

ARTÍCULO ORIGINAL

Muerte materna y tipos de retraso en la atención en centros de salud de la Región La Libertad

Maternal death and types of delay in the attention in health centers in the La Libertad Region

Florián Plasencia Ernestina ¹¹ Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN). Perú

Florián Plasencia E. Muerte materna y tipos de retraso en centros de salud de la Región La Libertad. 2019;2(1):41-49

RESUMEN

Introducción: la muerte materna es el resultado dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de demora, marginación y rezago que vive un sector de mujeres e involucran a las personas que conviven con ellas, la comunidad, el personal de salud y las autoridades gubernamentales. **Objetivo:** determinar la relación entre mortalidad materna y las demoras en la atención de una mujer en gestación, parto y puerperio atendida en los centros de la Región La Libertad. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, correlacional, censal, retrospectivo y transversal de una sola casilla. Se revisaron 160 certificados y expedientes de muerte materna en el periodo 2005-2010, que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** existió demora tipo I en el 18,75 % de los casos, demora tipo II en un 70 % y demora tipo III en el 100 % de los casos. **Conclusión:** es importante trazar estrategias a nivel de la paciente, la familia, la comunidad y las instituciones de salud y poder disminuir algunos de los factores predisponentes de las muertes maternas.

Palabras clave: muerte materna; tipo de demora en la atención; puerperio

ABSTARCT

Introduction: maternal death, is the dramatic result of a series of events that reveal the lack of action to address the situation of backwardness, marginalization and backwardness living a sector of women and involve people who live alongside them, the community, health personnel and Government authorities. **Objective:** to determine the relationship between maternal mortality and delays in the care of a woman in pregnancy, childbirth puerperium treated at centers in the region La Libertad.

Methods: the inductive method was used, the type of study was descriptive, correlational, cross-sectional, retrospective census of a single box. 160 certificates and records of maternal death from 2005-2010, which met the inclusion criteria were reviewed. **Results:** there was type I delay in 18.75 % of the cases, type II delay in a 70 % and type III delay in 100 % of the cases. **Conclusion:** it is important to draw up strategies at the level of the patient, the family, the community and health institutions and to reduce some of the predisposing factors of maternal deaths.

Keywords: maternal mortality; delay in delivery care; puerperium

Recibido: 06 de noviembre de 2018

Aceptado: 22 de diciembre de 2018

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna, en su contexto amplio, es un problema de salud pública; su análisis presenta muchas aristas, los epidemiólogos la denominan una condición “multicausal” o “multifactorial” y en su explicación intervienen varios factores sobre todo aquellos que están fuertemente vinculados a condiciones de pobreza, desnutrición, analfabetismo, falta de empleo, malas condiciones ambientales, insuficientes servicios de salud y dificultad en la accesibilidad a los mismos ⁽¹⁾.

El análisis de las muertes maternas en los países en desarrollo señala que se relacionan con tres factores, reconocidos como “*Demora*”, los cuales están relacionados con el conjunto de condiciones económicas, sociales y culturales que rodean a una mujer expuesta a este riesgo. *Demora en la decisión de buscar atención*, lo que indica una falta de información sobre las señales de peligro durante el embarazo; *demora en llegar a un centro de salud*, debido a la falta de medios de transporte o a las condiciones de los caminos y, *demora en recibir atención*, debido a la falta de personal calificado, falta de equipamiento o insumos, falta de financiamiento o mala calidad de atención en el centro de salud ⁽²⁾.

La mayoría de las muertes maternas son evitables, 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. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas; alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron en 2015 ⁽³⁾.

La mortalidad materna, es un indicador de calidad de vida de la población. Según el Informe Mundial del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las mujeres de los países pobres tienen 300 veces más posibilidades de morir durante el parto o por complicaciones derivadas del embarazo, que las mujeres de naciones industrializadas ⁽⁴⁾.

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto; en el 2015 se estimaron unas 303 000 muertes por complicaciones durante este periodo o culminado el mismo, prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado ^(5,6).

El modelo conceptual de “las tres demoras” desarrollado inicialmente en el análisis de la mortalidad materna, ha sido usado recientemente en el estudio de muertes neonatales. Se basa en la identificación de cualquier escollo que haya causado retrasos en la atención, pues cualquier situación que signifique dicho retraso, puede costar la vida de la madre y del neonato. Las demoras estarían relacionadas con el reconocimiento de los signos de peligro o en la no decisión de buscar ayuda pese a identificar los signos de peligro en el neonato (demora 1), en las dificultades de acceso al sitio de atención (demora 2), y/o por deficiencias en la calidad de la atención en el sistema de salud (demora 3) ⁽⁷⁾.

En la Región La Libertad, en los últimos cinco años, han ocurrido un total de 230 muertes maternas; se considera que es necesario realizar el análisis de las causas de estas muertes con un enfoque de identificación de las demoras en la atención de la gestante como el reconocimiento oportuno de las señales de peligro, accesibilidad a los servicios de salud y toma de decisiones en acudir a los mismos ⁽⁸⁾.

Ante lo expuesto, el presente estudio tiene como objetivo identificar qué tipo de demora en la atención de una mujer en gestación, parto y puerperio, atendida en centros de salud de la región La Libertad se relaciona con más frecuencia con la muerte materna y trazar estrategias que permitan disminuir este flagelo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, censal, retrospectivo y transversal de una sola casilla.

El universo estuvo constituido por los 230 casos de muerte materna ocurridas en el periodo 2005-2010 en la Región La Libertad, ubicada en la costa Norte del Perú y dividida geopolíticamente en 12 provincias (Trujillo, Ascope, Chepén, Pacasmayo, Otuzco, José Faustino Sánchez Carrión, Santiago de Chuco, Julcán, Bolívar, Pataz, Virú y Gran Chimú).

El tamaño muestral estuvo constituido por 160 expedientes de muerte materna que fueron seleccionados a través del muestreo aleatorio simple y que cumplieron con los criterios de inclusión: muerte materna ocurrida por causa directa y

expediente completo de una muerte materna (incluye, ficha de notificación inmediata de muerte materna, ficha de investigación epidemiológica de muerte materna, formato de análisis de las demoras ocurridas en la muerte materna, historia clínica perinatal de la madre, acta de reunión del comité de morbi-mortalidad y autopsia verbal). Como criterios de exclusión se tuvo la muerte materna ocurrida por causa indirecta y expediente incompleto.

Se utilizó como técnica el análisis documental para la revisión de cada expediente de muerte materna del área de epidemiología luego de la autorización de la Gerencia Regional de Salud La Libertad; como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos diseñada a partir de la ficha de comité de prevención de mortalidad materna.

Como variables de estudio se tuvo la mortalidad materna y el tipo de demora en atención.

Se consideró como muerte materna, la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Para los tipos de demora en la atención se utilizó el concepto de Thaddeus y Maine de las “demoras” entre la aparición de una complicación y su tratamiento y resolución adecuados, para vincular factores tan diversos como la distancia, la autonomía de las mujeres y la asistencia médica, medidas a través de sus dimensiones y escala nominal ⁽⁹⁾.

La demora tipo I se refiere al retraso en la decisión de buscar atención por parte de la embarazada e incluye la tardanza en reconocer señales de peligro; la demora tipo II se refiere al retraso en la llegada al lugar de atención, es decir, la mujer sabe que está enferma y quiere consultar, pero no puede por la dificultad en el acceso a los servicios o porque tarda demasiado en llegar al lugar donde se proporciona la atención; y la demora tipo III es el retraso en la obtención de atención una vez que la mujer ha llegado al servicio médico, es decir, la mujer consulta, pero no es atendida correctamente, recibe vigilancia deficiente o los trámites administrativos entorpecen la atención ⁽¹⁰⁾.

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS versión 22.0. La demostración de los tipos de demora se realizó a partir de la estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas). Se utilizaron, además, las pruebas de chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson para demostrar el nivel de significancia.

Los resultados fueron mostrados en tablas para su mejor comprensión y visualización.

RESULTADOS

El 18,75 % de las pacientes sufrió demora tipo I. De ellas, el 6,25 % no fue capaz de identificar la pérdida de líquido amniótico, en el 5 % la presencia de mareos, cefalea y visión borrosa, y en el 4,38 % el sangrado vaginal como signos de peligro (tabla 1).

Tabla 1. Identificación de señales de peligro según tipo de la demora I en atención. Región La Libertad 2005-2010.

Demora tipo I	Identificación de señales de peligro			
	No		Si	
	N°	%	N°	%
Sangrado vaginal	7	4,38	5	3,12
Pérdida de líquido amniótico	10	6,25	13	8,13
Disminución de movimientos fetales	5	3,12	82	51,25
Mareos, cefalea, visión borrosa	8	5	30	18,75
Total	30	18,75	130	81,25

Fuente: ficha de fuente materna

En cuanto al acceso al establecimiento de salud (demora tipo II), 70 pacientes accedieron de forma tardía, un 28,57 % por tiempo, distancia y por inaccesibilidad geográfica al servicio, un porcentaje similar por falta de transporte y el 42,86 % por falta de red de apoyo en la comunidad (Tabla 2).

De 160 pacientes fallecidas, independientemente de que hubieran llegado en forma oportuna o no al establecimiento de salud, en el 83,75 % hubo demora en la atención, debido fundamentalmente a trámites administrativos y 16,25 % el profesional médico subestimó la gravedad del caso (tabla 3).

Tabla 2. Accesibilidad a los servicios de salud según demora tipo II. Región La Libertad 2005-2010.

Demora tipo II	N°	%
Acceso al establecimiento de salud		
Oportuno	90	56,25
Tardío	70	43,75
Acceso tardío al establecimiento de salud		
Inaccesibilidad geográfica al servicio	20	28,57
Falta de transporte	20	28,57
Falta de red de apoyo en la comunidad	30	42,86
Total	70	100

Fuente: ficha de fuente materna

Tabla 3. Atención inadecuada a la gestante en el centro de salud según demora tipo III. Región La Libertad 2005-2010.

Demora tipo III	N°	%
Demora en la atención	134	83,75
Subestimación de la gravedad del caso	26	16,25
Total	160	100

Fuente: ficha de fuente materna

DISCUSIÓN

El presente trabajo de las tres demoras en la atención de la salud materna se relaciona con la toma de decisión de la paciente y la familia, y la falta de conocimientos relacionada con las señales de peligro de muerte materna.

En la primera demora se observó la falta de reconocimiento de la complicación por parte de la gestante y sus familiares para poder tomar una decisión oportuna, lo que conllevó a una muerte materna. El análisis cualitativo identificó dos factores que incidieron en la decisión de buscar atención: la subestimación de los riesgos del parto y la falta de conocimiento, y como resultado, la demora en la atención materna.

Al respecto, existe concordancia con lo planteado por Acelas Granados y cols, donde solo 6 % de las mujeres fallecidas habían alcanzado un nivel técnico o universitario ⁽¹¹⁾.

De igual forma, Assarag y cols manifiestan el bajo nivel de instrucción y conocimiento como factor predisponente de muerte materna ⁽¹²⁾.

El lugar de procedencia repercute en las condiciones físicas, psíquicas, socioculturales de la mujer, su familia y comunidad, por lo mismo en las acciones y decisiones que toman con respecto a su salud; históricamente la región Sierra por sus características de pobreza, desventajas sociales e inaccesibilidad geográfica reporta el 65,7 % del total de defunciones ocurridas durante el período.

Al respecto, del Carpio Ayala analizó la situación de mortalidad materna en el Perú y demostró que la tendencia de muerte materna no se da en forma proporcionada en todos los departamentos ⁽¹³⁾, similar también a lo mostrado por Acelas Granados y cols en Colombia ⁽¹¹⁾.

Ante esta situación, en ocasiones la gestante acude a las parteras que se encuentran en algunos sectores de cada distrito o región de la sierra donde son llevadas por los familiares donde, además, son atendidas como ellas prefieren, en mantas de colores y con mates.

Los factores que influyen en la accesibilidad a los servicios de la salud son la distancia, tiempo en llegar al hospital más cercano, la falta de movilidad y zonas geográficas inaccesibles donde no puede llegar movilidad. A pesar de que se cuenta con ambulancias para el transporte en los establecimientos de salud, estas, muchas veces no se encuentran lo suficientemente equipadas para transportar la emergencia, no cuentan con combustible para el traslado adecuado en algunos lugares o no cuentan con chofer.

Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con los de Colorado Barrios y cols. quienes obtuvieron que el 73 % de las fallecidas presentaron dificultades para llegar a tiempo a la institución de salud: por inaccesibilidad geográfica (26,6 %), falta de estructura vial y de comunicaciones (20 %) y factores económicos que dificultan el traslado (26,6 %) ⁽¹⁴⁾.

En la región andina hay ausencia de vías de comunicación y de transporte terrestre, mientras que en la Amazonía predomina el transporte en bote a motor a través de los ríos; es frecuente el recorrido de largas distancias para llegar a establecimientos de salud con la capacidad resolutive apropiada para atender complicaciones; los seguimientos

posatención también son deficientes en la gestante lo que provoca que no acuda a sus controles sobre todo posparto y propicia la muerte materna.

En un estudio realizado por Colorado Barrios y cols. encontraron que el 40 % de las muertes maternas analizadas no realizaron controles prenatales y solo un 26 % lo hizo en el primer trimestre. El resto lo realizó entre el segundo o tercer trimestre del embarazo ⁽¹⁴⁾.

Según los resultados obtenidos sobre la importancia que las mujeres cuenten con redes de apoyo estables y cercanas para trasladarse de manera oportuna a la atención institucional, la mayoría ha referido vivir en matrimonio, lo que puede ser un factor que determina la llegada oportuna de las mujeres a los servicios de salud, de hecho, aunque solo uno de los estudios demostró la significancia estadística de esta relación, son diversas las investigaciones que han señalado la soltería o la ausencia de redes de apoyo como factor de riesgo frente a la mortalidad materna ⁽¹⁵⁾.

En la demora tipo III se resalta la atención inoportuna por la subestimación del problema de salud, además del ineficiente sistema de referencia: la deficiente implementación y equipamiento de los centros de salud y hospitales no tienen la capacidad resolutive para el manejo de emergencias, la distancia y el tiempo forma una barrera en la atención de la gestante.

Al respecto, Colorado Barrios y cols. encontraron que el 100 % de las mujeres fallecidas habían recibido

atención tardía. Un porcentaje importante no habían recibido tratamiento médico adecuado y oportuno, se había incumplido con los protocolos, existió deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados etc, inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante o calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio etc.) ⁽¹⁴⁾.

Es importante brindar servicios de calidad a la gestante de acuerdo con los niveles de atención y su capacidad resolutive. En el primer nivel de atención no se puede atender partos, sino que tienen que ser referidos con anticipación para prevenir complicaciones, además, debería ser prioridad del estado el equipamiento a los hospitales y centros de salud según niveles de atención y complejidad.

La atención inicial de una paciente en institución de salud no adecuada con demora en su traslado a una institución de mayor complejidad con capacidad para manejo de pacientes gestantes causa un incremento del riesgo de presentar mortalidad materna, hallazgos acordes con Hirose y cols. en 2015, en estudio llevado a cabo en hospitales de segundo y tercer nivel de la ciudad de Herat en Afganistán ⁽¹⁵⁾.

A pesar de los resultados obtenidos, podría considerarse como limitaciones el hecho de que el estudio fuera retrospectivo, no obstante, puede servir de base para reforzar las políticas públicas y empoderar a las pacientes y familiares sobre el cuidado durante el embarazo.

CONCLUSIONES

Las demoras en la atención constituyen un factor determinante en las muertes maternas.

Es importante trazar estrategias a nivel de la paciente, la familia, la comunidad y las instituciones de salud y poder disminuir algunos de los factores predisponentes de las muertes maternas.

REFERENCIAS

1. Ministerio de la Protección Social. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna: Un compromiso muy serio del Gobierno Colombiano. Bogotá, Colombia; 2013. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/5.2.pdf>
2. Maine D, Rosenfeld A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled. Am J Public Health [Internet]. 1999 [citado 2018 nov 03];89(4):480-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508874/>
3. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publication/s/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
4. De la Gálvez Murillo A. Mortalidad materna; un análisis en la profundidad y sus dimensiones para la política pública; 2017.

- Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/CIDES_U_MSA_OMMN_-_Mortalidad_materna_analisis_en_profundidad_y_dimensiones_politica_publica.pdf
5. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
 6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6):e323-e333
 7. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *SocSciMed* 1994 Apr; 38(8):1091- 110.
 8. Ministerio de salud Perú. Número de muertes maternas por departamento de procedencia. Perú 2000-2017. 2017. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE30/mmaterna.pdf>
 9. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. 2002-2011. 2013. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
 10. Rodríguez Angulo E, Andueza Pech G, Rosado Alcocer L, Ortiz Panozo E, Hernández Prado S. Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de Yucatán, ensayo controlado, aleatorizado. *RIC [Internet]*. 2013 [citado 2018 oct 28];64(2):154-63. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn122f.pdf>
 11. Acelas Granados DF, Orostegui A, Alarcón Nivia MA. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]*. 2016 Jun [citado 2018 Dic 05]; 81(3):181-88. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300003&lng=es
 12. Assarag B, Dujardin B, Delamou A, Meski F. Determinants of Maternal Near-Miss in Morocco: Too Late, Too Far, ¿Too Sloppy? *PLoS One*. 2015;10:115
 13. Del Carpio Ancaya L. Situación de la

- mortalidad materna en el Perú, 2010-2012. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [Internet]. 2013 [citado 2018 nov 15];30(3):461-64. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n3.a15.pdf>
14. Colorado Barrios KT, Peña Valencia KT, Portela Aragon EK, Jiménez Galeano CA, González Acosta LF. Caracterización de los factores que influyen en la mortalidad materna, Tolima 2009-2010. Desafíos [Internet]. 2015 [citado 2018 nov 15];9(1):49-56. Disponible en: <http://revistas.ut.edu.co/index.php/desafios/article/view/613/494>
15. Hirose A, Borchert M, Cox J, Alkozai AS, Filippi V. Determinants of delays in travelling to an emergency obstetric care facility in Herat, Afghanistan: an analysis of cross-sectional survey data and spatial modelling. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2015 [citado 2018 oct 28];15:14. Disponible en: https://researchonline.lshtm.ac.uk/2137999/1/12884_2015_Article_435.pdf