

Atención obstétrica de emergencia: evaluación aplicando el modelo de las tres demoras*

Drs. Andreína Damarilys Chirinos Rodríguez,¹ Mercedes del Carmen Marchena García,¹ Carlos Cabrera Lozada,² Mireya González Blanco.³

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la situación actual de la atención obstétrica de emergencia, aplicando el modelo de las tres demoras.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y de corte transversal, cuya población fueron las pacientes que acudieron a la emergencia de la Maternidad Concepción Palacios en el periodo comprendido entre septiembre 2018 – febrero 2019. La muestra probabilística fue de 377 pacientes.

Resultados: El 95 % de las pacientes presentó alguna demora, 82 % presentó 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 materna ($p=0,000$) 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 alta, la 1ra y la 3ra 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.

SUMMARY

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.

¹Médicos Especialistas en Obstetricia y Ginecología y Medicina Materno-fetal egresados de la Universidad Central de Venezuela, sede Maternidad Concepción Palacios. ²Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología, director del Programa de Especialización en Medicina Materno-fetal de la Universidad Central de Venezuela, con sede en Maternidad Concepción Palacios. ³Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología, exdirectora del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela, con sede en Maternidad Concepción Palacios.

*Trabajo Especial de Grado presentado por Andreína Damarilys Chirinos Rodríguez y Mercedes del Carmen Marchena García para optar al título de Especialista en Medicina Materno-fetal.

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

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

desafortunados como la mortalidad materna, dentro de las que se encuentran los trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias, sepsis, etc. (1).

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 (2). 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 (3).

En Venezuela, 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 (4), parece lejos de poder cumplirse. El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) publicó un boletín epidemiológico en 2016 y al compararlo con el de 2015, se registró 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 registradas en el año 2015 a 756 en el año 2016 (5). 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 (RMM) (6).

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 (7).

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 (7).

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 los entrevistados; 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 (8, 9).

Uno de los factores más importantes relacionados con el estudio de las muertes maternas son los descritos por Thaddeus y Maine (10), 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, servicios de banco de sangre en normal funcionamiento) y de

la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación.

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 cómo 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, así como las limitantes que enfrentaron para que sus emergencias fueran resueltas dentro de las instituciones de salud (11).

Independientemente de en qué momento se estudie a las mujeres (fallecidas o sobrevivientes), las investigaciones o estudios de paciente 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 (8).

En el modelo realizado por Karolinski y col. (2) 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.

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 les 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 ofrecer 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 (12).

En vista de lo antes descrito, se planteó la realización de esta investigación con la finalidad de evaluar la situación actual de la atención obstétrica de emergencia, aplicando el modelo de las tres demoras, en un grupo de gestantes que acudieron a la emergencia de la Maternidad Concepción Palacios en el periodo septiembre 2018 - febrero de 2019.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y de corte transversal, que incluyó una muestra probabilística de 377 gestantes que acudieron al Servicio de Emergencia de la Maternidad Concepción Palacios. Se excluyeron aquellas que no respondieron la encuesta en forma completa. Todas las pacientes firmaron un consentimiento informado. Se les realizó una encuesta en el momento de su evaluación, administrada por uno de los investigadores. 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.

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

RESULTADOS

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 primaria y secundaria ($p=0,001$). La ocupación más común fue ama de casa

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

Tabla 1
Distribución de pacientes según
las características sociodemográficas

	n	%	p
Edad			0,001
10 – 14 años	8	2,1	
15 – 19 años	109	28,9	
20 – 24 años	91	24,1	
25 – 29 años	67	17,8	
30 – 34 años	44	11,7	
35 – 39 años	43	11,4	
40 – 44 años	15	4	
Grado de Instrucción			0,001
Primaria	157	41,6	
Bachiller	154	40,8	
TSU*	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	

*Técnico superior universitario

con 203 pacientes (53,8 %) (p=0,001). En relación a los antecedentes ginecoobstétricos 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 fue referido 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 %) informaron 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, en un 42 % el retraso fue entre 1 y 6 horas, en el 23,7 % la demora fue de más de 24 horas. Las razones más comunes de esta demora fueron la falta de información, en 214 mujeres (68,6 %), seguido de inseguridad y coacción externa con 45 pacientes

Tabla 2
Distribución de pacientes según la primera demora:
decisión de búsqueda de atención médica

	n	%
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 1ra demora		
Desconocimiento	214	68,6
Inseguridad	45	14,4
Coacción externa	45	14,4
Mala experiencia previa	8	2,6

(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 presentó con más frecuencia en las más jóvenes, 100 pacientes (32 % de las que presentaron la primera demora) eran adolescentes (p=0,000), 167 amas de casa (82,3 %) (p=0,000) y 116 primigestas (82,3 %) (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 señalado por 88 mujeres (54 %), lejanía del domicilio en 60 pacientes (36,8 %) y factores económicos en 15 (9,2%), (tabla 4). Entre las 163 pacientes que presentaron la segunda demora, hubo 93 menores de 25 años (57,1 %) y 96 amas de casa (58,9 %) y entre las 214 que no refirieron esta demora, 115 eran menores de 25 años (53,7 %) y 107 (50 %) amas de casa (p=0,000), esto se observa en la tabla 5.

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 (87,5)	1 (12,5)	
15 – 19 años	93 (85,3)	16 (14,7)	
20 – 24 años	74 (81,3)	17 (18,7)	
25 – 29 años	54 (80,6)	13 (19,4)	
30 – 34 años	36 (81,8)	8 (18,2)	
35 – 39 años	35 (81,4)	8 (18,6)	
40 – 44 años	13 (86,7)	2 (13,3)	
Grado de Instrucción			0,812
Primaria	129 (82,2)	28 (17,8)	
Bachiller	130 (84,4)	24 (15,6)	
TSU*	26 (76,5)	8 (23,5)	
Universitario	27 (84,4)	5 (15,6)	
Ocupación			0,000
Ama de casa	167 (82,3)	36 (17,7)	
Estudiante	57 (86,4)	9 (13,6)	
Otros	88 (81,5)	20 (18,5)	
Paridad			0,117
1	116 (86,6)	18 (13,4)	
2	102 (81,6)	23 (18,4)	
3 o más	94 (79,7)	24 (20,3)	
Embarazo planificado			0,056
Si	71 (83,5)	14 (16,5)	
No	241 (82,5)	51 (17,5)	

*Técnico superior universitario

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 (100)	
15 – 19 años	52 (47,7)	57 (52,3)	
20 – 24 años	41 (45,1)	50 (54,9)	
25 – 29 años	28 (41,8)	39 (58,2)	
30 – 34 años	19 (43,2)	25 (56,8)	
35 – 39 años	18 (41,9)	25 (58,1)	
40 – 44 años	5 (33,3)	10 (66,7)	
Grado de Instrucción			0,991
Primaria	69 (43,9)	88 (56,1)	
Bachiller	66 (42,9)	88 (57,1)	
TSU*	14 (41,2)	20 (58,8)	
Universitario	14 (43,8)	18 (56,3)	
Ocupación			0,000
Ama de casa	96 (47,3)	107 (52,7)	
Estudiante	22 (33,3)	44 (66,7)	
Otros	45 (41,7)	63 (58,3)	
Paridad			0,117
1	59 (44)	75 (56)	
2	58 (46,4)	67 (53,6)	
3 o más	46 (39,0)	72 (61)	
Embarazo planificado			0,365
Si	30 (35,3)	55 (64,7)	
No	133 (45,5)	159 (54,5)	

*Técnico superior universitario

Tabla 4
Distribución de pacientes según la segunda demora: acceso al centro de atención médica

	n	%
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 2da demora		
No disponibilidad de transporte	88	54
Domicilio lejano	60	36,8
Factor económico	15	9,2

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, destaca que 104 mujeres (35,7 %) informaron un retardo de más de 24 horas. El motivo más comúnmente señalado 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 pacientes (25 %) y, por último, el médico en el área de emergencia consideró que no tenía criterio de ingreso en 3 pacientes (1 %). Nueve pacientes presentaron más de una causa de tercera demora (tabla 6). Como se ve en la tabla 7, entre las 291 mujeres que experimentaron la tercera demora, 155 (69,2 %) tenían menos de 25 años (p=0,000), 153 eran amas de casa (52,6 %) (p=0,000) y 108 (37,1 %), eran primigestas (p=0,000).

En la tabla 8 se puede observar la distribución de

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

Tabla 6

Distribución de pacientes según la tercera demora:
obtención de atención médica al llegar al centro asistencial

	n	%
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 3ra 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 (87,5)	1 (12,5)	
15 – 19 años	82 (75,2)	27 (24,8)	
20 – 24 años	66 (72,5)	25 (27,5)	
25 – 29 años	58 (86,6)	9 (13,4)	
30 – 34 años	33 (75)	11 (25)	
35 – 39 años	33 (76,7)	10 (23,3)	
40 – 44 años	12 (80)	3 (20)	
Grado de Instrucción			0,217
Primaria	122 (77,7)	35 (22,3)	
Bachiller	116 (75,3)	38 (24,7)	
TSU*	24 (70,6)	10 (29,4)	
Universitario	29 (90,6)	3 (9,4)	
Ocupación			0,000
Ama de casa	153 (75,4)	50 (24,6)	
Estudiante	52 (78,8)	14 (21,2)	
Otros	86 (79,6)	22 (20,4)	
Paridad			0,000
1	108 (80,6)	26 (19,4)	
2	95 (76)	30 (24)	
3 o más	88 (74,6)	30 (25,4)	
Embarazo planificado			0,974
Si	65 (76,5)	20 (23,5)	
No	226 (77,4)	66 (22,6)	

*Técnico superior universitario

las pacientes según la presencia de referencias, 224 pacientes (59,4 %) fueron referidas al menos una vez. Entre ellas, 113 (50,4 %) fueron referidas dos veces y 104 (46,4 %) 3 o más veces. El tiempo de retardo en la atención por esta razón fue, en 45 mujeres (20,1 %) de 1 a 6 horas, en 103 pacientes (46 %), el excedió las 24 horas. Los motivos más comunes para realizar las referencias fueron la no disponibilidad de anestesiólogo en un 56,7 % de los pacientes, la falta de material quirúrgico en un 24,6 % de los pacientes y la falta de cupo en la unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN) en un 18,3 % de las pacientes. En 106 pacientes (47,3 %) hubo más de una causa.

Tabla 8

Distribución de pacientes según las referencias
como causal de retardo

	n	%
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 médicoquirúrgico	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

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

En la tabla 9 se presentan las complicaciones maternas y fetales. En 184 pacientes (48,8 %) se presentaron complicaciones maternas. El 43,9 % presentó trastorno hipertensivo del embarazo (THE), de ellas el 5 % fueron eclámpticas y el 15 % presentaron HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets*). Así mismo, el 30,4 % presentó ruptura prematura de membranas, el 10,9 % infección del tracto urinario. Se presentaron complicaciones fetales en 67 pacientes (17,8 %). Se destacan 46 pacientes (68,7 %) con prematuridad, 18 muertes fetales (26,9 %) y 3 pacientes (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 maternofetales descritas por las pacientes con la incidencia de demoras. Hubo relación entre la presencia de la primera demora y el desarrollo de complicaciones ($p=0,025$), no así con la segunda

Tabla 9
Distribución de pacientes según las complicaciones maternas y fetales

	n	%
Tipo de complicación materna		
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 pospunción dural	1	0,5
Derrame pleural	1	0,5
Parálisis facial	1	0,5
Procidencia de cordón umbilical	1	0,5
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		
	1ra n (%)	2da n (%)	3ra n (%)
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
Cefalea pospunción dural	0	1 (1)	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)
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	3 (5)

($p=0,304$) y la tercera demora ($p=0,066$). Entre las pacientes complicadas, hubo 62 (38 %) pacientes de trastorno hipertensivo del embarazo (THE), 45 (28 %) de ruptura prematura de membranas (RPM) y 18 (11 %) infecciones del tracto urinario, asociados con la primera demora. Asimismo, 38 (45 %) THE, 26 (31 %) RPM y 11 (13 %) infecciones urinarias asociadas con la segunda demora. Finalmente, 50 (33 %) pacientes de THE, 50 (33 %) RPM y 15 (10 %) infecciones urinarias en relación con la tercera demora. La asociación entre el tipo de complicación y las tres demoras, fue significativa ($p=0,000$). En relación a las complicaciones fetales, su desarrollo no se asoció con ninguna de las demoras ($p=0,735$; $p=0,899$; $p=0,224$), pero la complicación más frecuente, prematuridad, se asoció significativamente a las tres demoras ($p=0,005$; $p=0,000$; $p=0,005$).

DISCUSIÓN

El primer paso para controlar y disminuir la mortalidad materna es conocer el problema y reconocer cada uno de sus agentes desencadenantes para poder implementar medidas satisfactorias en pro de su disminución. 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 (6).

En la presente investigación 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 (13). 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, como distancias largas y vías en mal estado. Otras son culturales, es decir, 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 (13).

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 (14). 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 (14).

Es importante resaltar que la atención obstétrica de emergencia adecuada no depende únicamente del médico prestador del servicio, de sus conocimientos y habilidades, estos factores son, sin duda alguna, determinantes, pero también está claramente influenciado por el estado de la infraestructura de la institución, la dotación de equipos médicos especializados, material médicoquirúrgico, 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 (15), 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 y col. (2), en su modelo para abordar integralmente la mortalidad materna, describen que aproximadamente el 50 % de las pacientes de mortalidad o morbilidad materna extrema, son producto de embarazos no planificados, lo que pone de manifiesto 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 y col. (16) en Brasil, quienes observaron la presencia de cualquier demora en 53,8 % de las pacientes. 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 (13), 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 y col. (13), 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 pacientes 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 quienes narraron todas las barreras que tuvieron que franquear para lograr recibir atención obstétrica; mientras que en el estudio mencionado, 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 a 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 (13).

La inseguridad como motivo de primera demora, se presentó en el 14,4 % de las pacientes, cuando los síntomas aparecen en horas de la noche, a pesar de que las pacientes sabían 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 (17).

Por último, la mala experiencia previa como motivo de primera demora, se presentó en el 2,6 %. Estas pacientes refirieron 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 y col. (13) 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 y col. (13) no hubo reportes de esta demora en las pacientes estudiadas, 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 y col. (16), quienes además de revisar las historias médicas, hicieron una entrevista al personal médico, la demora relacionada con la accesibilidad de los servicios de salud estuvo presente en el 34,6 %.

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

Del total de pacientes que presentaron la 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 y col. (13), la tercera demora fue evidenciada en el 70,2 % de las pacientes, 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 informaciones 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 auditoría 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 auditoría 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 su supervivencia, 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, las condiciones generales de la instalación, así como de la administración de la misma (13, 16).

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 enviadas a otro centro al menos una vez y de ellas la mitad, 3 o más veces. En casi la mitad de las pacientes, el tiempo de demora por referencias múltiples excedió las 24 horas. Los motivos más frecuentes fueron no disponibilidad de anestesiólogo, no disponibilidad de material médicoquirúrgico y no disponibilidad de cupo en la unidad de terapia intensiva neonatal. Este valor se encuentra por encima del reportado por Mazza y col. (13) quienes encontraron que el 38,5 % de las pacientes 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 y 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 esta 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 y col. (18), quienes concluyeron 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, el 25 % de las pacientes que presentaron la tercera demora dijeron 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 en la institución, el 32 % de las pacientes se vio en la necesidad de comprar algún tipo de medicamento, principalmente antihipertensivos, el 87 % tuvo que procesar muestras de sangre en laboratorios fuera de la institución, por falta de reactivos y el 62 % requirió comprar algún tipo de material médicoquirúrgico, principalmente catéteres endovenosos. La no disponibilidad de medicamentos de primera línea en el tratamiento de patologías con alta morbimortalidad maternofetal, 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 y col. (19), 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 y col. (13), 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 % de los complicados 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, 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 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 las demoras y el nivel de instrucción o la planificación del embarazo.

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, entre los que presentaron complicaciones, el tipo de complicación materna y fetal sí se asoció significativamente con las demoras. Los trastornos hipertensivos del embarazo y la ruptura prematura de membranas predominaron en los pacientes 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 las pacientes y hubo muerte perinatal en alrededor de 25 %. Esto se correlaciona con la investigación Pacagnella y col. (16), en la que se observó una asociación clara y significativa entre la presencia de demoras y los resultados maternofetales 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 pacientes, 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 retrasos en acceder al centro asistencial. La necesidad de referencia a otro centro asistencial explica el 77 % de los retrasos 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.

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. 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 Pública.* 2015; 37 (4/5): 351-359
3. 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)).
4. 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/>
5. 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.
6. González M. Mortalidad materna en Venezuela. ¿Por qué es importante conocer las cifras? *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2017; 77 (1): 1-4.
7. 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
8. 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
9. 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
10. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994; 38 (8): 1091-1110.
11. 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
12. Engender Health and 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>
13. Mazza M, Vallejo C, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012; 72 (4): 233-248.
14. 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.
15. 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
16. 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.
17. 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/>.
18. 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.
19. 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.

Recibido: 04 de septiembre de 2019
Aprobado: 17 de septiembre de 2019