de los casos que sobreviven pueden ser usadas para evitar nuevos casos de mortalidad materna. ⁽²⁵⁾

Se ha descrito que el acceso a una atención obstétrica calificada evitaría entre el 50 % a 70 % de las muertes maternas, reduciría la mortalidad neonatal en 10 % a 15 % y el número de mujeres que viven con las secuelas de las complicaciones obstétricas sería significativamente menor. ⁽²⁵⁾

En términos generales, el deterioro clínico de la mujer embarazada puede ocurrir en cualquier momento y lugar y toda institución prestadora de atención obstétrica debe estar dotada de personal calificado, así como del equipamiento necesario para el manejo óptimo de las complicaciones derivadas del estado gestante. ⁽²⁵⁾ En un estudio realizado en la Maternidad Concepción Palacios se observó que las causas más frecuentes de morbilidad materna extrema fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (44,4 %), el síndrome HELLP (22,9 %), y la hemorragia peri y posnatal (19,7 %); siendo la hemorragia la primera causa de mortalidad materna; complicaciones que si son diagnosticadas a tiempo y tratadas de forma adecuada se pueden evitar muertes maternas. ⁽³³⁾ Dado lo anterior, optimizar la atención obstétrica de emergencia en todas las instituciones de salud se justifica como una estrategia indispensable para reducir la muerte materna.

Durante las últimas décadas, los programas de salud materna han usado el diagnóstico prenatal para tratar de identificar a mujeres que se encuentran en riesgo de sufrir complicaciones. Aunque estos procesos pueden ser beneficiosos de muchas maneras, no han tenido éxito en disminuir significativamente la mortalidad materna. Los estudios muestran que la mayoría de las mujeres que desarrollan complicaciones no tienen ningún factor de riesgo, y aun cuando una mujer goza de buena salud y recibe atención prenatal, no

existe forma de saber si desarrollará complicaciones y requerirá de servicios de emergencia. Por lo tanto, los servicios de atención obstétrica de emergencia de calidad necesitan estar disponibles para cada mujer embarazada. ⁽³⁴⁾

En el estudio realizado por Mazza *et al.*, ⁽²²⁾ publicado en el año 2012, se evidenció que la demora con más prevalencia en las muertes maternas estudiadas fue la tercera (69, 2 %), y aunque esto podría estar relacionado con que es la más fácilmente identificable al hacer la revisión de las historias clínicas, también podría deberse a deficiencias inherentes a la atención obstétrica brindada. Esto solo puede dilucidarse si se realizan estudios dirigidos al diagnóstico de la situación de la atención obstétrica en Venezuela.

La atención obstétrica de emergencia se entiende a menudo en términos de atención básica e integral, disponible dentro de un establecimiento, y brindada a una mujer con complicaciones obstétricas. Los servicios básicos constan de la disponibilidad de antibióticos parenterales, oxitócicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, manejo de la extracción manual de placenta y extracción de restos ovulares, así como del conocimiento y destreza en la asistencia del parto vaginal. Los servicios integrales disponen de todas las funciones anteriormente descritas más la capacidad de realizar cirugías y transfusiones de sangre. ⁽³⁴⁾

La buena atención obstétrica de emergencia incluye tanto responder a emergencias como también monitorear apropiadamente y responder al trabajo de parto de manera que los casos de rutina no se conviertan en casos complicados. La atención obstétrica de calidad debe ser vista como una extensión del nivel de calidad brindado regularmente en las salas de maternidad. ⁽³⁴⁾

Las pacientes tienen derecho a una atención de calidad, que consiste en: acceso a los servicios y atención continua y calificada, en la cual se le brinde la información necesaria y se respete el derecho a elección, privacidad y confidencialidad, dignidad, comodidad y expresión de opinión. El personal también tiene necesidades específicas a ser satisfechas, para que puedan brindar esta atención. Específicamente, necesitan respeto, dignidad y libertad de expresar su opinión; supervisión continua; información, capacitación y desarrollo para mantener los niveles de habilidades técnicas y no técnicas en condiciones

óptimas; equipos y suministros necesarios para el manejo de emergencias obstétricas, adecuada infraestructura para brindar un tratamiento correcto y completo. ⁽³⁴⁾

Los pasos en la mejora de la atención obstétrica de emergencia son inicialmente recolectar y analizar información suficiente para realizar un diagnóstico certero de la situación actual; así mismo posteriormente, con base en los hallazgos obtenidos se debería desarrollar un plan de acción que cuente con la implementación de soluciones y mejoras en los puntos críticos, y posteriormente revisar, evaluar avances y obstáculos para la implementación de nuevas recomendaciones. Haciendo uso de estos pasos y revisando continuamente los planes de acción para mejorar la calidad de los servicios, el equipo puede ser motivado no únicamente para hacer un buen trabajo sino también para encontrar formas de mejorar permanentemente. ⁽³⁴⁾

Objetivo general

Evaluar la situación actual de la atención obstétrica de emergencia, aplicando el modelo de las tres demoras, en un grupo de gestantes que acuden a la emergencia de la Maternidad Concepción Palacios en el periodo septiembre 2018 - febrero de 2019.

Objetivos específicos

1. Describir los aspectos relacionados con la demora en la decisión de búsqueda de atención médica de emergencia.
2. Evaluar las razones por las cuales hubo demoras en el acceso al centro asistencial.
3. Establecer los motivos que retrasaron la atención médica de emergencia una vez llegado al centro asistencial.
4. Analizar las referencias como causal de retardo en la atención obstétrica de emergencia.
5. Relacionar la presencia de las demoras con las características sociodemográficas.
6. Asociar las complicaciones maternas, fetales y neonatales con la presencia de demoras.

Aspectos éticos

En el presente trabajo se respetaron las normas de bioética de Helsinki y se garantizó el respeto a los cuatro principios fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y

justicia social, avalando así el resguardo de la identidad de cada paciente incluida en el estudio.

Se les informó a las pacientes detalladamente sobre los objetivos, beneficios, implicaciones e importancia de la investigación, recalcando el deseo voluntario de participar, libres de coacción de ninguna clase o especie, con la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio si así fuere su elección. Las pacientes que aceptaron ingresar al estudio firmaron un consentimiento informado (anexo 1), respetando así el principio de autonomía.

Cumpliendo con el principio de beneficencia, el fin de este estudio fue evaluar la atención obstétrica de emergencia aportada actualmente a la paciente obstétrica, de esta forma podrían aplicarse medidas para mejorar la misma.

El estudio se llevó a cabo mediante la aplicación de una encuesta (anexo 2) aplicada por las autoras, dicho procedimiento no perjudicó ni expuso a algún daño que pudiera poner en riesgo a las participantes del estudio, garantizando de esta forma el principio de no maleficencia.

No se realizó distinción alguna de clase social, raza, religión, ideología entre las pacientes incluidas en la investigación, y todas por igual recibieron la misma información sobre la investigación, cumpliendo así con el principio de justicia.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Prospectivo, descriptivo y de corte transversal.

Población y muestra

La población estuvo conformada por todas las pacientes gestantes que acudieron al Servicio de Emergencia de la Maternidad Concepción Palacios en un año, aproximadamente 18 000. La muestra probabilística se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas. Se utilizó un nivel de confianza de 95 %, un error estándar de 5 % y una proporción del 50 % (para maximizar la muestra). El tamaño de la muestra obtenido fue de 377 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Todas las pacientes obstétricas que acudieron a la emergencia de la Maternidad Concepción Palacios.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no respondieron la encuesta en forma completa.

Procedimiento

A todas las pacientes que acudieron a la emergencia de la Maternidad Concepción Palacios, se les explicó de forma verbal, confidencial e individual, por uno de los médicos responsables de la investigación, los detalles pertinentes en relación al trabajo y si deseaban formar parte de él; se les entregó el formato de consentimiento informado (anexo 1) para su firma al aceptar. En todas las pacientes se utilizó una encuesta (anexo 2) en el momento de su evaluación, la cual fue administrada por uno de los responsables de la investigación, en la misma se registraron los datos de la paciente y todos los datos pertinentes a su enfermedad actual, momento de aparición de síntomas, momento en el cual creyó pertinente acudir a una institución médica, si fue atendida de forma inmediata o no y las razones por las cuales no fue atendida de forma inmediata. Posteriormente esta información fue vaciada en una base de datos (Excel) para su tratamiento estadístico.

Tratamiento estadístico

Se calcularon frecuencias simples y porcentajes univariantes y bivariantes, se realizaron representaciones gráficas univariantes y bivariantes. Se aplicó la prueba Chi Cuadrado para evaluar la independencia entre variables cualitativas. Se tomó como significativos los resultados con $p < 0,05$. Los resultados se procesaron y analizaron empleando los softwares Microsoft Excel 2016 y SPSS 21.

RESULTADOS

Fueron incluidas en el estudio 377 pacientes que acudieron al servicio de emergencia de la Maternidad Concepción Palacios solicitando atención obstétrica de emergencia.

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de la población estudiada. Las edades estuvieron comprendidas entre 13 y 44 años, con una media de 24 ± 7 años. Resalta que 117 pacientes (31 %) eran adolescentes y 208 (55,2 %) eran menores de 25 años ($p=0,001$).

Hubo 311 pacientes (82,5 %) que refirieron un grado de instrucción inferior al universitario, dividiéndose casi equitativamente entre personas con grado de instrucción primaria y bachilleres. Mientras que el resto se compone por 34 técnicos superior universitario (9 %) y 32 universitarias (8,5 %) ($p=0,001$).

La ocupación más común fue ama de casa con 203 pacientes (53,8 %) ($p=0,001$). Hubo 66 estudiantes (17,5 %). Mientras que 108 pacientes (28,6 %) registraron otras ocupaciones u oficios.

En relación a los antecedentes gineco-obstetricos de importancia, 134 pacientes (36 %) eran primigestas, 125 (33 %) presentaban su segundo embarazo y 118 (31 %) el tercero o más ($p=0,587$). Es importante resaltar que 292 pacientes (77 %) refirieron un embarazo actual no planificado ($p=0,004$).

El motivo de consulta más frecuente fue la presencia de contracciones uterinas dolorosas, que fueron referidas por 217 pacientes (57,6 %), seguido de pérdida de líquido a través de genitales presente en 55 (14,6 %) y sangrado a través de genitales en 39 pacientes (10,3 %).

En relación a las demoras, 359 pacientes (95 %) refirieron al menos una. La distribución estuvo representada de la siguiente manera:

Hubo 312 pacientes (82,8 %) que presentaron demora en la decisión de búsqueda de atención médica, es decir; primera demora. De ellas, un 42 % demoraron entre 1 y 6 horas, mientras que el 18,9 % se demoró entre 6 y 12 horas, el 15,4 % demoró entre 12 y 24 horas, y el 23,7 % restante demoró más de 24 horas. Las razones más comunes de esta demora fueron el desconocimiento, en 214 mujeres (68,6 %), seguido de inseguridad y coacción

externa con 45 pacientes (14,4 %) cada una, y por último mala experiencia previa con un 2,6 % (Tabla 2).

En la tabla 3 se puede observar la asociación entre las características sociodemográficas y la ocurrencia de la primera demora, la cual se observó con más frecuencia en las más jóvenes ($p=0,000$), amas de casa ($p=0,000$) y primigestas ($p=0,000$).

La segunda demora, estuvo presente en 163 pacientes (43,2 %); de las cuales la mayoría, 117 (71,8 %) demoraron entre 1 y 6 horas. Las razones fueron no disponibilidad de transporte público o privado reportado por 88 mujeres (54 %), lejanía del domicilio en 60 casos (36,8 %) y factores económicos en 15 (9,2 %) (Tabla 4). En la tabla 5 se observa que la segunda demora, se asoció a edades más jóvenes ($p=0,000$) y amas de casa ($p=0,000$).

La tercera demora fue señalada por 291 pacientes (77,2 %). De este último grupo de pacientes, 102 (35,1 %) tardó entre 1 a 6 horas, 44 pacientes (15,1 %) tuvo un retardo de 6 a 12 horas, en 41 (14,1 %) el retardo fue de 12 a 24 horas y 104 mujeres (35,7 %) refirieron un retardo de más de 24 horas. El motivo más comúnmente referido por las pacientes para la tercera demora fue la necesidad de referencia a otros centros, descrita por 224 mujeres (77 %), seguido de admisión colapsada en 73 casos (25 %) y, por último, el médico en el área de emergencia consideró que no tenía criterio de ingreso en 3 pacientes (1 %). Nueve pacientes refirieron más de una causa de tercera demora (Tabla 6). Como se ve en la tabla 7, la tercera demora se observó con más frecuencia en las más jóvenes ($p=0,000$), amas de casa ($p=0,000$) y primigestas ($p=0,000$).

En la tabla 8 se puede observar la distribución de las pacientes según la presencia de referencias, 224 pacientes (59 %) fueron referidas al menos una vez. De las pacientes referidas, el 46,4 % fueron referidas 3 o más veces, el 50,5 % fueron referidas 2 veces, y el 3,1 % restante fueron referidas una sola vez. El tiempo de retardo en la atención por la referencia en el 20,1 % de las pacientes fue de 1 a 6 horas, el 17,4 % se demoró entre 6 a 12 horas, seguido de un tiempo de retardo de 12 a 24 horas con un 16,5 %, mientras que en el 46 % restante, el tiempo de retardo excedió las 24 horas. Los motivos más comunes para realizar las referencias fueron la no disponibilidad de anestesiólogo en un 56,7 % de los casos, la falta de material quirúrgico en un 24,6 % de los casos y la falta de cupo en la

unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN) en un 18,3 % de las pacientes. En 106 casos (47,3 %) hubo más de una causa.

Así mismo, al ser ingresadas en la institución, 121 pacientes (32 %) tuvieron que comprar algún tipo de medicamento, principalmente antihipertensivos; 328 mujeres (87 %) tuvieron que realizar exámenes paraclínicos extrainstitucionalmente y 238 (63 %) tuvieron que comprar material médico-quirúrgico, fundamentalmente catéteres intravasculares.

En 184 pacientes (48,8 %) se presentaron complicaciones maternas. El 43,9 % presentó trastorno hipertensivo del embarazo, de ellas el 5 % fueron eclámpticas y el 15 % presentaron HELLP. Así mismo, el 30,4 % presentó ruptura prematura de membranas, el 10,9 % infección del tracto urinario, parto pretérmino en el 9,2 %, anemia en el 7,1 %; las demás complicaciones pueden observarse en la tabla 9.

En la tabla 9, también se describen las complicaciones fetales presentadas en 67 casos (17,8 %). Se destacan 46 casos (68,7 %) con prematuridad, 18 casos (26,9 %) de muertes fetales y 3 casos (4,5 %) con sepsis. Las muertes fetales representaron 4,7 % del total de pacientes evaluadas.

En la tabla 10 se relacionó la presencia de complicaciones materno-fetales referidas por las pacientes con la incidencia de demoras, donde se puede observar que hubo relación con la presencia de la primera demora y frecuencia de complicaciones ($p=0,025$), no así con la segunda y tercera demora ($p=0,304$; $p=0,066$). Sin embargo, entre las pacientes complicadas, el tipo de complicación (trastorno hipertensivo del embarazo y ruptura prematura de membranas) se asoció significativamente con las tres demoras ($p=0,000$). En relación a las complicaciones fetales, su presencia tampoco se asoció con ninguna de las demoras ($p=0,735$; $p=0,899$; $p=0,224$). La complicación más frecuente, prematuridad, se asoció significativamente a las tres demoras ($p=0,005$; $p=0,000$; $p=0,005$).

DISCUSIÓN

La mortalidad materna ha sido motivo de innumerables estudios desde hace varias décadas; sin embargo, se ha descrito que conocer los niveles de mortalidad materna no ha sido suficiente para contrarrestar este gran problema de salud pública. La razón de mortalidad materna mundial disminuyó cerca de un 44 % en los últimos 25 años, de una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos en 1990, a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos en 2015. El número total de muertes maternas disminuyó en un 43 %, de aproximadamente 532 000 en 1990 a una cifra estimada de 303 000 en 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna, a lo largo de la vida, disminuyó considerablemente de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180. ⁽³⁵⁾

De los países que en 1990 tenían una RMM de más de 100, solo 9 están ahora entre los que lograron la meta 5A de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el cual era disminuir la RMM en un 75 % entre 1990 y 2015; otros 39 países se categorizaron en progreso, 21 como progreso insuficiente y 26 sin progreso. En este informe, los datos sobre Venezuela no se encontraban disponibles. ⁽³⁵⁾

A pesar de los avances descritos, la RMM persiste en niveles inaceptablemente altos, alrededor de 830 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, en todo el mundo, todos los días; en 2015, aproximadamente 303 000 mujeres murieron durante y después del embarazo y el parto; y casi la totalidad de estas muertes (99 %) correspondieron a los países en desarrollo. ⁽³⁶⁾ La baja RMM en los países desarrollados se debe, en parte, a que estas complicaciones obstétricas son identificadas y tratadas adecuada y prontamente en el contexto de un sistema de salud efectivo. ⁽⁴⁾

Por tal motivo, en 2015, los líderes mundiales se reunieron para adoptar un conjunto de metas denominadas los Objetivos de Desarrollo Sostenible para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos. La meta 3.1 del tercer objetivo consiste en lograr una RMM mundial inferior a 70 para el año 2030, y para esto se necesita una reducción media de la RMM mundial de 7,5 % anual entre 2016 y 2030. Para esto es necesario que la tasa anual de reducción observada entre 1990 y 2015, del 2,3 %, se multiplique por más de tres veces. ^(29, 35)

El primer paso para controlar y disminuir este problema es conocerlo y reconocer cada uno de sus agentes desencadenantes para poder implementar medidas en pro de su disminución que sean satisfactorias. Sin embargo, en Venezuela se desconocen desde hace años las cifras inherentes a indicadores de suma importancia, como lo son la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil, y de esta última, particularmente la mortalidad perinatal, neonatal y la de niños menores de un año, que, de alguna manera, podrían reflejar problemas relacionados con la atención del embarazo y el parto. La situación en Venezuela es tal, que se desconoce la información que podría ser base para el desarrollo de programas que mejoren la salud en la población. ⁽¹⁶⁾

La mayoría de las muertes maternas son evitables y las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas: todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. ⁽¹⁵⁾

Los múltiples factores asociados a las muertes maternas dificultan las acciones del sector salud dirigidas a reducirlas, y también la obtención de los resultados esperados. Existen factores determinantes de las muertes maternas que se encuentran fuera del sistema de salud como lo son: restricciones económicas, sociales, geográficas y de calidad de la atención que condicionan los diferentes aspectos de la salud materna y son fuente de variabilidad del riesgo de enfermar y morir durante el embarazo y puerperio. Es necesario ubicar dónde se observan las fallas para determinar en qué área se puede y debe intervenir para mejorar. ⁽²²⁾

Esto permite entender la importancia de establecer un modelo conceptual de los determinantes de las muertes maternas. En el presente caso se aplicó el modelo de las 3 demoras a todas las pacientes que acudieron solicitando atención obstétrica de emergencia. La importancia fundamental de la aplicación del modelo de las tres demoras tiene que ver con la búsqueda de las razones por las que la mujer embarazada no recibe la atención obstétrica de emergencia adecuada, necesaria para evitar complicaciones y la muerte. ⁽²²⁾

Aun cuando los servicios obstétricos de emergencia fueran ideales, las mujeres con complicaciones obstétricas enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlos. Algunas de estas barreras son económicas, por ejemplo, falta de dinero para pagar el

transporte o los servicios. Algunas son geográficas, por ejemplo, distancias largas y vías en mal estado. Algunas son culturales, por ejemplo, la vida de las mujeres tiene un bajo valor. Cualquier cosa que cause demora en que la mujer reciba un tratamiento adecuado le puede costar la vida. El modelo especifica que los tres tipos de demora posiblemente contribuyen a la muerte materna.⁽²²⁾

El objetivo principal de la reducción de la mortalidad materna se encuentra directamente influenciado por la calidad de la atención obstétrica, esto se pone de manifiesto cuando el aumento en el número de las instituciones prestadoras de salud por si solas no impacta significativamente en la reducción de la mortalidad materna.⁽³⁷⁾

Una buena atención médica se define como una atención de acuerdo con estándares específicos, que es asequible a la sociedad y que tiene la capacidad de producir un impacto en la reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad.⁽³⁷⁾

Es importante resaltar que la atención obstétrica de emergencia adecuada no depende únicamente del médico prestador del servicio, de sus conocimientos y habilidades; factores sin duda alguna, determinantes, sino que también está claramente influenciado por el estado de la infraestructura de la institución, la dotación de equipos médicos especializados, material médico-quirúrgico, medicamentos, así como de la presencia de personal capacitado en diferentes áreas y de la administración del centro, entre otros. De allí, la importancia de evaluar todos estos aspectos de la atención obstétrica de emergencia, que pueden influir en la aparición de un desenlace fatal.

En el presente estudio se les realizó una encuesta verbal a 377 pacientes que acudieron a la emergencia de la Maternidad Concepción Palacios solicitando atención obstétrica de emergencia. Las edades estuvieron comprendidas entre 13 y 44 años. Es importante resaltar que el 31 % de las pacientes eran adolescentes y de ellas el 90,5 % refirió tener un embarazo actual no planificado. Un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas,⁽³⁸⁾ publicado en 2018, reportó que, en los últimos 30 años, en América Latina y el Caribe, la fecundidad total, es decir, el número de hijos por mujer, ha disminuido, así como las tasas de fecundidad en las adolescentes han presentado una ligera disminución. Se estima que cada año, en la región, un 15 % de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años, siendo de suma importancia destacar que los resultados arrojados por

este estudio reportan valores que duplican los publicados en dicho informe, que ya de hecho, son los segundos más altos a nivel mundial. Karolinski *et al.*,⁽¹⁷⁾ en su modelo para abordar integralmente la mortalidad materna describe que aproximadamente el 50 % de los casos de mortalidad o morbilidad materna extrema son producto de embarazos no planificados, lo que pone de manifiesto entonces la necesidad de mejorar las políticas públicas en materia de educación sexual y reproductiva, así como el derecho a la anticoncepción.

En relación a los retardos en la atención obstétrica, el 95 % de las pacientes refirieron la presencia de algún tipo de demora. Lo que es significativamente mayor que el estudio multicéntrico realizado por Pacagnella *et al.*,⁽²³⁾ en Brasil, quienes observaron la presencia de cualquier demora en 53,8 % de los casos. Si se parte del precepto que dice que cualquier evento que cause retardo en que la mujer reciba un tratamiento adecuado y oportuno le puede costar la vida,⁽²²⁾ es simple visualizar la gravedad de esta situación y concluir que este grupo de pacientes se encuentra bajo un riesgo significativo.

La primera demora estuvo presente en el 82,8 % de las pacientes, contrastando de forma importante con el estudio publicado por Mazza *et al.*⁽²²⁾ en 2012, en el cual se analizaron las muertes maternas según el modelo de las tres demoras en el Distrito Capital, Venezuela durante el periodo enero 2008 – diciembre 2009. En ese estudio, se reportó la presencia de la primera demora en el 38,5 % de los casos estudiados. Esto se puede explicar porque en la presente investigación se realizó un interrogatorio directo a las pacientes, obteniendo información de primera mano y siendo las mismas protagonistas las que narraron todas las barreras que tuvieron que franquear para lograr recibir atención obstétrica; mientras que en el estudio de Mazza *et al.*,⁽²²⁾ fueron evaluadas las historias clínicas, fichas epidemiológicas o certificados de defunción; instrumentos en los que no es posible recolectar esta información si no fue plasmada adecuadamente. Otro factor que podría estar relacionado con el valor significativamente mayor en el presente estudio, es que es posible que las campañas dirigidas a la educación de las pacientes y los familiares sobre los signos de alarma que ameritan la evaluación de la paciente por personal capacitado no están siendo efectivas, o no se están impartiendo; de hecho, durante la investigación, el 68,6 % de las pacientes reportaron que la razón de la primera demora fue desconocimiento. La coacción

externa, estuvo presente en el 14,4 %, esta consiste en pacientes que condicionan la toma de decisión de acudir a una institución según los comentarios u opiniones de la pareja u otros familiares o allegados, que menosprecian sus síntomas o le dan una connotación de normalidad.

Este punto puede modificarse con medidas sencillas, como mejoras en las campañas educativas para instruir a las gestantes y a los familiares sobre los signos de alarma por los cuales debería buscar ayuda. Para ello se podrían involucrar múltiples sectores. Por ejemplo, a través del Ministerio de Educación Superior, los estudiantes podrían impartir charlas sencillas sobre la materia en ambulatorios, servicios de emergencias obstétricas y/o control prenatal, entre otros. El médico que hace control prenatal, no debe quedarse en evaluar puntualmente a la paciente que asiste, es importante que se tome unos minutos para transmitir dicha información. Por otro lado, los medios de comunicación social también podrían ser de gran ayuda.⁽²²⁾

La inseguridad como motivo de primera demora, se presentó en el 14,4 % de las pacientes, cuando estos síntomas aparecen en horas de la noche, a pesar de saber que ameritaban una evaluación por personal médico, preferían esperar a horas de la mañana para trasladarse, en vista de considerar peligroso salir en ese momento. La preocupación de estas pacientes es justificada cuando el Observatorio Venezolano de Violencia, en su reporte anual, informó que, para el 2018, hubo una tasa de 81,4 muertes violentas por cada cien mil habitantes para un total de 23 047 fallecidos; y que el país continúa siendo el más violento de América Latina.⁽³⁹⁾

Por último, la mala experiencia previa como motivo de primera demora, se presentó en el 2,6 %. Estas pacientes referían que a pesar de tener síntomas que ameritaban su traslado a una institución de atención obstétrica, ellas preferían esperar en sus casas, ya que sabían que al llegar al hospital las harían esperar o las enviarían de regreso a casa. Este factor también fue descrito por Mazza *et al.*,⁽²²⁾ en un 3,8 %; por tal motivo es importante que el médico que realice el control prenatal investigue exhaustivamente los antecedentes obstétricos y la experiencia vivida por la paciente, así al momento de identificar una paciente con mala experiencia previa pueda explicar adecuadamente los signos y síntomas que ameritan su traslado para evaluación por un médico.

La segunda demora, que se relaciona con la accesibilidad de las pacientes a las instituciones de atención obstétricas, estuvo presente en el 43,2 % de las pacientes. En el estudio realizado por Mazza *et al.* ⁽²²⁾ no hubo reportes de esta demora en los casos estudiados, esto nuevamente puede justificarse por el hecho de que al hacer un interrogatorio directo a la paciente es más factible la obtención de este tipo de datos, que cuando se realiza revisión de historias médicas u otros documentos, que son los recursos con los que se cuenta cuando se evalúan muertes maternas. En la investigación realizada por Pacagnella *et al.*, ⁽²³⁾ en donde la recopilación de datos referentes a las demoras se realizó tanto mediante revisión de historias médicas como una entrevista al personal médico, la demora relacionada con la accesibilidad de los servicios de salud estuvo presente en el 34,6 %.

Del total de pacientes que presentaron segunda demora, el 54 % reportó que la causa de esta demora fue la no disponibilidad de transporte público o privado en el momento de aparición de los síntomas. Es de amplio conocimiento que la situación actual de la República Bolivariana de Venezuela ha estado atravesando un contexto sociopolítico y económico que ha impactado seriamente en todos los sectores del país. Uno de los más afectados es el sector automotriz, en el cual, por la falta de divisas, se ha vuelto significativa la falta de repuestos, lo que ha perjudicado directamente a las unidades de transporte público y privado, mermando la posibilidad de las pacientes de trasladarse fácilmente a una institución médica.

El 36,8 % refirió tener un domicilio lejano como causal de esta demora, lo que pone de manifiesto que todavía es necesaria la disponibilidad de instituciones en regiones rurales o de difícil acceso, así como capacitar con personal, insumos y equipos a las que se encuentren disponibles.

La tercera demora que se relaciona con la calidad de la atención obstétrica recibida; es decir, con recibir el tratamiento adecuado y oportuno para la patología que presente la paciente, estuvo presente en el 77,2 % de las pacientes. En el estudio realizado por Mazza *et al.* ⁽²²⁾ la tercera demora fue evidenciada en el 70,2 % de los casos, siendo la demora más frecuente en dicho estudio, se cree que esta demora es fácilmente identificable dentro de la historia clínica en donde es más factible observar retardos en la administración de tratamientos oportunos y adecuados; detalles o información que podrían no manejar las

pacientes o familiares, lo que pudo favorecer la alta frecuencia encontrada por esas autoras; sin embargo, en el presente trabajo no se realizó auditoria de las historias clínicas y de igual forma se obtuvo una alta frecuencia de la tercera demora, se podría inferir entonces, que si además de la encuesta aplicada, se realizaba una auditoria de las historias médicas, esto podría haber aumentado la frecuencia de esta demora.

Es importante resaltar que la mayoría de las pacientes mueren en los hospitales, luego de franquear las dos primeras barreras, por lo que es indispensable que la atención de emergencia sea capaz y oportuna durante el manejo de pacientes obstétricas, ya que esto se relaciona de forma directa con la supervivencia de las pacientes, sin embargo, como se describió previamente, esta depende de un gran número de elementos, como son la presencia de personal capacitado en diferentes áreas (no solamente formados en obstetricia), disponibilidad de medicamentos, suministros, equipo tecnológico, la condición general de la instalación, así como de la administración de la misma. ^(22, 23)

El motivo más común de esta demora fue la necesidad de ser referida, con un 77 %, de hecho, el 59 % de todas las pacientes encuestadas fueron referidas al menos una vez y de ellas la mitad fueron referidas 3 o más veces. En el 46 % el tiempo de demora por referencias múltiples excedió las 24 horas. Los motivos más frecuentes para las referencias fueron no disponibilidad de anestesiólogo (56,7 %), no disponibilidad de material médico-quirúrgico (24,6 %) y no disponibilidad de cupo en la unidad de terapia intensiva neonatal (18,3 %). Este valor se encuentra por encima del reportado por Mazza *et al.*, ⁽²²⁾ quienes encontraron que el 38,5 % de los casos presentaron al menos una referencia. Sus motivos referenciales más frecuentes también variaron ligeramente y fueron la no disponibilidad de atención obstétrica de emergencia, no disponibilidad de terapia intensiva neonatal, no disponibilidad de camas en hospitalización. Esto puede deberse a que en los años 2008-2009 el éxodo del personal médico especializado, como anestesiólogos, no estaba tan acentuado como en la actualidad, por tal motivo este se ha vuelto la principal causa de referencias en las pacientes estudiadas. Es importante resaltar que la necesidad de referir a una paciente se relaciona directamente con resultados materno-fetales adversos, como fue reportado por Elmusharaf *et al.*, ⁽²⁷⁾ quienes concluyen que los resultados maternos y neonatales cuando no hay instalaciones disponibles a nivel comunitario, son mejores que

cuando la mujer accede a una instalación que no funciona, y la ausencia de un proveedor de atención médica es mejor que la presencia de un proveedor no competente. Visitar centros de salud que no funcionan o que funcionan parcialmente, pone a la mujer en mayor riesgo de morir.

Así mismo, de las pacientes que presentaron la tercera demora, el 25 % de ellas refirió que la administración del tratamiento fue retrasado debido a que el servicio de emergencia al que acudieron estaba colapsado de pacientes. Este punto se relaciona directamente con el número de instituciones prestadoras de salud, así como con la funcionalidad de las mismas.

Una vez ingresadas las pacientes en la institución, el 32 % de ellas tuvo que comprar algún tipo de medicamento, principalmente antihipertensivos, el 87 % tuvo que procesar muestras de sangre en laboratorios extrainstitucionales por no disponibilidad de reactivos y el 62 % tuvo que comprar algún tipo de material médico-quirúrgico, principalmente catéteres endovenosos. La no disponibilidad de medicamentos de primera línea en el tratamiento de patologías con alta morbilidad materno-fetal como los trastornos hipertensivos del embarazo, la falta de reactivos de laboratorios necesarios para procesar muestras, y la no disponibilidad de material médico-quirúrgico como catéteres endovenosos, retrasa el diagnóstico de diferentes patologías y el pronto y adecuado manejo de otras; condicionando un riesgo mayor al binomio madre-feto, ya que se conoce que la atención obstétrica de emergencia además de ser impartida por personal capacitado, este último debe tener a su disposición infraestructura esencial, equipamiento especializado, suministros médicos, medicamentos, entre otros, para poder brindar una atención de calidad, como fue descrito por Wilunda *et al.*,⁽²⁶⁾ en 2015.

Se destaca que el 48,8 % de las pacientes refirió complicaciones maternas. La complicación más frecuente fue el trastorno hipertensivo de embarazo con un 43,9 %, esta fue la primera causa de muerte reportada por Mazza *et al.*,⁽²²⁾ por tanto, al saber que esta patología se encuentra entre las primeras tres causas de muerte materna en el país, es imperativo tomar medidas para su adecuado diagnóstico y manejo.

En relación a las complicaciones fetales, el 17,8 % refirió la presencia de alguna de ellas, el 68,7 % presentó prematuridad, lo que destaca que el diagnóstico de pacientes de riesgo, ya

sea mediante estudios de imagen (cervicometría) o mediante el diagnóstico de patologías que aumentan la susceptibilidad de las pacientes a partos pretérmino como las infecciones del tracto urinario, el traslado de una paciente al centro asistencial en el momento de inicio de los síntomas, el ser atendida una vez llega a la institución, entre otras medidas, pueden impactar de forma beneficiosa para lograr la disminución de partos pretérmino.

Así mismo, se compararon las características sociodemográficas con la presencia de demoras y se observó una asociación significativa, con la edad, siendo más frecuente encontrar las tres demoras en pacientes más jóvenes y amas de casa. El ser primigesta se asoció a la primera y a la tercera demora. No hubo asociación entre el nivel de instrucción y las demoras, ni tampoco entre la planificación del embarazo y las demoras.

Por otra parte, solo se observó asociación entre la primera demora y la frecuencia de complicaciones maternas. Tampoco se observó relación entre las demoras y la presencia de complicaciones fetales. Sin embargo, el tipo de complicación materna y fetal si se asoció significativamente con las demoras. Los trastornos hipertensivos del embarazo y la ruptura prematura de membranas predominaron en los casos que presentaron las tres demoras, y hubo diferencias significativas respecto a las pacientes que no presentaron las demoras. Asimismo, en las pacientes que presentaron demoras, se presentó prematuridad por encima del 70 % de los casos y hubo muerte perinatal en alrededor de 25 %. Esto se correlaciona con la investigación Pacagnella *et al.*,⁽²³⁾ en donde se observó una asociación clara y significativa entre la presencia de demoras y los resultados materno-fetales adversos.

De lo anteriormente descrito se puede concluir que en casi la totalidad de las pacientes se presentó, al menos una demora. La primera demora en 82,8 % de los casos, la segunda demora en 43,2 % y la tercera demora en 77,2 %. El desconocimiento es la causa más frecuente para que ocurra el retraso en decidir buscar atención médica. La no disponibilidad de transporte explica más de la mitad de los casos de retraso en acceder al centro asistencial. La necesidad de referencia a otro centro asistencial explica el 77 % de los casos de retraso en la atención médica de emergencia una vez llegado al centro asistencial. El tipo de complicación materna y fetal se asoció con la presencia de las demoras. Las demoras se observaron con mayor frecuencia, en pacientes jóvenes, amas de casa y primigestas. No hubo relación con el nivel de instrucción.

AGRADECIMIENTOS

A todas las pacientes que colaboraron en el estudio narrándonos su experiencia.

Al Dr. Carlos Cabrera, quien fue nuestro tutor y siempre estuvo dispuesto a prestarnos su ayuda y colaboración.

A la Dra. Mireya González Blanco, asesora de la investigación, quien nos orientó y siempre estuvo dispuesta a brindarnos su guía durante la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Dinglas C, Lardner D, Homchaudhari A, Kelly C, Briggs C, Passafaro M, *et al*. Relationship of reported clinical features of pre-eclampsia and postpartum haemorrhage to demographic and other variables. *West Afr J Med*. 2011;30 (2): 84-88
2. Rojas A, Cogollo M, Miranda J, Ramos E, Fernández J, Bello A. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006-2008. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2011; 62:131-140
3. Soni C, Gutierrez A, Santa Rosa F, Reyes A. Morbilidad y mortalidad materna y factores asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*. 2015; 83: 96-103
4. Jarquin J, Escobar M, Ortiz E. ¿Qué es y que hace el comité de mortalidad materna de la FLASOG? *Boletín FLASOG*. 2015; 3 (2): 8-11
5. Filippi V, Alihonou E, Mukantaganda S, Graham WJ, Ronsmans C. Near misses maternal morbidity and mortality. *Lancet*. 1998; 351 (9096): 145-146
6. Ronsmans C, Filippi V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. En: World Health Organization [Internet]. Ginebra: Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. 2004 [Revisado abril de 2017]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42984/9241591838.pdf;jsessionid=10955F1AA18C59187A4369C9217405BA?sequence=1>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas (UNFPA) [Internet]. Ginebra: Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. 2003 [Revisado en abril 2017]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68382/a81531.pdf?sequence=1>
8. Hogan M, Foreman K, Naghavi M, Ahn S, Wang M, Makela S, Lopez A, *et al*. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: systematic analysis of progress towards. Millenium Development Goal 5. *Lancet*. 2010; 375 (9726): 1609-1623.
9. Velasco Murillo V. La mortalidad materna: un problema vigente hasta nuestros días. *Rev Med IMSS*. 2002; 40 (3): 185- 186
10. Reyes I, Villar A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima 2007-2009. *Rev peru ginecol obstet*. 2012; 58 (4): 273-284
11. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Más allá de las cifras, revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad segura [Internet]. 2004 [Revisado en marzo de 2017]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44695/9789275329801_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. 2011 [Revisado en marzo de 2017]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?sequence=1

13. Burgos A. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014 [Internet] Santiago de Chile: UNFPA/CEPAL; 2015 [Revisado en marzo de 2017]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39303/S1500990_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994; 38 (8): 1091-1110.
15. Organización Mundial de la salud [Internet]. Ginebra: Mortalidad materna: Datos y cifras. 2018 [revisado en agosto 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
16. González M. Mortalidad materna en Venezuela. ¿Por qué es importante conocer las cifras? Rev Obstet Ginecol Venez. 2017; 77 (1): 1-4.
17. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, *et al.* Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Rev Panam Salud Publica. 2015; 37 (4/5): 351–359
18. Stones W, Lim W, Al-Azzawi F, Kelly M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening “near miss” episodes. Health trends. 1991; 23 (1): 13-15
19. Pattinson R, Say L, Souza JP, Broek Nv, Rooney C; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near miss clasifications. Bull World Health Organ [Internet]. 2009 [Revisado septiembre de 2018]; 87 (10): 734. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/10/09-071001/es/>
20. Esscher A, Binder-Finnema P, Bødker B, Högberg U, Mulic-Lutvica A, Essén B. Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14: 141.
21. Mejía A, Téllez G, González A. Morbilidad materna extrema (*near miss*) y muertes maternas. Arc inv mat inf. 2012; IV (3): 146-153.
22. Mazza M, Vallejo C, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012; 72 (4): 233-248.
23. Pacagnella R, Cecatti J, Parpinelli M, Sousa M, Haddad S, Costa M, *et al.*; Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity study group. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14: 159.
24. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población para las Naciones Unidas [Internet]. Bogotá: Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en las instituciones de salud. 2014 [Revisado en octubre 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Modelo-Seguridad-Emerg-Obst.pdf>

25. MPPS, UNICEF, OPS, OMS, UNFPA [Internet]. Caracas: Cuidados prenatales y de atención obstétrica de emergencia. 2014 [revisado en octubre 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/ven/images/stories/VEN/protocolos/obstetrico/PROTOCOLO_OBSTETRICO.pdf?ua=1
26. Wilunda C, Oyerinde K, Putoto G, Lochoro P, Dall'Oglio G, Manenti F, *et al.* Availability, utilisation and quality of maternal and neonatal health care services in Karamoja region, Uganda: a health facility-based survey. *Reprod Health*. 2015; 12: 30.
27. Elmusharaf K, Byrne E, AbuAgla A, AbdelRahim A, Manandhar M, Sondorp E. Patterns and determinants of pathways to reach comprehensive emergency obstetric and neonatal care (CEmONC) in South Sudan: qualitative diagrammatic pathway analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17 (1): 278.
28. Organización mundial de la salud [Internet]. Ginebra: Objetivos de desarrollo del milenio. Datos y cifras.; 2000 [Actualizado 19 febrero 2018; revisado en noviembre 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)).
29. Organización mundial de la salud [Internet]. Ginebra: Objetivos de desarrollo sostenible: metas. 2015 [revisado en noviembre 2018] Disponible en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
30. Ministerio del Poder Popular para la Salud (Venezuela). Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Caracas: Mortalidad Materna. Semana Epidemiológica N° 52. SIVIGILA (Sistema de vigilancia de la mortalidad materna e infantil); 2016.
31. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Decima revisión. 2003 [Revisado en noviembre 2018] Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf>.
32. Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: Respuesta urgente: provisión de atención obstétrica de emergencia y del recién nacido. 2012 [revisado en noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SP-SRH%20fact%20sheet-Urgent.pdf>
33. Valero R, Rojas M, Cabrera C, Rivera Luanys, Escalona C, Cabrera C. Morbilidad Materna Extrema: Análisis en la unidad de cuidados intensivos de adultos. *Rev Latin Perinat*. [Internet] 2016 [Revisado en octubre 2018]. 19 (2): 177-181. Disponible en: http://www.revperinatologia.com/images/5_Morbilidad_materna_extrema.pdf
34. Engender Health y Mailman School of Public Health, Columbia University [Internet]. New York: Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia. Manual de liderazgo; 2005 [Revisado en octubre 2018]. Disponible en: <https://www.engenderhealth.org/wp-content/uploads/imports/files/pubs/maternal-health/qi-for-emoc-liderazgo.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Ginebra: Evolución de la mortalidad

- materna: 1990-2015 [Revisado en febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>
36. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Mortalidad materna. 2018 [Actualizado 16 de febrero de 2018; revisado en febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
37. Dickson K, Kinney M, Moxon S, Ashton J, Zaka N, Simen-Kapeu A. Scaling up quality care for mothers and newborns around the time of birth: an overview of methods and analyses of intervention-specific bottlenecks and solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15 (Suppl 2): S1.
38. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud [Internet]. Caracas: América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. 2018. [Revisado en abril 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=407:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=0
39. Observatorio Venezolano de Violencia [Internet]. Caracas: OVV-LACSO: Informe Anual de Violencia 2018 [revisado en abril 2019]. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/ovv-lacso-informe-anual-de-violencia-2018/>.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Caracas, ____/____/____

Título del trabajo. Atención obstétrica de emergencia: evaluación aplicando el modelo de las tres demoras. Investigadores responsables: Andreina Damarilys Chirinos Rodríguez y Mercedes del Carmen Marchena García, médicos residentes del Curso de Especialización en Medicina Materno-Fetal de la Universidad Central de Venezuela, sede Maternidad Concepción Palacios.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación, el cual consiste en evaluar la atención obstétrica de emergencia.

Se me practicará una encuesta, en la cual se reportarán mis datos personales, antecedentes gineco-obstétricos de importancia e información detallada en relación a mi enfermedad actual. Posteriormente los datos serán analizados estadísticamente.

Se me ha sido explicado con detalle y todas mis preguntas e inquietudes me han sido contestadas y aclaradas por los médicos que desarrollan el estudio.

Entiendo que:

- 1.- Este estudio no afectará mi condición de salud, y mi participación o no, no afectará en ningún momento la calidad de atención hacia mi persona.
- 2.- Podré retirarme de este estudio en cualquier momento de mi elección, sin necesidad de dar razones o explicar motivos, y sin que esto me perjudique en modo alguno.
- 3.- Autorizo a las personas encargadas de este proyecto, a que mis resultados formen parte del estudio, y que los mismos sean publicados según lo crean conveniente, sin embargo, mi identidad no será revelada en forma alguna y bajo ningún precepto, siendo mis datos anónimos y permaneciendo en forma confidencial, a menos que la ley, demande lo contrario.
- 4.- Declaro que mi consentimiento está dado voluntariamente, sin que haya sido forzada u obligada.
- 5.- No recibiré beneficios materiales por mi participación. Los beneficios derivados del estudio y del análisis de sus resultados, están reservados para el enriquecimiento intelectual y el provecho de la comunidad en general.

Paciente:

Nombre: _____

C.I.Nº _____

ANEXO 2

ENCUESTA

1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos:	C.I:
Dirección:	Teléfono:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Ocupación:	Grado de instrucción:

2. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS DE IMPORTANCIA

Gestas: Patos: Cesáreas: Abortos: Otros:

Complicaciones:

3. EMBARAZO ACTUAL:

FUR: EG:

Planificado: Complicaciones durante embarazo actual:

4. ATENCIÓN HOSPITALARIA:

Motivo de consulta:

CSUSDS	
Sangrado	
Pérdida de liquido	
Referida de control prenatal	
Referida de otro centro	
Otro	
Especifique:	

¿Cuándo comenzaron los síntomas?

< 1 hora	
1 h - < 6 h	
6 h - < 12 h	
12 h - < 24 h	
24 h o mas	

¿Tomo algún medicamento o realizo alguna actividad para atenuar los síntomas?

No	
Si	
Que o cuál?	

¿Cuándo noto que necesitaba atención medica?

< 1 hora	
1 h - < 6 h	
6 h - < 12 h	
12 h - < 24 h	
24 h o mas	

¿Cuánto tiempo transcurrió entre la aparición de los síntomas y decidir acudir al médico?

< 1 hora	
1 h - < 6 h	
6 h - < 12 h	
12 h - < 24 h	
24 h o mas	

¿Por qué?

Desconocimiento	
Mala experiencia previa	
Coacción externa	
Inseguridad	

¿Cuánto tiempo transcurrió entre decidir acudir a un médico y llegar a un hospital?

< 1 hora	
1 h - < 6 h	
6 h - < 12 h	
12 h - < 24 h	
24 h o mas	

¿Por qué?

Factor económico	
Domicilio lejano	
No disponibilidad de transporte público o privado	
Otra, especifique:	

Una vez llegado a la institución, ¿cuánto tiempo tardo en ser atendida?

< 1 hora	
1 h - < 6 h	
6 h - < 12 h	
12 h - < 24 h	
24 h o mas	

¿Por qué?

Admisión colapsada	
No criterio de ingreso	
Necesidad de ser referida	
Otra, especifique:	

¿Esta es la primera institución a la que acude?

No	
Si	

Si la respuesta es no, ¿a cuantas instituciones acudió previamente?

1	
2	
3 o mas	

¿Cuáles fueron los motivos de las referencias?

No hay atención obstétrica	
No hay obstetra de guardia	
No hay anestesiólogo	
No hay neonatólogo	
No hay intensivista	
No hay enfermeras	
No hay laboratorios	
No hay medicamentos	
No hay hemoderivados	
No hay material quirúrgico	
No hay agua	
No hay camas disponibles	
No hay cupo en UTIN	
No hay UTIA	
No hay cupo en UTIA	
Problemas de infraestructura	
No hay quirófanos operativos	
No hay ascensor	
No hay luz	

¿Cuánto tiempo transcurrió desde que acudió a esa primera institución y recibió la atención obstétrica?

< 1 hora	
1 h - < 6 h	
6 h - < 12 h	
12 h - < 24 h	
24 h o mas	

¿Por qué?

Ha visitado diferentes hospitales buscando atención obstétrica	
Decidió ir a casa y regresar otro día	
Sintió mejoría de los síntomas	
Otro	
Especifique:	

5. ATENCIÓN DEFINITIVA

Diagnósticos

¿Tuvo que comprar algún medicamento?

No	
Si	
¿Cual?	

¿Tuvo que realizar algún paraclínico extrainstitucionalmente?

No	
Si	
¿Cual?	

¿La resolución obstétrica fue realizada en esa institución?

Si	
No	
¿Por qué?	

¿Tuvo que comprar algún tipo de material médico-quirúrgico?

No	
Si	
¿Cual?	

¿Hubo complicaciones maternas?

No	
Si	
¿Cuál?	

¿Hubo complicaciones fetales?

No	
Si	
¿Cual?	

Tabla 1

Distribución de pacientes según las características sociodemográficas

	n	%	p
Edad			0,001
1 10 – 14 años	8	2,1	
2 15 – 19 años	109	28,9	
3 20 – 24 años	91	24,1	
4 25 – 29 años	67	17,8	
5 30 – 34 años	44	11,7	
6 35 – 39 años	43	11,4	
7 40 – 44 años	15	4	
Grado de Instrucción			0,001
Primaria	157	41,6	
Bachiller	154	40,8	
Técnico superior universitario	34	9	
Universitario	32	8,5	
Ocupación			0,001
Ama de Casa	203	53,8	
Estudiante	66	17,5	
Otros	108	28,6	
Paridad			0,587
1	134	35,5	
2	125	33,2	
3 o más	118	31,3	
Embarazo Planificado			0,004
Si	85	22,5	
No	292	77,5	

Tabla 2

Distribución de pacientes según aspectos relacionados con la demora en la decisión de
búsqueda de atención médica

	n	%
1 ^{ra} demora		
Si	312	82,8
No	65	17,2
Tiempo de demora		
1 a 6 horas	131	42
6 a 12 horas	59	18,9
12 a 24 horas	48	15,4
Más de 24 horas	74	23,7
Razón de 1 ^{ra} demora		
Desconocimiento	214	68,6
Inseguridad	45	14,4
Coacción externa	45	14,4
Mala experiencia previa	8	2,6

Tabla 3

Distribución de pacientes según la relación entre las características sociodemográficas y la ocurrencia de la primera demora

Característica	Primera demora		p
	Presente n (%)	Ausente n (%)	
Edad			0,000
10 – 14 años	7 (2)	1 (2)	
15 – 19 años	93 (30)	16 (25)	
20 – 24 años	74 (24)	17 (26)	
25 – 29 años	54 (17)	13 (20)	
30 – 34 años	36 (12)	8 (12)	
35 – 39 años	35 (11)	8 (12)	
40 – 44 años	13 (4)	2 (3)	
Grado de Instrucción			0,812
Primaria	129 (41)	28 (43)	
Bachiller	130 (42)	24 (37)	
TSU	26 (8)	8 (12)	
Universitario	27 (9)	5 (8)	
Ocupación			0,000
Ama de Casa	167 (54)	36 (55)	
Estudiante	57 (18)	9 (14)	
Otros	88 (28)	20 (31)	
Paridad			0,000
1	116 (37)	18 (28)	
2	102 (33)	23 (35)	
3 o más	94 (30)	24 (37)	
Embarazo planificado			0,056
Si	71 (23)	6 (11)	
No	241 (77)	51 (89)	

Tabla 4

Distribución de pacientes según las razones de demora en el acceso al centro de atención médica

	n	%
2 ^{da} demora		
Si	163	43,2
No	214	56,8
Tiempo de demora		
1 a 6 horas	117	71,8
6 a 12 horas	19	11,6
12 a 24 horas	12	7,4
Más de 24 horas	15	9,2
Razón de 2 ^{da} demora		
No disponibilidad de transporte	88	54
Domicilio lejano	60	36,8
Factor económico	15	9,2

Tabla 5

Distribución de pacientes según la relación entre las características sociodemográficas y la ocurrencia de la segunda demora

Característica	Segunda demora		p
	Presente n (%)	Ausente n (%)	
Edad			0,000
10 – 14 años	0 (0)	8 (4%)	
15 – 19 años	52 (32)	57 (27%)	
20 – 24 años	41 (25)	50 (23%)	
25 – 29 años	28 (17)	39 (18%)	
30 – 34 años	19 (12)	25 (12%)	
35 – 39 años	18 (11)	25 (12%)	
40 – 44 años	5 (3)	10 (5%)	
Grado de Instrucción			0,991
Primaria	69 (42)	88 (41%)	
Bachiller	66 (40)	88 (41%)	
TSU	14 (9)	20 (9%)	
Universitario	14 (9)	18 (8%)	
Ocupación			0,000
Ama de Casa	96 (59)	107 (50%)	
Estudiante	22 (13)	44 (21%)	
Otros	45 (28)	63 (29%)	
Paridad			0,117
1	59 (36)	75 (35%)	
2	58 (36)	67 (31%)	
3 o más	46 (28)	72 (34%)	
Embarazo planificado			0,365
Si	30 (18)	47 (23%)	
No	133 (82)	159 (77%)	

Tabla 6

Distribución de pacientes según motivos que retrasaron la atención médica una vez llegaron al centro asistencial

	N	%
3 ^{ra} demora		
Si	291	77,2
No	86	22,8
Tiempo de demora		
1 a 6 horas	102	35,1
6 a 12 horas	44	15,1
12 a 24 horas	41	14,1
Más de 24 horas	104	35,7
Razón de 3 ^{ra} demora*		
Referencias a otros centros	224	77
Admisión colapsada	73	25,1
No cumple criterio de ingreso	3	1

*Nueve pacientes presentaron más de una razón

Tabla 7

Distribución de pacientes según la relación entre las características sociodemográficas y la ocurrencia de la tercera demora

Característica	Tercera demora		p
	Presente n (%)	Ausente n (%)	
Edad			0,000
10 – 14 años	7 (3)	1 (1)	
15 – 19 años	82 (28)	27 (31)	
20 – 24 años	66 (23)	25 (29)	
25 – 29 años	58 (20)	9 (11)	
30 – 34 años	33 (11)	11 (13)	
35 – 39 años	33 (11)	10 (12)	
40 – 44 años	12 (4)	3 (3)	
Grado de Instrucción			0,217
Primaria	122 (42)	35 (41)	
Bachiller	116 (40)	38 (44)	
TSU	24 (8)	10 (12)	
Universitario	29 (10)	3 (3)	
Ocupación			0,000
Ama de Casa	153 (53)	50 (58)	
Estudiante	52 (18)	14 (16)	
Otros	86 (29)	22 (26)	
Paridad			0,000
1	108 (37)	26 (30)	
2	95 (33)	30 (35)	
3 o más	88 (30)	30 (35)	
Embarazo planificado			0,974
Si	65 (22)	20 (23)	
No	226 (78)	66 (77)	

Tabla 8

Distribución de pacientes según referencia como causal de retardo

	n	%
Hubo referencia		
Si	224	59,4
No	153	40,6
Número de referencias		
1	7	3,1
2	113	50,4
3 o más	104	46,4
Tiempo de demora		
1 a 6 horas	45	20,1
6 a 12 horas	39	17,4
12 a 24 horas	37	16,5
Más de 24 horas	103	46
Razón de la referencia*		
No hay anestesiólogo	127	56,7
No hay material médico quirúrgico	55	24,6
No hay cupo en UTIN**	41	18,3
No hay quirófano operativo	19	8,5
No hay atención obstétrica	19	8,5
No hay agua	18	8
No hay camas disponibles	18	8
No hay medicamentos	18	8
No hay laboratorio	17	7,6
No hay hemoderivados	14	6,3
No hay obstetra de guardia	12	5,4
No hay neonatólogo	6	2,7
No hay UTIA***	4	1,8
No hay luz	2	0,9
No hay ascensor	1	0,4
No hay enfermeras	1	0,4

* 106 Pacientes refirieron más de una razón de referencia

**Unidad de terapia intensiva neonatal

*** Unidad de terapia intensiva de adultos

Tabla 9

Distribución de pacientes según las complicaciones maternas y fetales

	n	%
Complicaciones maternas		
Si	184	48,8
No	193	51,2
Tipo de complicación		
Trastorno hipertensivo del embarazo	65	43,9
Ruptura prematura de membranas	56	30,4
Infección del tracto urinario	20	10,9
Parto pretérmino	17	9,2
Anemia	13	7,1
Infección de la herida quirúrgica	5	2,7
Hemorragia posparto	3	1,6
Cetoacidosis diabética	1	0,5
Cefalea postpunción dural	1	0,5
Derrame pleural	1	0,5
Parálisis facial	1	0,5
Procidencia de cordón umbilical	1	0,5
Complicaciones fetales		
Si	67	17,8
No	310	82,2
Tipo de complicaciones fetales		
Prematuridad	46	68,7
Muerte	18	26,9
Sepsis	3	4,5

Tabla 10

Relación entre las complicaciones maternas y fetales y la ocurrencia de demoras

Complicaciones	Demoras		
	1 ^{ra} n (%)	2 ^{da} n (%)	3 ^{ra} n (%)
Complicaciones maternas	p=0,025	p=0,304	p=0,066
Si	161 (52)	85 (52)	150 (52)
No	151 (48)	78 (48)	141 (48)
Tipo de complicación	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Trastorno hipertensivo del embarazo	62 (38)	38 (45)	50 (33)
Ruptura prematura de membranas	45 (28)	26 (31)	50 (33)
Infección del tracto urinario	18 (11)	11 (13)	15 (10)
Parto pretérmino	13 (8)	10 (12)	14 (9)
Anemia	13 (8)	8 (9)	10 (7)
Infección de la herida quirúrgica	4 (2)	2 (2)	5 (3)
Hemorragia posparto	2 (1)	1 (1)	3 (2)
Cetoacidosis diabética	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Cefalea postpunción dural	0 (0)	1 (1)	0 (0)
Derrame pleural	1 (1)	0 (0)	1 (1)
Parálisis facial	1 (1)	1 (1)	1 (1)
Procidencia de cordón umbilical	1 (1)	1 (1)	1 (1)
Complicaciones fetales	p=0,735	p=0,899	p=0,224
Si	54 (17)	28 (17)	56 (19)
No	258 (83)	135 (83)	235 (81)
Tipo de complicaciones fetales	p=0,005	p=0,000	p=0,005
Prematuridad	40 (74)	20 (71)	39 (70)
Muerte	13 (24)	8 (29)	14 (25)
Sepsis	1 (2)	0 (0)	3 (5)