

## Aproximación a la morbilidad materna extremadamente grave mediante el análisis del modelo de las tres demoras

Approach to Extremely Severe Maternal Morbidity by Analyzing the Model of The Three Delays

Viviana de la Caridad Sáez Cantero<sup>1\*</sup> <http://orcid.org/0000-0003-1823-1643>

Zoe Díaz Bernal<sup>2</sup> <http://orcid.org/0000-0001-5328-3794>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital General Docente Enrique Cabrera. Cuba.

<sup>2</sup>Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [viviana.saez@nauta.cu](mailto:viviana.saez@nauta.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** Con el modelo de las tres demoras, se puede abordar el análisis explicativo de las muertes maternas e igual criterio se puede aplicar para la morbilidad materna extremadamente grave.

**Objetivo:** Identificar los determinantes sociales de la morbilidad materna extremadamente grave desde la visión de las sobrevivientes.

**Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo. El muestreo fue intencional y el trabajo de campo se realizó entre los años 2019 y 2020. La muestra incluyó cuatro mujeres que sobrevivieron a un evento de morbilidad materna extremadamente grave. Se realizaron entrevistas a pacientes y familiares bajo el concepto de autopsia verbal para acceder a los relatos transmitidos por las propias mujeres que superaron la complicación presentada.

**Resultados:** Se identificaron tres subcategorías atendiendo a las demoras en la atención brindada: primera demora 1) Restar importancia a síntomas de alarma y 2) Recelos de la atención médica el fin de semana; segunda demora 1) Subvaloración por la atención primaria de la infraestructura disponible; tercera demora 1) Interpretación errónea de síntomas de alarma y retorno al hogar; 2) Coordinación de interconsultas, utilización de

los medios diagnósticos y seguimiento y 3) Falta de vigilancia profesional durante la hospitalización.

**Conclusiones:** La aplicación del modelo de las tres demoras en el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave contribuye a la identificación de las determinantes sociales asociadas para mejorar los resultados en esta materia.

**Palabras clave:** morbilidad materna extremadamente grave; determinantes sociales; modelo de las tres demoras.

## ABSTRACT

**Introduction:** The three-delay model can address the explanatory analysis of maternal deaths, and the same approach can be applied to extremely severe maternal morbidity.

**Objective:** To identify the social determinants of extremely severe maternal morbidity from the perspective of the survivors.

**Methods:** A qualitative study was carried out. The sampling was intentional and the field work was carried out from 2019 to 2020. The sample included four women who survived an extremely severe maternal morbidity event. Interviews with patients and relatives were carried out under the concept of verbal autopsy to access the reports transmitted by the women themselves who overcame the complication presented.

**Results:** Three subcategories were identified based on the delays in the care provided: first delay 1) Downplaying alarm symptoms and 2) Misgivings about medical care on the weekend; second delay 1) Underestimation by primary care of the available infrastructure; third delay 1) Misinterpretation of alarm symptoms and return home; 2) Coordination of consultations, use of diagnostic means and follow-up, and 3) Lack of professional surveillance during hospitalization.

**Conclusions:** The use of the model of the three delays in the analysis of extremely serious maternal morbidity contributes to the identification of the associated social determinants to improve the results in this matter.

**Keywords:** extremely severe maternal morbidity; Social determinants; model of the three delays.

Recibido: 08/11/2021

Aceptado: 15/03/2022

## Introducción

La ocurrencia de un caso de morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) es un evento que acarrea sufrimiento para la madre, la pareja, la familia y la comunidad, a la vez que pone en tensión al sistema de salud en todos sus niveles atención.

Las enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo,<sup>(1)</sup> la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que, por cada muerte materna, 135 mujeres presentan enfermedades relacionadas con la gestación y aproximadamente 30 quedan con secuelas<sup>(2)</sup> según dicho organismo internacional. En el año 2018 un estimado de 342 900 mujeres murieron por complicaciones maternas.<sup>(3)</sup>

En el espectro de la morbilidad, la MMEG es un estadio intermedio entre la totalidad de los casos y la mortalidad materna, por lo que se considera un indicador muy relacionado con esta y una medida de la calidad de los servicios obstétricos y cuidados maternos.<sup>(4)</sup> Definida por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), como “aquella complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”, la investigación en MMEG ha emergido como una alternativa a la de las muertes maternas, y su análisis facilita la oportunidad de identificar los riesgos presentes en las gestantes.<sup>(5)</sup>

De igual manera, el estudio de los eventos de MMEG, puede ser utilizado como una medida de evaluación de los programas maternos a nivel poblacional o para realizar estudios de casos, pues con el manejo de aquellas que sobrevivieron la gravedad extrema, se pueden evitar nuevos casos de muerte materna.<sup>(6)</sup>

La muerte materna es un problema cuyos determinantes trascienden los factores exclusivamente médicos, ha sido reconocida como un problema social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con el entorno político y económico, así como con factores sociales macro estructurales.<sup>(7)</sup> Igualmente podemos afirmar por la MMEG que la antecede y considerando que la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad materna son prevenibles, que estos están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios, con la incapacidad de los servicios para responder a las situaciones de urgencia y con tratamientos incorrectos.<sup>(8)</sup>

Las muertes maternas son el resultado de un conjunto de factores que, al entrelazarse, forman una cadena fatal de “retrasos o demoras” que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad.<sup>(3,7)</sup>

Entre los modelos que aportan al análisis de la mortalidad materna, y abordan la cadena de causalidades que conducen a ella, está el modelo de las tres demoras, que agrupa las diversas barreras para la utilización de los cuidados obstétricos de emergencia: económicas, estructurales, o culturales, las cuales inciden en que trascorra un tiempo preciado desde la aparición del primer síntoma y el momento de la atención, lo cual ocasiona la reducción de oportunidades para que la mujer sobreviva.<sup>(3)</sup>

Con el modelo de Maine o modelo de las tres demoras, se pueden abordar las muertes maternas a partir de esas demoras explicativas del suceso y este mismo criterio se puede también aplicar para los casos de MMEG.<sup>(9)</sup>

La primera demora se refiere al reconocimiento de la complicación o signos de alarma y la búsqueda de atención médica por parte de las personas (mujer/gestante o familiares), le sigue el acceso a un servicio de salud, una vez reconocida la complicación (segunda demora) y, por último, ya alcanzado el servicio de salud, la demora en recibir una atención de salud adecuada, lo cual corresponde a la tercera demora.<sup>(3,7,10)</sup>

Este modelo es uno de los marcos de análisis más utilizado para identificar causas sociales de defunción materna,<sup>(11,12,13,14,15,16)</sup> pero también se ha aplicado para el estudio de la MMEG.<sup>(10,17,18)</sup>

Sólo en América Latina existen varios estudios. *Rodríguez* y otros en Yucatán, México, hallaron que el 79 % de las mujeres enfrentaron más de una demora y que la tercera y la primera fueron las más frecuentes.<sup>(16)</sup>

Otro estudio también en México y a través de experiencias narradas por sobrevivientes de una MMEG reveló un predominio de determinantes asociadas a la primera demora, relacionadas con la falta de percepción de riesgo, y con menor frecuencia afloraron los determinantes asociados a la segunda demora. Se dificultó el registro de los relacionados con la tercera demora.<sup>(10)</sup>

En Ecuador, *Briones Meza*, quien dirigió su estudio a la identificación de la tercera demora en las muertes maternas en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, entre los años 2014 y 2016, concluyó que la misma estuvo presente en el 64,71 % de los casos.<sup>(17)</sup>

En una serie de 23 casos de MMEG en Huila, Colombia, *Quintero* y otros identificaron demoras tipo uno y tres en el 69,6 % y el 65,2 %, respectivamente. Solamente una paciente no presentó algún tipo de demora (4,3 %).<sup>(11)</sup>

*Szulik* y *Szwarc*, en Argentina, realizaron un estudio para conocer las vivencias de las mujeres que presentaron eventos de MMEG. Sus testimonios reportaron una serie de demoras, tales como la dificultad para identificar el problema a tiempo, los obstáculos en el acceso al sistema de salud, e importantes fallas en el manejo de la emergencia obstétrica.<sup>(18)</sup>

En Cuba no encontramos estudios que caractericen las circunstancias que retrasan la atención obstétrica de urgencia en los casos que así lo requieren, y conduzcan a la morbilidad materna extremadamente grave y a la muerte materna. Se decidió realizar este estudio con el objetivo de identificar las determinantes sociales de MMEG, desde la perspectiva de las sobrevivientes y la aplicación del modelo de las tres demoras.

## Métodos

Se realizó un estudio sobre la base de un diseño cualitativo, considerando que contribuiría a destacar las dimensiones socioculturales y ampliar la comprensión de problemas de salud complejos, como es el caso de la MMEG,<sup>(9)</sup> lo que permitiría además descubrir explicaciones para sucesos y comportamientos difíciles de identificar de otra manera.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los años 2019 y 2020, período en el que se involucraron cuatro mujeres que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital Enrique Cabrera con un evento de MMEG y que sobrevivieron. El muestreo fue no probabilístico, intencional por criterios, teniendo en cuenta que el propósito de la indagación se sustentó en la riqueza de información que aportaron las mujeres sobrevivientes a un evento de MMEG. Al tener esto en común pudieron ser consideradas como un grupo de unidades homogéneas dirigido a estudiar y describir en detalle y profundidad un subgrupo particular con antecedentes y experiencias comunes.<sup>(19,20)</sup> El número de entrevistas realizadas con esta finalidad resulta consistente con la propuesta de *Yin*, quien plantea se deben realizarse entre dos y diez estudios de este tipo.<sup>(21)</sup>

En el diagnóstico de MMEG se aplicaron los criterios propuestos por la OMS (cuadro 1).

**Cuadro 1-** Criterios de diagnóstico de MMEG

Indicador	Criterios de inclusión
Complicaciones severas	Preeclampsia grave, eclampsia, hemorragia postparto grave, sepsis puerperal, rotura uterina, complicaciones graves del aborto.
Intervenciones críticas	Admisión en UCI, radiología intervencionista, laparotomía (incluye histerectomía), transfusión sanguínea.
Disfunción orgánica	Cardiovascular, respiratoria, renal, hematológica, hepática, neurológica, uterina.

*Fuente:* World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: World Health Organization; 2011. [acceso 25/07/2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44692>.<sup>(22)</sup>

Se realizaron entrevistas profundas a pacientes y familiares con la presencia de al menos dos investigadores, desde la visión de que, una mujer que sobrevive a una complicación grave es testigo directo de la calidad de la respuesta de los servicios de salud y puede informar de primera mano sobre los obstáculos que enfrentó en esas circunstancias. En este sentido, se aplicó el concepto de autopsia verbal para acceder a los relatos transmitidos por la propia mujer que superó una enfermedad o una complicación que puso en riesgo su vida.<sup>(9)</sup>

Las entrevistas se realizaron durante el internamiento o en visita al hogar, posterior a haber superado el evento. Las entrevistas se grabaron y posteriormente se realizó la transcripción exacta de las mismas. A continuación, se realizó la codificación abierta y la identificación de unidades de sentido, lo cual permitió la interpretación, reconstrucción y presentación en construcciones interpretativas de los datos obtenidos.

El Consejo Científico y el Comité de Ética del hospital aprobaron la realización de la investigación. Se confeccionó un modelo de consentimiento informado que se aplicó a las entrevistadas, con garantía de la confidencialidad y la posibilidad de abandonar la investigación si así lo deseaban. Se aseguró la privacidad durante la ejecución de las entrevistas. Los relatos o discursos que se emplearon para argumentar los resultados a exponer respetaron el anonimato, toda vez que se emplearon códigos formados por la letra P (paciente) numerados según orden asignado de manera consecutiva a cada mujer entrevistada. También los nombres de pueblos y ciudades, así como el de hospitales o centros de salud a donde hubieran accedido se sustituyeron por nombres ficticios con la

finalidad de evitar cualquier identificación de la persona emisora del discurso acotado o del servicio referido.

A continuación, se muestran las subcategorías identificadas y su relación con las categorías de análisis (cuadro 2).

**Cuadro 2 - Subcategorías identificadas y su relación con las categorías de análisis**

<b>Categorías</b>	<b>Definición</b>	<b>Subcategorías identificadas</b>
Primera demora	Demora en decidir buscar atención: 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 del lugar al que puede acudir.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Restar importancia a síntomas de alarma.</li> <li>1. Recelos de la atención médica el fin de semana.</li> </ol>
Segunda demora	Demora en identificar y acceder a un servicio de salud en dependencia de la distancia, disponibilidad y eficiencia del transporte y costo de los traslados.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subvaloración por la atención primaria de la infraestructura disponible.</li> </ol>
Tercera demora	Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno que depende de la disponibilidad de personal capacitado en la institución, disponibilidad de medicamentos e insumos y de la infraestructura (quirófanos) en el servicio de salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interpretación errónea de síntomas de alarma y retorno al hogar.</li> <li>2. Coordinación de interconsultas, utilización de los medios diagnósticos y seguimiento.</li> <li>2. Falta de vigilancia profesional durante la hospitalización.</li> </ol>

## Resultados

La mayoría de las pacientes estudiadas se encontraba en la cuarta década de la vida. Dos de ellas vivían en área urbana y las otras dos en área rural y casi todas convivían con su pareja cuando se produjo el evento que puso en peligro su vida. Dos de las pacientes tenían estudios universitarios y las otras dos habían culminado el nivel medio de educación. No obstante, a pesar de tener un nivel escolar alto, todas eran amas de casa y se mantenían sin vínculo laboral desde años antes de la gestación.

Sólo una de las féminas se encontraba en su primer parto, el resto tenía hijos previos. La captación del embarazo fue precoz en tres de las pacientes, y el número de controles prenatales fue adecuado. En la cuarta se desconocieron los datos, pues sus primeras consultas fueron en otra provincia. Posteriormente se trasladó para la capital donde

recibió atención en consultorios médicos de diferentes municipios sin presentación de la nota del seguimiento previo recibido. El parto concluyó a término en tres pacientes y fue fisiológico en dos de ellas. El evento de MMEG ocurrió durante el puerperio en tres pacientes y en una de las cuatro sobrevino durante el segundo trimestre de la gestación.

**Tabla 1 - Caracterización de las pacientes**

Características	P1	P2	P3	P4
Edad	29	38	35	33
Area de residencia	Rural	Urbana	Urbana	Rural
Nivel de Escolaridad	9no grado	Universitario	9no grado	Universitario
Convivencia marital	Sí	Sí	Sí	Sí
Ocupación	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa
Paridad	Primípara	Multípara	Secundípara	Secundípara
Abortos previos	0	0	5	2
Inicio de la APN* (sem)	10	12,3	11,5	Desconocida
CPN* recibidos	12	8	7	Desconocida
EG* al parto (sem)	37,5	-	39,4	39,4
Modo de parto	Vaginal	Cesárea	Cesárea	Vaginal
Morbilidad asociada	No	Asma bronquial	Anemia crónica	No

APN: atención prenatal; CPN: controles prenatales; EG: edad gestacional.

### **Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave**

En las tres pacientes que desarrollaron la morbilidad grave durante el puerperio, la causa principal fue la sepsis puerperal en dos de ellas, y en la tercera fue la hemorragia en el periparto, que son los sangramientos que se presentan con mayor frecuencia y cuantía con un elevado riesgo de morbilidad obstétrica grave y muerte. Está entre las primeras causas de MMEG, junto a la sepsis y los trastornos hipertensivos, según reportan varios estudios.<sup>(23,24,25)</sup>

En la tabla 2, los casos estudiados se distribuyeron atendiendo a los criterios de la OMS. En los cuatro casos estuvieron presentes más de un criterio. En las cuatro pacientes se identificó al menos una demora. Predominó la tercera demora que estuvo presente en tres de las cuatro pacientes, la primera demora se manifestó en dos de ellas, y la segunda demora igualmente en dos sobrevivientes (tabla 2).



**Tabla 2 - Distribución de los casos según los criterios de la OMS**

Criterios	n
Enfermedad específica	
Sepsis puerperal	2
Atonía uterina	1
Disfunción orgánica	
Renal	2
Respiratoria	2
Hematológica	1
Hepático	1
Manejo médico	
Transfusión sanguínea	1
Admisión en UCI	4
Histerectomía	3
Laparotomía	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por infección no obstétrica</li> <li>▪ Para lavado de cavidad peritoneal</li> <li>▪ Por hemorragia no controlada</li> </ul>	1 2 1

### Primera demora

#### Restar importancia a los síntomas de alarma

Es importante que la mujer conozca los síntomas ante los cuales debe buscar ayuda médica. El primer paso es reconocer el problema, aunque muchas veces se justifica con otras causas no urgentes, restándole valor.

“... el dolor me comenzó el lunes 25, en la boca del estómago. Amanecí normal, pero a medida que fue pasando la mañana me fui sintiendo un poquitín rara y más o menos al mediodía me empezó a dar dolor en la boca del estómago, yo me dije, es un aire normal. Le di el almuerzo a los chiquiticos, almorcé, pero después comenzó a arreciar el dolor. Me acosté un rato para ver, tardé un poquito en dormirme porque estaba incómoda. Me desperté como a las 6, o algo más, porque el dolor era más fuerte, me retorció de los dolores en la cama, llorando, mi niño mayor entra en el cuarto, el papá vino, me preguntó y yo le dije, pero después el salió del cuarto, se puso a hacer otra cosa. Vino una de las trabajadoras de la casa y llama a mi esposo, entonces buscó una máquina y me llevó para el hospital” (P2).

El apoyo de la familia es decisivo para la percepción de riesgo ante síntomas preocupantes. Si la mujer percibe las señales de alarma, lo más lógico es que acuda al centro de salud más cercano, en este caso el consultorio del médico de familia o el policlínico. Sin embargo, en ocasiones ocurre que, en este nivel de atención la orientación no es adecuada. Unas veces por limitaciones e incompetencia para la identificación del riesgo, otras por la inadecuada integración de los factores socioculturales, económicos y biológicos de cada paciente, que impide que los/las profesionales de la salud vinculen su pensamiento clínico a una comprensión cabal de la determinación social del padecer de cada paciente y realicen una valoración adecuada del riesgo.

“...entonces ese último día, a mí me cayó catarro y me dio una fiebre, yo fui al consultorio de aquí y el médico me dijo “la fiebre es del catarro que tienes, si quieres te ingreso”. Yo le pregunté si es, obligado ingresarme y me dijo no, pero como te dio una fiebre y tienes catarro, pero no es obligado ingresarte, solo te lo digo porque ahí vas a estar alrededor de médicos. Yo le dije, mire si no es obligado ingresarme, mañana miércoles -porque eso fue un martes- mañana que es miércoles yo tengo que ir a la comunidad a ver al médico de maternidad, yo voy a explicar lo que usted me dijo...” (P1).

La falta de información se considera como el obstáculo principal para que una mujer no solicite oportunamente la atención adecuada. Los profesionales de la salud no pueden dar por sentado que la mujer conoce los síntomas ante los cuales debe solicitar ayuda, es su deber referírseles y brindarle la orientación precisa para que amplíe sus conocimientos sobre el proceso del embarazo. Para ello debe realizar el análisis del contexto en el que las mujeres viven, pues el mismo influye sobre la salud sexual y reproductiva y la propia percepción de riesgo.<sup>(9)</sup>

### **Recelo de la atención médica el fin de semana**

“...ya el jueves, me dolía más la herida de abajo, ya entonces era un dolor constante y no me podía sentar. Si me sentaba, tenía que pararme enseguida, aquello fue empeorando hasta que mi cuñada me dijo, tienes que ir “pa’l” médico, pero como ya era fin de semana, y eso fue como el sábado al mediodía, le dije que ya el lunes iría yo al médico. El lunes yo voy al médico a verme eso, porque sábado y domingo los médicos te trabajan como (...) pero ya era una cosa que ya no podía estar acostada, porque me venía la tos y era una

tos que me ahogaba, me daban mareos, no podía estar así, y entonces el me sacó, buscó un carro y me llevó. Me llevó p´a (lo dice así) maternidad de nuevo” (P1).

La narrativa de esta sobreviviente saca a relucir un aspecto interesante en los cuidados de salud materna, ¿es diferente la atención médica obstétrica el fin de semana en comparación con el resto de los días?

A propósito de esto, varios estudios han identificado mayor mortalidad en pacientes que ingresan los fines de semana en comparación con los días laborables, fenómeno denominado “efecto del fin de semana”.<sup>(26,27)</sup> *Palmer* y otros investigaron la asociación entre los días del parto y los resultados obstétricos y encontraron diferencias significativas para la mortalidad perinatal y la infección puerperal.<sup>(26)</sup>

En California, *Snowden* y otros encontraron que los fines de semana y aquellos con mayor volumen de trabajo, son un factor de riesgo consistente para complicaciones perinatales, entre ellas, infección obstétrica, hemorragia, laceración perineal severa, prolongada estadía, e hipotéticamente plantean que esto puede estar relacionado con el agotamiento de las capacidades.<sup>(28)</sup>

Este efecto ha sido poco estudiado en obstetricia, pero se plantea que se ajusta dentro del amplio concepto de agotamiento de capacidades por gran volumen de pacientes, complejidad o ambos, pero también se expone que los fines de semana los hospitales se caracterizan por la presencia de menos personal, menor disponibilidad de recursos y preparación para las situaciones de emergencia, lo cual sugiere una reducción en la eficiencia.<sup>(28,29)</sup>

En la literatura local no hallamos estudios sobre este tema, pero de algún modo esto ha trascendido a la población, lo cual nos impone realizar estudios al respecto.

## Segunda demora

### Subvaloración por la atención primaria de la infraestructura disponible

“...entonces ese último día, a mí me cayó catarro y me dio una fiebre, yo fui al consultorio aquí y el médico me dijo «la fiebre es del catarro que tú tienes, si quieres te ingreso», yo le dije si era obligado ingresarme, y me dijo que «no, pero como te dio una fiebre y tienes catarro, pero no es obligado ingresarte, yo te lo digo porque ahí vas a estar alrededor de médicos». Yo le dije, mire si no es obligado ingresarme, mañana miércoles, porque eso fue un martes, mañana que es miércoles yo tengo que ir a la comunidad a ver al médico de maternidad, y yo voy a explicarle lo que usted me dijo” (P1).

“...Yo cogí y le dije, que vivía en Mares y tenía que ir a pie de Mares a Manigua, como 5 Km (...). Yo estaba en la casa, y por la madrugada me empecé a sentir mal, le dije a mi esposo, no he dormido nada, me parece que estoy como si fuera a parir. Ya cuando amaneció, se me quitó aquello y me acosté de nuevo, cogí un sueño y no tuve más contracciones ni nada, al mediodía por ahí, le dije a mi esposo que yo necesitaba venir al hospital, yo me sentía la barriga extraña y salimos a las 3 - 4 de la tarde de la casa (...) me vio casualmente la ginecóloga de Manigua, que estaba en el policlínico, y fue la que dijo que tenían que remitirme porque si me mandaban para la casa, si me dejaban allí, podía parir en el policlínico” (P4).

En ocasiones, no se tiene en cuenta la lejanía de la vivienda al centro de la atención secundaria donde puede tener solución una complicación, cuando no se toman las medidas que están establecidas como son el ingreso en un hogar materno o en su defecto, en el propio hospital por la lejanía de la vivienda (ingreso geográfico). Desde los inicios de los hogares maternos, hace más de seis décadas, predominó el interés por mejorar con ellos, la accesibilidad de las gestantes a los servicios de atención segura al parto, también de las mujeres con menor nivel de instrucción o con peores condiciones de vida, probablemente, sometidas a relaciones de género más inequitativas. Además de la atención a los problemas de accesibilidad geográfica que presentan determinados grupos poblacionales, los hogares maternos cumplen funciones educativas, preventivas y asistenciales a grupos en riesgo social y en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.<sup>(30)</sup>

### **Tercera demora**

#### **Interpretación errónea de síntomas de alarma y retorno al hogar**

Cuando una gestante acude a emergencia obstétrica el médico que la evalúa debe tener seguridad del criterio clínico que emite, valorar todas las posibilidades diagnósticas, consultar con otros profesionales e incluso discutir el caso en el colectivo de la guardia. La última opción será retornar a la paciente al hogar sin tener claridad de la causa de sus síntomas.

“... la doctora que estaba allí, que era de otro país, la atendió y después hacerle varias preguntas supuso que era gastritis porque a ella anteriormente le había dado, creo que por una hernia hiatal, una úlcera de la cual tenía una endoscopia, hecha años antes, que

le mandaron en aquel entonces. Eso hace como una cuestión de 3 años antes, le mandaron Omeprazol, terminó el tratamiento y se alivió y más nunca repitió. Ahora ella pensó que era un resurgimiento de eso mismo (esposo P2).

“(…) entonces me mandaron a poner un espasmoforte y entonces la señora me dijo que esperara media hora, salimos del hospital como a las 11 (...). Llegué a la casa y no pasaron ni 5 min de estar acostada que me dio el dolor, yo estaba retorcida en la cama, acá y allá, y gritando. Como me vieron tan mal, después de una hora y pico decidieron llamar a la ambulancia de guardia y me llevaron para el hospital otra vez (P2).

En el caso anterior se puso en evidencia un fallo del acto médico donde se manifiesta una deficiente relación médico-paciente, es decir, hubo una mala aplicación del método clínico en una paciente obstétrica, que condujo a que se cometiera un error grave. Inferimos que hubo superficialidad en las dos primeras etapas del método, la entrevista que hubiera permitido la identificación y precisión del problema y la confección minuciosa de la historia clínica, de ahí que se malograra la formulación y contrastación de las hipótesis diagnósticas y el diagnóstico final.<sup>(31)</sup>

Paralelamente tenemos la cultura medicalizada, dada por los avances científicos en el campo de la medicina y particularmente de la obstetricia, que ha llevado a la exagerada intervención médica, al uso abusivo de la tecnología y a la medicalización de procesos naturales como el embarazo. En el caso que precede, la medicación con un analgésico cuestiona el desarrollo de las habilidades en la clínica obstétrica para realizar diagnósticos solo con la observación y la palpación.<sup>(32,33)</sup>

### **Coordinación de interconsultas, utilización de medios diagnósticos y seguimiento**

La demora en la provisión de servicios de salud es uno de los temas que con mayor frecuencia se menciona en los trabajos que indagan sobre la percepción de mujeres tras pasar el evento de gravedad.

*Norhayati* y otros, encontraron que, en la revisión de la mayoría de los estudios cualitativos sobre las experiencias en mujeres con morbilidad materna severa, las mujeres estaban insatisfechas con los cuidados de salud recibidos, debido a demoras y manejos inapropiados que incluyeron demoras en la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento.<sup>(34)</sup>

“... aquí me ven en el cuerpo de guardia, me ponen en un cuartico de observación ahí me tuvieron como media hora, llamaron, creo que fue a un cirujano, el que estaba por la noche, me revisó y dijo, vamos a ponerla en perinatales para por la mañana a las 7 le hacemos el análisis, pero bueno a las 7 no me hicieron nada. Ya a media mañana llamaron al cirujano J, el vino me revisó, me reconoció y todo eso, dijo, vamos a hacerte unos análisis, me mandaron a hacer los análisis, me mandaron a hacer un US tanto de arriba como de abajo, de todo y mandaron a uno de los estudiantes, me parece, con un papel, dando la autorización para operarme” (P2).

En este caso, la razón de la demora fue por los medios diagnósticos (laboratorio). Sin embargo, la paciente no recibió explicación del porqué de la demora, cuando se reconoce que la adecuada información es uno de los aspectos de la buena calidad de los cuidados en salud.

“... la metieron en una sala de (se refiere al traslado después del parto), era la sala donde ponen a las pacientes cuando le hacen los legrados (...) allí no se curó en ningún momento, porque desde el domingo al miércoles, allí no fue nadie a curarle la herida (...). Le pregunté a una enfermera «ven acá yo quiero hacerle una preguntica porque yo tengo mis dudas, por qué a ella no la están curando», y dice «ella se cura con agua y jabón (...) le dan el alta el miércoles con el dolor abajo» (esposo P1).

Se evidencia en este discurso, la insatisfacción con la atención brindada a su familiar, durante la estadía hospitalaria. No sólo podemos hablar de demora en la prestación del servicio, sino de inexistencia del mismo, sumado a la pobre información a la paciente y sus familiares sobre el manejo y seguimiento de su problema de salud.

### **Falta de vigilancia profesional durante la hospitalización**

La falta de contacto del personal de salud una vez que la mujer accede a la institución, es otro de los factores que merma la calidad de los servicios sanitarios. Está relacionado con la falta de percepción de riesgo, la no identificación temprana del alto riesgo y la no adopción de medidas tempranas y oportunas.

“(...) apenas estaba amaneciendo como a las 5 y pico, me trajeron para acá, (se refiere al hospital) me ingresaron allá arriba en el 5to piso (...) por la noche, yo le digo a mi

abuela que todo eso fue una cosa rápida automática, le digo a mi abuela, abuela yo tengo un aire clavado aquí abajo, que yo no aguanto el dolor, y entonces mi esposo estaba ahí y me dijo «sí mamá, y la barriga te la veo que está inflamada, tienes la barriga hinchada» dice mi esposo, «no y yo la veo respirando que está ahogada» y yo le digo, pero que es lo que yo tengo, pero que es lo que yo tengo. Mi esposo cogió y llamó al médico y me bajaron para aquí (se refiere a la sala de Cuidados Especiales Materno Perinatales)” (P3).

Al evaluar los elementos que afectan la calidad de la atención a las pacientes con MMEG, *Semper* y otros evidenciaron que están en su mayoría relacionados con los aspectos organizacionales y culturales, y entre los más relevantes los relacionados con protocolos de actuación médica,<sup>(35)</sup> los cuales en nuestra opinión deben dictar no sólo el manejo médico, sino la conducta integral y abarcadora frente a todo caso que englobe los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, desde que la paciente toque el sistema hasta su egreso definitivo y entrega a la atención primaria para su recuperación.

Es importante el clima organizacional en relación con la atención a las pacientes con MMEG, ya que este puede influir en la calidad asistencial, especialmente cuando se necesita un salto cualitativo que permita la mejora continua de la calidad, en este sentido. En investigación realizada en el Hospital Ginecobstétrico Provincial de Matanzas, se encontró un rango inadecuado en las salas de hospitalización y el clima organizacional global se clasificó en riesgo.<sup>(36)</sup>

El principal objetivo de la atención durante el embarazo es lograr resultados favorables durante el embarazo y parto sin complicaciones para el binomio, objetivo que se pierde cuando una gestante se ve afectada por una morbilidad que pone en peligro su vida.

Ante el evento de morbilidad grave, el organismo materno deberá adaptarse en un corto período de tiempo a las demandas fisiológicas propias de la gestación, más la sobrecarga impuesta por la complicación, experiencia que llevará, además, a la afectación psicológica y la frustración. El período embarazo-parto-puerperio está impuesto de acontecimientos que deben tenerse en cuenta en toda su magnitud, por los servicios de salud y los profesionales, para prevenir resultados desfavorables y asegurar que las mujeres reciban el soporte necesario que ellas precisen.

## Conclusiones

La aplicación del modelo de las tres demoras en el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave contribuye a la identificación de las determinantes sociales asociadas para mejorar los resultados en esta materia.

## Referencias bibliográficas

1. Álvarez Toste M, Carbonell García CI, González Rodríguez G, López Barroso R, Salvador Álvarez S. Propuesta metodológica para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en la atención hospitalaria en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2018 [acceso 08/02/2021];56(1). Disponible en: <http://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/78>
2. Jorge Chahuyo M, Vilca Aponte E, Jaurapoma Lizana E. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2020;5(2):18-23. DOI: <https://doi.org/10.47784/rismf.2020.5.2.83>
3. Torres Chávez IA, Ramírez Morán LP, Salcedo Faytong M. Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas en Ecuador. Un estudio de revisión. Más Vita. Rev. Cienc. Salud. 2020;2(3):104-13. DOI: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0046>
4. Álvarez Toste M. La morbilidad materna extremadamente grave, un indicador de la calidad de los cuidados maternos. Rev cubana Hig Epidemiol. 2018 [acceso 01/07/2021];56(1). Disponible en: <http://revepidemiología.sld.cu/index.php/hie/article/view/212>
5. Álvarez Toste M. Morbilidad materna extremadamente grave. Generalidades. En: Álvarez TM. La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna. La Habana: Editorial Molinos Trade S.A.; 2013. p. 200.
6. Álvarez Toste M, Hinojosa Álvarez MC, Álvarez Sergio S, López Barroso R, González Rodríguez G, Carbonell I, *et al.* Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev Cuba Hig Epidemiol. 2011 [acceso 16/11/2018];49(3):420-33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010&lng=es)



7. Romero M, Ramos S, Ábalos E. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna. Buenos Aires: CEDES, CREP, IIE/ANM; 2010. 8 p. (Hojas Informativas 3) Disponible en: [http://www.ossyr.org.ar/hojas\\_informativas.html](http://www.ossyr.org.ar/hojas_informativas.html)
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. 36a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington D.C: OPS/OMS; 2002 [acceso 16/07/2021]:16. Disponible en: <http://iris.paho.org/handle.10665.2/19239> .
9. 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 [acceso 17/07/2021];37(4/5):351-9.
10. Rangel Flores YY, Hernández Ibarra LE, Martínez Ledezma AG, García Rangel M. Experiencias de mujeres sobrevivientes a morbilidad materna extrema en Mexico, un estudio cualitativo desde el modelo de las tres demoras. Cadernos de Saúde Pública. 2019;35(9):e00035418. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00035418>
11. Rodríguez Angulo E, Palma Solís M, Zapata Vázquez R. Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender? Ginecol Obstet Mex. 2014 [acceso 05/07/2021];82:647-58.
12. Quintero JC, Olaya S, Peña A, Gil Y, Palencia Y. Morbilidad Materna Extrema (MME): descripción de una serie de 23 casos y análisis de las tres demoras. RFS- Revista Facultad de Salud. 2013;5(2):52-60. DOI: <https://doi.org/10.25054/rfs.v5i2.142>
13. Mazza MM, Vallejo CM, González Blanco M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012 [acceso 24/03/2021];72(4):233-48. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322012000400004&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400004&lng=es)
14. Pozo Guerrero MR. Muertes maternas y modelo de las tres demoras. Rev. Peru. Obstet. Enferm. 2014;10(2). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe>
15. Álvarez Sierra SP. Demoras en mortalidad materna en el departamento de Santander 2012 - 2015. Rev. Salud Pública. 2018 [acceso 24/03/2021];20(6):699-706. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.68156>
16. Rodríguez Angulo E, Aguilar Pech P, Montero Cervantes L, Hoil Santos J, Andueza Pech G. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos

en municipios del sur de Yucatán, México. Rev Biomed. 2012 [acceso 24/03/2021];23(1):23-32.

17. Briones Meza FG. Factores que contribuyen a las muertes maternas ocurridas en las unidades de salud de I y II nivel de atención en los distritos de Santo Domingo de los Tsáchilas en los años 2014 a 2016: Reporte de series de casos. [Tesis para optar por el título de especialista en Ginecología y Obstetricia]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 2018.

18. Szulik D, Szwarc L. “Era una bomba de tiempo”: el derrotero de la morbilidad materna severa en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Salud Colectiva. 2015;11(4):553-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.795>

19. Acuña VH. La historia oral, las historias de vida y las ciencias sociales. Historia: teoría y métodos. San José: EDUCA; 1988.

20. Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:409-22.

21. Yin R. Case study research: Design and methods. Thousand Oaks: Sage. 2003.

22. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: World Health Organization; 2011 [acceso 25/07/2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44692>

23. Jorge-Chahuyo M, Vilca-Aponte E, Jaurapoma-Lizana E. Morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Huancavelica. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2020;5(2):18-23. DOI: <https://doi.org/10.47784/rismf.2020.5.2.83>

24. Hernández-Núñez J, Au-Fonseca O. Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica. Rev. chil. obstet. ginecol. 2019;84(6):469-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600469>

25. Becerril-Rodríguez PR, Audillo-Ibarrondo J, Vargas-Hernández VM, Hernández-Vivar LE, Hernández-Aldana FJ, Tovar-Rodríguez JM. Pacientes con morbilidad obstétrica grave de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, atendidas en un hospital de alta especialidad (2010-2016). Ginecol Obstet Mex. 2019;87(8):520-6. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v87i8.3109>

26. Palmer WL, Bottle A, Aylin P. Association between day of delivery and obstetric outcomes: observational study. BMJ. 2015;351:577-4. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmj.h57774>

27. Tolvi M, Mattila K, Haukka J, Aaltonen LM, Lehtonen L. Weekend effect on mortality by medical specialty in six secondary hospitals in the Helsinki metropolitan area over a 14-year period. *BMC Health Services Research*. 2020;20:323. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05142>
28. Snowden JM, Backes KK, Muoto I, Caughey AB, McConnell KJ. A 'busyday' effect on perinatal complications of delivery on weekends: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:e1. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005257>
29. Snowden JM, Caughey AB. Is there a weekend effect in obstetrics? Accumulating evidence points to higher risks at the weekend for mothers and babies. *BMJ*. 2015;351:h6192. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmj.h6192>
30. González López R, Díaz Bernal Z. Los hogares maternos La experiencia cubana hacia la transversalización de género y etnicidad en salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas (ECIMED); [acceso 10/08/2021];2015. Disponible en: <http://iris.paho.org/handle/10665.2/33898>
31. Zerquera Álvarez CE. Un llamado a la aplicación del método clínico en la práctica de la Medicina Perinatal. *Medisur*. 2010;8(5):174-6. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18002009809>
32. Corrales Gutierrez A. A propósito del método clínico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2011 [acceso 08/08/2021];37(1):3-5. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018600X2011000100002&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018600X2011000100002&Ing=es)
33. García Jordá D, Díaz Bernal Z, Acosta Álamo M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013 [acceso 10/08/2021];39(4):718-32. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=086434662013000400009&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=086434662013000400009&Ing=es)
34. Norhayati MN, Surianti S, NikHazlina NH. (2015) Metasynthesis: Experiences of Women with Severe Maternal Morbidity and Their Perception of the Quality of Health Care. *PLoS ONE* 2015 [acceso 10/08/2021];10(7):e0130452. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130452>
35. Semper González AI, Segredo Pérez AM, Hernández Nariño A. Calidad de la atención a la morbilidad materna extremadamente grave. Estudio preliminar. *Hospital Ginecobstétrico Provincial. Matanzas* 2016. *Rev.Med.Electrón*. 2017 [acceso 16/11/2018];39(1):53-60. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168418242017000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242017000100007&lng=es)

36. Semper González AI, Sánchez Cepero ZJ, Segredo Pérez AM, Hernández Nariño A, Álvarez Escobar MC, Mestre Cárdenas VA. Clima organizacional en la atención a pacientes con morbilidad materna extremadamente grave. Revista Cubana de Salud Pública. 2019 [acceso 10/08/2021];45(1):988. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=0864-34662019000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=0864-34662019000100002&lng=es)

### **Conflicto de intereses**

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribuciones de los autores**

*Conceptualización:* Viviana de la Caridad Sáez Cantero, Zoe Díaz Bernal.

*Análisis formal:* Viviana de la Caridad Sáez Cantero, Zoe Díaz Bernal.

*Metodología:* Viviana de la Caridad Sáez Cantero, Zoe Díaz Bernal.

*Redacción - revisión y edición:* Viviana de la Caridad Sáez Cantero, Zoe Díaz Bernal.

Las dos autoras revisaron la redacción y aprobaron la versión final del trabajo.