

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, SOCIALES, EDUCATIVAS Y DE LA  
ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON  
MUERTE MATERNA: UN ANÁLISIS DESDE EL ENFOQUE DE LAS TRES  
DEMORAS, COSTA RICA, 2012-2015**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la  
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería para optar al grado y  
título de Maestría Profesional en Enfermería Obstétrica, Ginecológica y Perinatal.

MARILYN SALAS MÉNDEZ  
MARÍA FERNANDA RAMÍREZ CALDERÓN

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo lo dedicamos primeramente a Dios, por permitirnos culminar satisfactoriamente este proyecto y cumplir de esta forma una de nuestras metas de vida.

A mi compañera de tesis, por su apoyo y compromiso y por ser ese complemento necesario para superar los obstáculos y los altibajos presentados en el desarrollo de nuestro proyecto.

A nuestra familia, por ser nuestra inspiración y ese motor que nos impulsa a seguir adelante con la seguridad de que estará a nuestro lado, motivándonos constantemente a alcanzar cada una de las metas que nos propongamos en la vida. Gracias a cada uno de ustedes por el apoyo incondicional a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

Y a todas las personas que nos abrieron las puertas, nos brindaron su ayuda y compartieron sus conocimientos para lograr que este proyecto culminará con éxito.


## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por bendecirnos con la vida, la salud y permitirnos alcanzar esta meta de nuestras vidas.

Gracias a nuestra familia por estar siempre presente, brindándonos su apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad; por confiar y creer en nuestros proyectos de vida e impulsarnos a luchar por ellos hasta alcanzarlos. Por permitirnos robar parte de nuestro tiempo en familia para alcanzar esta meta tan importante.

Agradecemos también a cada una de las personas que nos abrieron las puertas y nos guiaron a lo largo de este proyecto: la MS.c. Olga Nidia Hernández Chaves de la Dirección de planificación estratégica y acciones en salud del Ministerio de Salud, por brindarnos su apoyo; a nuestros docentes de la Escuela de Postgrados de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, por su entrega y compromiso con la profesión para formarnos de la mejor forma posible en nuestra especialidad; a nuestra tutora de tesis Msc. Laura López Quirós, por acompañarnos, guiarnos y aconsejarnos a lo largo de este proyecto con la finalidad de que fuera concluido de forma satisfactoria; y a nuestras lectoras por su valioso aporte para nuestra investigación.

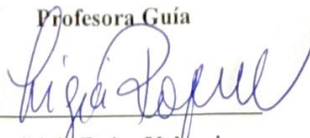
Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Obstétrica, Ginecológica y Perinatal.



M.Sc. Dennis Carrillo Díaz  
Representante del Decano  
Sistema de Estudios de Posgrado



M.Sc. Laura López Quirós  
Profesora Guía



Dra. Ligia Rojas Valenciano  
Lectora



M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón  
Lectora



Dra. Ana Laura Solano López.  
Representante  
Programa de Posgrado en  
Ciencias de la Enfermería



Marilyn Salas Méndez  
Sustentante



María Fernanda Ramírez Calderón  
Sustentante

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>Dedicatoria</b>	II
<b>Agradecimiento</b>	III
<b>Hoja de aprobación</b>	IV
<b>Tabla de contenido</b>	V
<b>Resumen</b>	XII
<b>Abstract</b>	XIV
<b>Indice de tablas</b>	XVI
<b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>Delimitación del tema</b>	1
<b>Antecedentes</b>	3
<i>Antecedentes internacionales</i>	3
<i>Antecedentes nacionales</i>	8
<b>Justificación</b>	10

<b>Tema</b>	18
<b>Problema de investigación</b>	18
<b>Pregunta de investigación</b>	19
<b>Objetivos</b>	19
<i>Objetivo general</i>	19
<i>Objetivos específicos</i>	19
<b>Hipótesis descriptivas</b>	19
<b>CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL</b>	20
<b>Marco conceptual</b>	20
<i>Antecedentes históricos en torno a la mortalidad materna</i>	21
<i>Definición</i>	22
<i>Indicadores de mortalidad materna</i>	24
<i>Factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención</i>	26
<i>La pobreza</i>	27

<i>La distancia y acceso a los servicios de salud</i>	28
<i>La falta de información</i>	28
<i>La inexistencia de servicios adecuados</i>	29
<i>Las prácticas culturales</i>	29
Causas de mortalidad materna	30
<i>Las hemorragias e infecciones</i>	31
<i>La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)</i>	32
<i>Las complicaciones en el parto y los abortos peligrosos</i>	32
Factores de riesgo de mortalidad materna	33
Características biológicas	33
<i>Antecedentes heredo-familiares</i>	34
<i>Antecedentes patológicos personales</i>	34
<i>Antecedentes gineco-obstétricos</i>	36
Características sociales y educativas	38

<i>Residencia</i>	39
<i>Nacionalidad</i>	39
<i>Edad</i>	40
<i>Estado civil</i>	41
<i>Ocupación</i>	41
Características de la atención obstétrica	42
<i>Control prenatal</i>	42
<i>Captación</i>	45
<i>Cantidad de controles prenatales</i>	45
<i>Clasificación de riesgo</i>	46
<i>Exámenes de rutina</i>	48
<i>Condición de riesgo</i>	48
<i>Vulnerabilidad</i>	48
<i>Medidas Mundiales y la Mortalidad Materna</i>	50



<i>Medidas Nacionales y la Mortalidad Materna</i>	53
<b>Marco teórico</b>	54
<i>Mortalidad Materna desde el enfoque de las tres demoras</i>	54
<i>Demora en decidir buscar atención</i>	55
<i>Demora en llegar al servicio de salud o demora en llegar a una unidad de salud adecuada</i>	55
<i>Demora en recibir tratamiento en el Servicio de Salud donde fallece o demora en recibir atención adecuada en esa unidad</i>	56
<b>Marco legal</b>	57
Legislación Nacional ante Muerte Materna y Protocolo ante Muerte Materna en Costa Rica	57
<i>Legislación Nacional ante Muerte Materna</i>	57
<i>Ley General de Salud</i>	57
<i>Protocolo ante Muerte Materna en Costa Rica</i>	58
<i>Reglamento del Colegio de Enfermeras de Costa Rica y Rol de Enfermería Gineco-Obstétrica y Perinatología</i>	62

<i>Reglamento para el ejercicio de Enfermería Gineco-Obstétrica y Perinatal</i>	64
<b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO</b>	73
<i>Marco metodológico</i>	73
<i>Tipo y diseño de investigación</i>	73
<i>Población</i>	76
<i>Técnica de recolección de datos</i>	77
<i>Validez del instrumento</i>	79
<i>Técnica de análisis de datos</i>	80
<i>Sistema de variables</i>	80
<i>Factores sociales y educativos</i>	80
<i>Factores biológicos</i>	81
<i>Factores relacionados con la atención de enfermería obstétrica</i>	79
Cuadro de operacionalización de variables	82

Consideraciones éticas	123
<i>Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N 39061-S</i>	123
<i>La Ley N 9234 – Ley Reguladora de Investigación Biomédica</i>	125
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	128
Resultados de datos	128
Análisis de resultados	172
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	222
Conclusiones	222
Recomendaciones	227
<b>CAPÍTULO VI. BIBLIOGRAFÍA</b>	228
<b>ANEXOS</b>	233

## RESUMEN

En la actualidad, la mortalidad materna se considera una problemática de salud pública a nivel mundial debido a que cada día mueren en todo el mundo, aproximadamente 830 mujeres, por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Esta tasa de mortalidad mundial es alta, lo cual se considera inaceptable.

Esta investigación tiene como objetivo determinar las características biológicas, sociales y educativas, y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna, desde el enfoque de las tres demoras, Costa Rica, 2012-2015. Para ello, se realizó una investigación aplicada, modalidad cuantitativa, tipo descriptiva, de las mujeres que sufrieron muerte materna entre los años 2012-2015.

Se realizó un vaciamiento de datos en Excel con la información extraída de la base de datos de la comisión de muerte materna del Ministerio de Salud. Los resultados generales señalan que gran parte de las mujeres eran conocidas sanas, no presentaba antecedentes heredo familiares o personales patológicos y no patológicos y consultas prenatales solo en primer nivel de atención (EBAIS). Además, se detectó un alto riesgo social en muchas ellas ya que presentan baja escolaridad, no poseen empleo y son amas de casa. Por lo tanto, según los datos obtenidos del análisis de la Comisión Nacional de Muerte Materna, algunas muertes, además de haber sido evitables; también podrían ser atribuibles a servicios de salud, personal sanitario, condiciones biológicas y de vida. De ahí la importancia de una atención holística por parte de personal calificado en cuanto a cantidad, calidad, contenido y oportunidad, diferenciada, acorde con el riesgo, la promoción de la salud y la medicina preventiva para garantizar la prevención de la mortalidad materna.

Se debe tomar medidas sanitarias que permitan que las mujeres gestantes sean valoradas inicialmente y de manera pronta con el fin de clasificarla insitu y determinar la prioridad de su atención. El instrumento utilizado actualmente en Costa Rica para el análisis de cada muerte materna por parte de la Comisión Nacional del Muerte Materna del Ministerio de Salud se denomina “Documento oficial para análisis de caso de muerte materna -instrumento n° 3, y se trata de un instrumento abierto, en el cual obtiene como

respuesta común de varios ítems sumamente valiosos la respuesta “no indica”, lo que no permite concluir con muchos de los objetivos propuestos. Así mismo, se considera que es un problema que se generará en futuras investigaciones que involucren este mismo instrumento.

A pesar de dicha limitante, se considera que esta investigación al ser la primera a nivel nacional en la cual se utiliza dicho documento, permite la posibilidad de su evaluación y de esta manera determinar el alcance, los pros y los contras del mismo y efectuar las recomendaciones necesarias, para efectuar los cambios necesarios que permitan mayor cobertura en futuras investigaciones.

## **ABSTRACT**

Nowadays maternal mortality is considered a public health problem worldwide, because, every day around the world approximately 830 women die due to pregnancy or childbirth complications. This global mortality rate is high, which is considered unacceptable.

The objective of this research project is to determine the biological, social, educational and obstetric care characteristics of women who presented maternal death from the approach of the three delays, Costa Rica, 2012-2015. This project was developed by an applied research, specifically a descriptive quantitative type of women who suffered maternal death in the range of years from 2012 to 2015.

Additionally, the data extracted from the Maternal Death Commission database of the Ministry of Health was consolidated in Excel. The overall results demonstrate that most of the women were recognized as healthy, did not present an inherited family history or personal pathological and non-pathological personal antecedents, and presented prenatal consultations only at the first level of care (EBAIS). In addition, a high social risk is detected in many of the women, because they have low educational level, do not have a job and are housewives. Therefore, according to data from an analysis of the Maternal Death Commission, some deaths, besides could had been prevented, could also be attributable to health services, health personnel, biological and living conditions. Hence the importance of holistic care by qualified personnel in terms of quantity, quality, content and opportunity, differentiated by risk, health promotion and preventive medicine to guarantee the prevention of maternal mortality.

It is necessary to take actions that allow pregnant women to be initially checked and in a timely manner, so they can be classified on-site and their priority of attention determined. The instrument applied by the Commission to analyze each reported case of maternal death is opened, there are many valued questions that were answered as “not

specified”, which did not allow to conclude with many of the proposed objectives. Likewise, this would be a problem for future researches that utilize the same instrument.

	Página
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	
Tabla 1 Antecedentes patológicos heredo- familiares, en las mujeres que presentaron muerte materna	129
Tabla 2- Antecedentes patológicos personales, en las mujeres que presentaron muerte materna	130
Tabla 3- Antecedentes no patológicos personales en las mujeres que presentaron muerte materna	131
Tabla 4- Antecedentes gineco – obstétricos de las mujeres que presentaron muerte materna	132
Tabla 5 - Antecedentes gineco – obstétricos de las mujeres que presentaron muerte materna	133
Tabla 6- Factores sociales y educativos de las mujeres que presentaron muerte materna	134
Tabla 7- Factores sociales y educativos de las mujeres que presentaron muerte materna	136
Tabla 8- Control prenatal de las mujeres que presentaron muerte materna	137
Tabla 9- Control prenatal de las mujeres que presentaron muerte materna	138
Tabla 10 - Control prenatal de las mujeres que presentaron muerte materna	139
Tabla 11- Atención en emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna	140
Tabla 12 Atención en emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna	140
Tabla 13- Atención en emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna	142
Tabla 14- Atención en emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna	143



Tabla 15- Atención en emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna	144
Tabla 16- Atención en emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna	145
Tabla 17 - Atención en emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna	146
Tabla 18- Atención hospitalaria de mujeres que presentaron muerte materna	147
Tabla 19- Atención en emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna	148
Tabla 20- Atención del aborto de las mujeres que presentaron muerte materna	149
Tabla 21- Atención del aborto de las mujeres que presentaron muerte materna	150
Tabla 22- Atención del aborto de las mujeres que presentaron muerte materna	151
Tabla 23- Labor de parto de mujeres que presentaron muerte materna	152
Tabla 24- Labor de parto de mujeres que presentaron muerte materna	153
Tabla 25- Labor de parto de mujeres que presentaron muerte materna	154
Tabla 26- Labor de parto de mujeres que presentaron muerte materna	155
Tabla 27- Atención del parto de las mujeres que presentaron muerte materna	156
Tabla 28- Atención del parto de las mujeres que presentaron muerte materna	157
Tabla 29- Atención del parto de las mujeres que presentaron muerte materna	158
Tabla 30- Atención del parto de las mujeres que presentaron muerte materna	158

Tabla 31- Atención del parto de las mujeres que presentaron muerte materna	159
Tabla 32- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	160
Tabla 33- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	161
Tabla 34- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	162
Tabla 35- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	163
Tabla 36- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	164
Tabla 37- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	165
Tabla 38- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	166
Tabla 39- Atención de la muerte de mujeres que presentaron muerte materna	167
Tabla 40- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	168
Tabla 41- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	169
Tabla 42- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	170
Tabla 43- Atención del post aborto y post parto de las mujeres que presentaron muerte materna	171



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SEP Sistema de Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, 1ª Fernanda Ramirez Calderón, con cédula de identidad 304730866, en mi condición de autor del TFG titulado Características biológicas, sociales, educativas y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna: un análisis desde el enfoque de las tres demoras, Costa Rica, 2012-2015.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: 1ª Fernanda Ramirez Calderón.

Número de Carné: B58457 Número de cédula: 304730866

Correo Electrónico: maf.ramirezca@gmail.com // maf.ramirez66ba@gmail.com.

Fecha: 05/02/21 Número de teléfono: 84345180

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Maestra Laura López Quirós.

1ª Ramirez  
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Marilyn Salas Méndez, con cédula de identidad 304040948, en mi condición de autor del TFG titulado "Características biológicas, sociales, educativas y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna: un análisis desde el enfoque de las tres décadas, Costa Rica, 2012-2019"

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI [X] NO [ ]

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Marilyn Salas Méndez

Número de Carné: 858475 Número de cédula: 304040948

Correo Electrónico: mrysm14@gmail.com

Fecha: 04-02-2021 Número de teléfono: 70377211

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Maestra Laura López Quirós

[Handwritten Signature]
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que el contenido sea tomado como cierto. Sin importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de PUBLICACIÓN, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### **DELIMITACIÓN DEL TEMA**

En la actualidad, la mortalidad materna se considera una problemática de salud pública a nivel mundial. Según la OMS (2019) “cada día mueren en todo el mundo, aproximadamente 830 mujeres, por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto” (p.1). Esta tasa de mortalidad mundial es alta, por lo que se considera inaceptable. “Para el año 2015, se estimó aproximadamente trescientos mil (303 000) muertes (...) prácticamente todas estas se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado” (OMS, 2019, p. 1 ); y añade que un: “alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo, refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya la diferencia entre ricos y pobres” (p.4).

Por lo antes expuesto, la mortalidad materna se considera un tema de interés universal. En consecuencia, se han desarrollado diferentes proyectos enfocados en lograr una disminución de la tasa de mortalidad materna. Dentro de los más relevantes se puede mencionar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, cuyo Objetivo 3 plantea la meta de la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de setenta (70) por cada cien mil (100.000) bebés nacidos vivos para el 2030. (OMS, 2018)

En Costa Rica se han llevado a cabo diversas estrategias, dentro de las que se puede mencionar la ejecución del proceso de habilitación de las maternidades del país con el objetivo de cumplir con las condiciones necesarias para garantizar el acceso a los servicios de salud y brindar una atención de calidad, con enfoque de riesgo. También se considera que diversos factores influyen en la etiología de cada muerte materna; por lo cual, se implementa su análisis, con el objetivo de identificar los determinantes que inciden en ellas. De esta forma, se busca construir y ejecutar planes remediales basados en la evidencia.

(Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2010). A partir de aquí, se declara de forma obligatoria, la notificación de cada muerte materna al Sistema Nacional de Análisis y Evaluación de Mortalidad Materna (SINAMMI), el cual se encarga de la vigilancia epidemiológica de las muertes; mientras que el análisis estadístico cuantitativo anual, lo realiza el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Como resultado de la implementación de estas acciones se ha logrado una disminución en la cantidad de muertes maternas ocurridas en el país en los últimos 20 años. Sin embargo, esta baja no es suficiente para alcanzar la meta de la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna, establecida para el 2030. Según el análisis del INEC del 2018, aproximadamente el 60 % de las muertes ocurridas actualmente en el país, son prevenibles.

Por todo lo anterior, este trabajo de investigación se realiza con el fin de ofrecer resultados relevantes al país, en especial a las entidades involucradas en la atención de mujeres embarazadas, en cuanto a una caracterización social, biológica, educativa y de la atención obstétrica de las mujeres que presentan muerte materna, ya que no se cuenta con este tipo de estudios en Costa Rica. Esto permitirá identificar las debilidades que se presentan a lo largo del desarrollo de cada embarazo; así como dotar a la comisión de investigación de muerte materna, los datos obtenidos en aras de contribuir a la prevención de futuras muertes maternas en el país y mejorar la atención que se les brinda a las mujeres gestantes.

Adicionalmente, hasta el momento el país no cuenta con investigaciones que permitan caracterizar la atención obstétrica brindada; solamente se cuenta con datos generales del INEC sobre las características educativas y sociales de las mujeres que presentaron muerte materna. Lo anterior, deja de lado las características biológicas y la evaluación de la atención obstétrica brindada en el país y si esta se basa en el enfoque de las tres demoras.

Ello evidencia una necesidad de realizar una investigación que aporte fundamentos para formular recomendaciones tanto para la mejora de la atención obstétrica de las mujeres embarazadas, como para la prevención de las muertes maternas en el país. Para esto, se propuso el objetivo general de analizar las características biológicas, sociales, educativas y de la atención obstétrica, de las mujeres que presentaron muerte materna, desde el enfoque

de las tres demoras, bajo la aprobación del comité científico de educación del posgrado de enfermería de la Universidad de Costa Rica y del sistema de educativo de posgrados. El comité asesor para este estudio estuvo conformado por la Msc. Laura López, como tutora, y como lectoras, la Dra. Ligia Rojas y la Msc. Yamileth Gutiérrez.

### **Antecedentes**

En el presente apartado se describen los antecedentes respecto al tema de interés. La descripción se enfoca en dos áreas, la primera a nivel internacional y la segunda, a nivel nacional. La descripción cubre los aspectos más relevantes para el presente proyecto, sin pretender caer en un estudio exhaustivo; pero que a la vez aporte la información requerida en cuanto al objeto de estudio.

### **Antecedentes internacionales**

En el panorama internacional, existe un gran avance en relación con la evidencia científica relacionada con la mortalidad materna; por lo cual, a continuación se realiza un recuento de los artículos más sobresalientes sobre muerte materna y su análisis, según el enfoque de las tres demoras. El enfoque de las tres demoras se basa en el modelo propuesto por Thaddeus y Maine en 1994 y busca determinar los factores que imposibilitan o dificultan el acceso oportuno a los servicios de salud de calidad, desde la detección temprana de signos y síntomas de alarma y la decisión de buscar atención médica (demora 1), el traslado al servicio de salud (demora 2) y la recepción oportuno de tratamiento en los servicios de salud (demora 3).

Respecto a la mortalidad materna según el enfoque de las tres demoras, Herrera (2003) realiza un estudio en el Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja-Arriarán en Chile, correspondiente a una investigación de tipo cuantitativa descriptiva, titulada “Mortalidad Materna en el Mundo”, con el objetivo de analizar la mortalidad materna en el mundo.

En dicho documento se enfatiza que la Organización Mundial de la Salud ha extendido el periodo del puerperio hasta un año. Esa ampliación en el periodo influye considerablemente en las tasas de morbi-mortalidad materna a nivel mundial. Además, se señala que solo 78 países informan, de manera correcta y sistemática, los niveles de

mortalidad materna (35% de la población mundial). Este aspecto marca una problemática importante en torno al reporte de datos de la mortalidad materna, ya que de 190 países, tan solo se recibe información de 78 de ellos. Además, se documenta que el 15% de las mujeres en estado de gestación, desarrollan complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y limitan, en cierta medida, la implementación de estrategias a nivel mundial para la clasificación de la mujer embarazada en bajo, moderado o alto riesgo obstétrico.

Dentro de otros datos importantes derivados de este estudio se encuentran que 300.000.000 mujeres grávidas sufren complicaciones en el corto o largo plazo de este periodo. Son clasificadas de acuerdo con su tasa de incidencia en países desarrollados y en desarrollo. En estos últimos, las complicaciones que presentan las mujeres en estado grávido corresponden en un 25% a hemorragias, 15% sepsis, 13% aborto, 12% eclampsia y un 8% a parto. Mientras tanto, en países desarrollados estas causas corresponden a tromboembolismo, cardiomiopatías, complicaciones quirúrgicas, embolia líquido amniótico y síndrome hipertensivo en el embarazo.

Por otro lado, 60.000.000 de partos anuales se verifican sin atención profesional. De hecho, 3.240.000 madres no tienen control prenatal; 3.440.000 no reciben atención de parto en instituciones de salud y 2.980.000 no tienen acceso a atención de parto por personal calificado. Las cifras antes anotadas sugieren la relevancia de contar con personal de salud especializado y calificado en la atención de la mujer embarazada y su recién nacido.

Por su parte, Elu y Santos (2004) redactan el documento *Una tragedia evitable*, presentado en el Simposio "Mujer y Salud" del 19 y 20 de marzo del 2003 para el Programa Mujer y Salud de la SSA y el Instituto Nacional de Perinatología, en la Ciudad de México. Corresponde a una investigación cuantitativa-descriptiva, donde se utiliza como metodología la llamada autopsia verbal, mediante la cual se estudian todas las mujeres que fallecen en edad fértil, con base en encuestas basadas en cuestionarios sencillos, con el objetivo de enfocarse, particularmente, en la relación de las muertes maternas con factores como la pobreza, que se ven potencializados por factores socioculturales, al mismo tiempo que subraya la inaplazable necesidad de poner en marcha estrategias intersectoriales que las eviten y las condiciones para lograrlo.



Elu y Santos (2004) coinciden con Herrera (2003) en que las muertes maternas constituyen una grave problemática de salud pública, e indican que anualmente a nivel mundial se documentan alrededor de 600.000 muertes, en su gran mayoría en los países en desarrollo, donde el riesgo de las mujeres de morir por causas maternas es de 1 en 48, frente a 1 en 1,800 en los desarrollados. El panorama es aún más alarmante si se analizan las cifras por regiones, ya que se documenta que en África ocurre una muerte materna por cada 16 mujeres embarazadas, en Asia 1 en 65; en América Latina y el Caribe, 1 en 130; en Europa, 1 en 1,400; y en América del Norte, 1 en 3,700.

Lo más relevante de este estudio es que expone, con base en evidencia científica, que la pobreza es uno de los principales agentes causales de muchas muertes maternas a nivel mundial, haciendo una crítica y evidenciando que los efectos de la pobreza se ven potencializados por factores socioculturales, que generalmente no son previstos ni tomados en cuenta, al diseñar e instrumentar los programas de salud.

También hace referencia a que las muertes maternas no son accidentales, sino producto del resultado de un conjunto de factores que, al enlazarse, forman una cadena fatal de demoras, las cuales impiden no solo prevenir riesgos durante los embarazos; sino el acceso oportuno a los servicios de salud de calidad.

Hace hincapié en que cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas que alertan de algún peligro que está poniendo en riesgo la salud de estas mujeres, y el momento en que reciben la atención necesaria. Por lo anterior, se está ocasionando que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente, las posibilidades de salvar su vida. En consecuencia, ello fundamenta el diseño de estrategias, en la implementación de programas de salud, acordes con las condiciones de vida de las mujeres, lo que exige un gran aporte y compromiso por parte de los gobiernos en la formulación de nuevas políticas, bajo estas propuestas.

Por otro lado, Rodríguez y Rodríguez (2012) realizaron un estudio titulado “Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe, en la Universidad Nacional de Colombia”. Es una investigación de tipo revisión de datos sistemática clásica, sobre estudios desarrollados en diferentes

países de Latinoamérica y el Caribe, cuyo objetivo es describir las causas y los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna, teniendo en cuenta la visión de los determinantes sociales de la salud.

Esta búsqueda se realizó en cinco bases de datos (Medline, Cochrane, Pubmed, Bvs, Redalyc) y se tomaron estudios de tipo observacional con diseño descriptivo (transversal, casos y cohortes) y analíticos (casos y controles), con cualquier periodo de seguimiento a nivel nacional e internacional, publicado en revistas indexadas.

La revisión sistemática efectuada evidencia que los estudios con que se cuenta actualmente, no logran contextualizar y cuantificar las determinantes sociales que influyen en la mortalidad materna en los países de Latinoamérica y el Caribe, lo que hace que aún se continúe solamente con información en un nivel teórico y no se materialice en escenarios específicos; por lo cual, se evidencia que es indispensable desarrollar investigaciones científicas redireccionadas en este sentido.

Es importante resaltar que en dicho estudio se observa como principal causa de muerte materna, los trastornos hipertensivos, seguida por las hemorragias obstétricas, consideradas muertes maternas prevenibles, pues son tratables. Se documenta la importancia de identificar y solucionar las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos para accederlos; para lo cual, se indica que es indispensable revisar y ajustar las políticas públicas actuales, con la finalidad de garantizar su efectividad a través de planes y programas integrales que permitan una atención óptima, calificada y oportuna, en la reducción de la mortalidad materna.

Carvalho et al. (2013) realizaron una investigación denominada “El papel de las demoras en la atención de la mortalidad y morbilidad materna graves: una ampliación del marco conceptual”, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Consiste en un análisis del enfoque propuesto por Thaddeus y Maine (1994) para examinar la mortalidad materna con base en un marco de tres fases o tres demoras, para entender las brechas en el acceso al manejo adecuado de emergencias obstétricas. Corresponde a una investigación de tipo revisión de datos retrospectiva, con el objetivo de mostrar que la combinación del marco de las tres demoras, junto con el enfoque del análisis de los casi perdida y el uso de una

variedad de métodos para la recopilación de información, puede ser otro medio de reconocer un evento crítico en torno al parto.

En este estudio se efectúa un análisis de pros y contras en la utilización del modelo de las tres demoras, enfatizando que no brinda una comprensión completa del fenómeno de las muertes maternas, ya que no proporciona información sobre los factores que generan la mortalidad materna, información sumamente valiosa para los planificadores y gerentes de salud, ya que permite tomar medidas en la disminución de la muerte materna. Y al presentar esta carencia se crean vacíos en los sistemas de salud, razón por la cual, esta investigación además del estudio de las tres demoras en las muertes maternas ocurridas en Costa Rica entre el 2012 y el 2015, analiza las características biológicas, sociales y educativas, y de la atención obstétrica de estas mujeres.

Asimismo, Vallejo & González Blanco (2012) realizaron un estudio denominado “Mortalidad materna: análisis de las tres demoras”, en la Universidad Central de Venezuela, Caracas; y analiza un predominio de muertes de causa obstétrica directa, representada por los trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias y sepsis. Corresponde a una investigación de tipo estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las muertes maternas ocurridas durante el período enero 2008 – diciembre 2009 en el Distrito Capital, aplicando el modelo de las tres demoras.

En este estudio, la demora 3 que corresponde a la demora en recibir el tratamiento adecuado dentro del servicio, fue identificada mayormente en las historias clínicas registradas, seguida de la demora 1. Se revela que la demora 3 es la que predomina por falta de personal médico especializado y necesidad de referencia a otro centro y en segundo lugar la demora 1 por identificación tardía de los síntomas.

Por tanto, se evidencia la importancia del uso del enfoque de las tres demoras, ya que puede ser una herramienta eficaz para que los encargados de formular políticas y los gerentes de salud puedan garantizar los principios de los derechos humanos, en el contexto de los servicios de salud materna, al destacar las debilidades de los sistemas y los servicios obstétricos. No obstante, hacen énfasis en que es crucial para obtener un panorama completo, la utilización de la denominada cuarta demora que implica la muerte de una

mujer a causa de complicaciones durante el embarazo. Todo esto no es solo un hecho biológico; es también una elección política, cuyo cambio está al alcance de la mano y depende, sobre todo, de la voluntad política. Así, se destaca la importancia de que se involucren distintas instituciones, para ejecutar acciones y planes relacionados con la mortalidad materna, puesto que es un tema que requiere especial atención de todos los gobiernos.

### **Antecedentes nacionales**

En el ámbito nacional, gran cantidad de datos sobre la mortalidad materna son reportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de los años 2014, 2015, 2016. En sus boletines presentan información estadística sobre el comportamiento de la mortalidad materna en el país.

En Costa Rica, tanto en instituciones públicas como privadas, es de orden obligatorio el reporte de la muerte de una mujer embarazada. Estos datos se dirigen al registro estadístico de defunciones en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2017), el cual se recopila en el transcurso de todo el año.

Estos eventos son sometidos a un cauteloso proceso de control y verificación en una acción conjunta mediante el Sistema Nacional de Análisis de Muertes Maternas e Infantiles del Ministerio de Salud, en donde se efectúa el análisis de los datos reportados y se determina si corresponde a una muerte materna directa o indirecta. Este análisis permite la implementación de acciones y estrategias con el fin de disminuir las tasas de morbimortalidad materna a nivel nacional.

Otra organización importante es el SINAMMI (Sistema Nacional de Análisis y Evaluación de Mortalidad Materno Infantil); el cual, según lo establece la LA GACETA N° 102, 2015, es el sistema encargado de la vigilancia epidemiológica tanto de muertes infantiles como maternas que ocurren dentro del territorio costarricense y que da paso a diferentes organizaciones a nivel nacional con el propósito de vigilar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y la disminución de las tasas de mortalidad materna.

Es importante recalcar que en Costa Rica no se cuenta con investigaciones nacionales referentes a mortalidad materna desde un enfoque de las tres demoras, aun cuando se tiene un sistema que permite la recolección y el análisis de los datos nacionales.

Sin embargo, estos datos que se aportan con la creación del Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil (SINEAMMI), según el decreto publicado en La Gaceta en el 2015, sobre el reglamento de esta institución, ha permitido la creación de comisiones vinculadas a la vigilancia de la mortalidad materna en el país como lo son: la Comisión Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil (CONEAMMI), la Comisión Regional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil (COREAMMI), la Comisión Local de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil (COLEAMMI) y la Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil (CHEAMMI).

Todas estas organizaciones aportan datos relacionados con las muertes maternas, las cuales se analizan en las comisiones correspondientes y gracias a ellas, se fundamentan acciones por tomar ya sea a nivel local, regional o nacional, para la prevención de futuras muertes maternas. Sin embargo, se recalca que pese a que en estas instituciones se trata de analizar cada muerte materna desde un enfoque de las tres demoras, no existen investigaciones nacionales que traten el tema de la mortalidad materna desde dicho enfoque en la atención obstétrica.

Es por esta razón que esta investigación tiene como objetivo emplear el instrumento disponible actualmente en nuestro país, denominado “Documento oficial para análisis de caso de muerte materna instrumento n° 3”, utilizado por la Comisión Nacional de Muerte Materna del Ministerio de Salud para analizar cada una de las muertes maternas ocurridas en el territorio nacional y caracterizar las mujeres que están sufriendo muertes maternas en Costa Rica, determinando los factores biológicas, sociales, educativos y de la atención obstétrica que influyeron en cada una de las tres demoras y culminación de una muerte materna. Lo cual, permitirá establecer factores de riesgo obstétrico propios de la población costarricense, así como determinar debilidades y fortalezas de nuestro sistema de salud y la

atención obstétrica brindada, con la finalidad de tomar medidas oportunas a nivel nacional y estandarizar protocolos de atención obstétrica con base en los resultados obtenidos.

Esta falta de estudios a nivel nacional sobre la mortalidad materna desde el enfoque de las tres demoras, nos permite trabajar solamente con la evidencia científica disponible a nivel internacional, sin embargo, investigaciones efectuadas en el territorio nacional en las cuales se analicen las características propias de nuestra población y de la atención obstétrica brindada a la misma, permitirá conocer los factores de riesgo biológicos, sociales, culturales, económicos y educativos de mayor frecuencia en la población costarricense y cómo influyen estos en la mortalidad materna de nuestro país, permitiendo a los profesionales de salud estar alerta de los mismos durante la atención obstétrica y también evaluar debilidades en esta atención con la finalidad de mantener una evaluación constante que permita la toma de decisiones oportuna y el establecimiento de medidas y protocolos que se ajusten a nuestra población para disminuir la tasa de mortalidad materna.

### **Justificación**

La muerte de una mujer durante el embarazo y el parto era visto como natural desde la antigüedad, y no es sino hasta el siglo XVII, con el nacimiento de la obstetricia, que se establece la importancia de la mujer en el parto y de velar por su sobrevivencia; aunque: “hasta después de la Segunda Guerra Mundial que se inicia el interés formal e internacional por la muerte materna” (Uribe, 2008, p.1).

Durante el periodo de 1976 a 1986, conocido como Década de la Mujer, se da el auge del desarrollo de múltiples estudios, principalmente en el ámbito gineco – obstétrico en donde los hallazgos más importantes mostraron que la mortalidad materna era el mayor problema alrededor del mundo y por el subregistro en los países su magnitud era superior a la esperada. (Organización Panamericana de la Salud, 1998)

Desde el deseo y la responsabilidad de velar por el cumplimiento de los Derechos Humanos, los Derechos Sexuales y Reproductivos, así como asegurar que todas las mujeres puedan llegar de manera segura al final de su embarazo y parto, nacen campañas globales, como en 1987 *La iniciativa de maternidad segura* impulsada por parte de la OMS,

UNICEF, UNFPA, el Banco Mundial, Family Care International y otras organizaciones. Pero los esfuerzos no culminan ahí; posteriormente, en la cumbre del milenio del 2000, es acordado por diversos líderes mundiales, velar por el cumplimiento de los llamados objetivos del milenio. El quinto, llamado Mejorar la salud materna, dará pie a los Objetivos 20/30, con el mismo enfoque en relación con la mejora de la salud de la mujer.

El mejoramiento de la salud materna plantea la implementación de medidas y estrategias que generen condiciones óptimas de salud en las mujeres en estado gravídico hasta lograr disminuir la cantidad de muertes maternas que se presentan hoy en día.

Para ello se evalúan constantemente los factores relacionados con la mortalidad materna, como por ejemplo su definición, la cual, ha ido siendo moldeada a lo largo de la historia hasta contar con la actual que señala lo siguiente:

La muerte de una mujer durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Esta evaluación constante para velar por el cumplimiento de los Objetivos 20/30, permite implementar medidas y estrategias en busca de la disminución de la mortalidad materna a nivel mundial. Según el informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2015: “Desde 1990, la tasa de mortalidad materna ha disminuido en un 45% a nivel mundial y la mayor parte de esta reducción ocurrió a partir del año 2000” (p.6). Sin embargo, a pesar de esta reducción en la mortalidad materna mundial y el mejoramiento significativo de la salud de la mujer tras la adopción de los objetivos del milenio, “...cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto” (OMS, 2015, p.1).

Por esto, la mortalidad materna no solo se ha convertido en una problemática de salud pública a nivel mundial, donde diversos factores influyen en su etiología, sino que es considerado un tema de interés mundial; por lo cual, varios países dentro de los que cabe mencionar a Costa Rica, se han comprometido con la Organización Mundial de la Salud

para el desarrollo de los Objetivos 20-30 dentro de sus políticas de Salud Pública y lograr la disminución de las muertes maternas.

En la última década, la dificultad para disminuir de manera significativa y sostenida las causas de muerte materna y velar por el cumplimiento de los Objetivos 20-30, ha sido el punto de partida de numerosas investigaciones científicas en torno a este tema, en las que se fundamenta que la muerte materna es producto de un conjunto de factores a nivel económico, sociocultural, biológico, educativo y de acceso a atención oportuna en los servicios de salud de cada país, ya que la mayoría de estas muertes son prevenibles (Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2018). De ahí la importancia de que cada uno de los países a nivel mundial, identifique las características biológicas, geográficas, socio-culturales, educativas, y de la atención obstétrica oportuna bajo el enfoque de las tres demoras de salud, en los casos en los que se ha presentado una muerte materna, para lograr establecer los elementos relevantes, aplicar medidas correctivas y de esta forma poder brindar una atención especializada antes, durante y después del parto, que permita disminuir los factores de riesgo previamente identificados.

En la actualidad, se cuenta con evidencia de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud. Por esta razón, el presente estudio busca identificar las características biológicas, sociales y educativas, y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna, desde el enfoque de las tres demoras.

Con respecto al análisis desde este enfoque, existen diversos estudios a nivel mundial que han identificado tres demoras en los servicios de salud directamente relacionadas con el índice de Mortalidad Materna; y apuntan a que al identificar cada una de ellas, se pueden establecer medidas sanitarias estratégicas, orientadas hacia la corrección y mejora por parte de los y las profesionales de la salud para lograr una reducción significativa de los casos.

Según Carvalho et al. (2012) “el concepto de “demoras” visto como el tiempo transcurrido entre la aparición de una complicación y su tratamiento y resolución adecuado, permite la vinculación con diversos factores como la distancia, la autonomía de las mujeres y la asistencia médica” (p.70). Una vez analizados individualmente permiten comprender



las causas sociales y conductuales que contribuyen como factores negativos en una atención oportuna y la culminación en una muerte materna; y estudiados de forma conjunta, contribuyen en una caracterización de las mujeres que han sufrido muerte materna en determinadas regiones, lo que permite el establecimiento de políticas sanitarias para la reducción de la tasa de mortalidad materna a nivel nacional y mundial.

Una vez establecidas estas tres demoras, se determinan factores determinantes de cada una, los cuales deben ser identificados y resueltos por parte de la familia gestante, los servicios de salud, los y las profesionales de la salud, las autoridades sanitarias y el estado. En cuanto a la demora para decidir buscar atención, es fundamental orientar a la población en signos y síntomas de alerta, así como en el momento preciso en el que se debe de tomar la decisión de asistir a un centro médico. A partir de un análisis de la demora en llegar al servicio de salud, es urgente que cada persona cuente con facilidad de acceso a los centros sanitarios, un tema de salud pública por el que cada gobierno debe de velar. Y en cuanto a la demora en recibir tratamiento en el servicio de salud, se debe de contar con personal capacitado y velar por los estándares de calidad de atención a cada usuario. (M. Mazza et all. p.237).

En relación con el análisis de los factores sociales tales como edad, residencia, nacionalidad, estado civil y ocupación y a los aspectos educativos como grado de escolaridad y su relación con la mortalidad materna, Carvalho et al. (2012) afirman que: “Un marco de trabajo claro para el estudio de las muertes maternas más allá de las causas médicas, debe de combinar en un solo marco las secuencias causales de origen social y conductual relacionadas con el hogar, la comunidad y el sistema de salud, que trascienden la información clínica o demográfica” (p.70).

Mazza et al. (2012) afirman que “Estos factores están relacionados no solo con la carencia de dinero, sino con el desempleo, la ausencia o bajo nivel educativo y la carencia de vivienda adecuada, en condiciones de hacinamiento y pobres condiciones sanitarias, falta de una pareja que le brinde apoyo y protección” (p.257).

Y la residencia en zonas alejadas, con dificultades de transporte y vías en malas condiciones, constituyen una barrera importante para la posibilidad de acceder

oportunamente a servicios de salud; lo cual es una determinante importante, analizada en la segunda demora de atención.(Mazza et al p.257).

Las características biológicas son factores inherentes a la fisiología del organismo tales como antecedentes patológicos personales, antecedentes quirúrgicos personales, antecedentes gineco-obstétricos, desarrollo de embarazo actual, multiparidad, intervalo intergenésico, antecedentes patológicos familiares y antecedentes no patológicos personales.

Las hemorragias fueron la causa del mayor número de muertes maternas con más del 27% en las regiones en desarrollo y aproximadamente el 16% en las regiones desarrolladas. Otras complicaciones principales incluyen infecciones, presión arterial alta durante el embarazo, complicaciones en el parto y abortos en condiciones de riesgo. (OMS, 2015).

También se registran las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia), que corresponden a la tercera causa de muerte materna; las complicaciones en el parto (parto obstruido), y los abortos peligrosos; que constituyen respectivamente la cuarta y quinta causa de muerte materna a nivel mundial. (OMS, 2015)

En cuanto a las características de la atención obstétrica, se hace referencia a las debilidades en la organización sanitaria que limitan el acceso, la disponibilidad, la oportunidad y calidad de la atención (Mazza, Vallegos y González Blanco, 2012) y abarca aspectos importantes como atención por parte de personal calificado, captación temprana, control prenatal, cantidad de consultas, exámenes de rutina y especializados requeridos, maniobras de obstetricia practicadas, tipo de profesional que brindó la atención, calificación de riesgo obstétrico, atención prenatal, parto y puerperio; y tiempo transcurrido entre la complicación de un paciente y la atención por parte del personal. (Mazza, Vallegos y González Blanco, 2012).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2015), dentro de la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se encuentra: "... reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030" (p.6). De ahí la importancia de que cada uno de los países comprometidos con el logro de

estos objetivos, fomente el desarrollo de investigaciones que permita identificar dentro de su población, las características biológicas, geográficas, socio-culturales, educativas, la calidad de la atención obstétrica desde el enfoque de las tres demoras, de las mujeres que presentaron muerte materna y enrumbar acciones que permitan la reducción de la tasa de mortalidad materna, que tal como lo señalan Donoso e Oyarzún es: "... un indicador que refleja el grado de desarrollo sanitario, cultural y económico de un país. Es en este indicador donde se establecen las brechas más amplias entre los países según su nivel de desarrollo" (2004, p.14).

Analizar cada una de las muertes de forma integral, desde los factores biológicos, sociales, de la atención obstétrica y desde un enfoque de las tres demoras, mediante "un cauteloso proceso de control y verificación en una acción conjunta mediante el Sistema Nacional de Análisis de Muertes Maternas e Infantiles, del Ministerio de Salud" (INEC.2015), permite identificar puntos débiles en cada uno de los procesos involucrados, que fundamenten la implementación de acciones sanitarias eficaces para prevenir, y más aún, manejar complicaciones durante el embarazo, mediante una atención especializada y oportuna (preconcepcional, prenatal, durante la labor de parto, postparto inmediato, y puerperio) a través de un seguimiento adecuado.

En el país, la mortalidad materna se considera un problema de salud pública dado que, si bien se han logrado disminuciones importantes en los últimos 20 años, de acuerdo con los análisis realizados por el Ministerio de Salud, el 60 por ciento de dichas muertes son prevenibles (INEC, 2017). Es por esta razón que se han creado comisiones encargadas de velar por la vigilancia epidemiológica nacional de la mortalidad materna, que permitan "... en primer lugar recolectar la información pertinente para su análisis y en segundo lugar posibilitar el desarrollo de programas de salud pública y la formulación de recomendaciones con el propósito de mejorar cobertura y calidad en la atención" (INEC 2017, p5). Dentro de estas comisiones se encuentra la SINAMMI.

Según el Programa de Análisis de la Mortalidad Materna en Costa Rica, del total de 16 muertes maternas en el 2009, todas ocurrieron en centros hospitalarios; sin embargo, se

considera que con una temprana captación del embarazo (los dos primeros meses) y una atención de calidad, un número importante de estas pudo evitarse. (II Informe País, 2010)

“Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres” (Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015, p.1). Además, según la OMS (2019), la mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones para prevenir o tratar las complicaciones son conocidas, puesto que todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la especializada durante el parto y a la atención y apoyo en las primeras semanas después del parto.

A raíz de estos datos, el país se ha propuesto la meta de lograr reducir el número de muertes maternas. Para ello ha venido trabajando desde hace varios años en diversas propuestas. Cada muerte materna genera un gran impacto social, ya que afecta a todo un núcleo familiar; por esta razón, se ha convertido en un tema de interés mundial por el cual velan cada uno de los países que conforman la Organización Mundial de la Salud al promover el análisis de cada muerte materna.

Según el II informe país efectuado en el 2010 en Costa Rica, se determina que el análisis de las muertes maternas, ha permitido identificar los determinantes que inciden en éstas, así como la construcción y ejecución de planes remediales, lo cual, permite la implementación de acciones y ejecución oportuna, así como el proceso de habilitación en las maternidades del país, logrando un acercamiento al cumplimiento de las condiciones necesarias para brindar un servicio de calidad que incluye la capacitación al personal médico y de enfermería sobre las normas de atención y clasificación de riesgo de la embarazada.

Por lo tanto, es de suma importancia efectuar el análisis y la caracterización de las mujeres que han sido víctimas de muerte materna en los últimos años en Costa Rica, desde la perspectiva de los aspectos biológicos, sociales y educativos de la atención obstétrica y el enfoque de las tres demoras. Todo esto permitirá, no solo identificar los determinantes que inciden en estas muertes, sino exponer tanto fortalezas como debilidades en el proceso de recolección y análisis de datos que conllevan a la construcción y ejecución de planes contingentes a fin de mejorar el proceso. Sin embargo, actualmente no se ha podido lograr

que este proceso de recolección y análisis de datos de cada una de las muertes maternas sea lo suficientemente oportuno, debido al tiempo de investigación para determinar una muerte materna y al instrumento utilizado actualmente para recolectarla.

Es importante aclarar que, inicialmente se pretendía efectuar el análisis de cada una de las muertes maternas reportadas en Costa Rica desde el 2012 al 2016; sin embargo, al iniciar este estudio se solicitaron los datos más actuales a la Comisión de Muerte Materna, la cual indica que no se cuenta con el reporte y análisis finalizado de las muertes del 2016, lo que genera que se ajuste la investigación hasta el 2015.

Además, el vaciamiento de los datos es sumamente complejo, debido a que el instrumento utilizado para la recolección de la información es bastante amplio y abarca aspectos valiosos para el análisis de cada muerte materna; no obstante, al utilizar el formato de preguntas abiertas, el profesional tiene la oportunidad de declarar múltiples criterios que no corresponden a un formato limitado de respuestas, lo que dificulta la tabulación de la información y el análisis de los resultados

Por lo expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta que al día de hoy se usa el mismo instrumento para el análisis de las muertes maternas, la investigación se realiza con la información disponible para el 2015, ya que al no contar con un instrumento de respuestas predeterminadas, la recolección y tabulación de datos toma más tiempo de lo esperado y del disponible para la presentación de esta investigación de título de postgrado.

Por otra parte, debido a que se continúa con la aplicación de este instrumento, persiste la falta de información concreta, correcta y completa, pues su obtención queda sujeta al criterio del profesional que cumplimenta el instrumento, sin una guía que lo oriente al tipo de respuesta que se pretende; es decir, no se cuenta con un instrumento estandarizado que permita obtener la información de forma concisa para el análisis de los resultados.

**Tema**

- Características biológicas, sociales y educativas, y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna: un análisis desde el enfoque de las tres demoras. Costa Rica, 2012-2015.

**Problema de investigación**

Generar investigaciones que permitan analizar la mortalidad materna, uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, se torna día a día imprescindible; ya que, no solo representa una violación a los derechos humanos sino a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, además de que constituye el reflejo de deficiencias en los sistemas de salud de cada país.

Según Pacagnella et al. (2013) “Desde mediados de la década de los ochenta, la mortalidad materna ha ido adquiriendo importancia en las áreas de investigación y políticas” (p.1), por lo que a nivel internacional se cuenta con múltiples investigaciones. Entre ellas cabe mencionar a “Thaddeus y Maine, que reconocieron temprano que el tratamiento oportuno y adecuado de las complicaciones obstétricas, es un factor importante para disminuir las tasas de muertes maternas” (Pacagnella et al, 2013, p.1) mediante la implementación del modelo de las tres demoras en el análisis de la mortalidad materna. En este se estudian las deficiencias o demoras que se presentan desde el inicio de los síntomas hasta que la persona recibe atención por parte del personal de salud.

La constante investigación de la mortalidad materna desde el enfoque de las 3 demoras, permite la mejor comprensión de las fallas en los sistemas de salud y la implementación de políticas de salud en beneficio de la disminución de los riesgos maternos que comprometen la vida.

Sin embargo, a nivel nacional el panorama no es el mismo. Pese a que en el país se cuenta con múltiples instituciones encargadas de analizar cada muerte materna desde un enfoque de las tres demoras, no existen investigaciones nacionales que abarquen el tema de la mortalidad materna desde dicho enfoque en la atención obstétrica, que permitan determinar si el uso de este modelo es el más adecuado para el país o si se debe de realizar

un ajuste que ayude a la caracterización de las mujeres que han presentado una muerte materna.

Sin conocer las características biológicas, sociales, educativas y de la atención obstétrica de riesgo para las mujeres en estado grávido en Costa Rica, es imposible la implementación de estrategias en políticas de salud, que permitan la disminución de estos riesgos con base en evidencia científica.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las características biológicas, sociales y educativas, y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna desde el enfoque de las tres demoras. Costa Rica, 2012-2015?

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Determinar las características biológicas, sociales y educativas, y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna desde el enfoque de las tres demoras. Costa Rica, 2012-2015.

#### **Objetivos específicos**

1. Identificar los factores biológicos de las mujeres que presentaron muerte materna.
2. Describir los factores sociales y educativos de las mujeres que presentaron muerte materna.
3. Identificar las características de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna.

### **Hipótesis descriptiva**

Existen factores biológicos, sociales, educativos y de atención obstétrica que son considerados de riesgo para que acontezca una muerte materna.

# CAPÍTULO II

## MARCO REFERENCIAL

### **MARCO CONCEPTUAL.**

En el siguiente apartado se describen y analizan conceptos indispensables relacionados a mortalidad materna, los cuales van desde sus antecedentes históricos, las diferentes definiciones a lo largo de la historia, los indicadores de mortalidad materna a nivel mundial, los diferentes factores que impiden que una mujer reciba atención oportuna, los factores de riesgo, las características de la atención obstétrica en Costa Rica y las medidas tomadas a nivel nacional y mundial para la disminución de la tasa de mortalidad materna.

### **Mortalidad materna**

Para determinar las características biológicas, geográficas, socio-culturales, educativas y de la atención obstétrica, de las mujeres que presentaron muerte materna desde el enfoque de las tres demoras en Costa Rica, entre el 2012 y el 2015, es de suma importancia analizar la mortalidad materna desde sus antecedentes históricos, en los cuales, una muerte materna era subestimada e incluso considerada como natural; y cómo este panorama ha sido modificado a través del tiempo y de la sociedad, hasta lograr construir la definición actual de mortalidad materna; constructo indispensable de estudiar a lo largo del presente trabajo.

Para ello, se analiza la muerte materna no solo desde el enfoque de las tres demoras de salud, como factores que impiden que una mujer busque y obtenga atención médica oportuna; sino también desde los antecedentes históricos y definiciones hasta la actualidad, así como las causas más frecuentes, los factores de riesgo que contribuyen al incremento de la tasa de mortalidad materna, la visión sociocultural, médica e indicadores a nivel mundial y nacional respecto a esta pandemia y cómo afecta al neonato y al entorno familiar, la muerte de una madre.



### **Antecedentes históricos en torno a la mortalidad materna**

Desde la antigüedad, la muerte de una mujer en estado de gravídico y durante el parto y postparto era considerada, tanto por la sociedad como por los especialistas en la salud, como algo innato a dicha condición. Uribe (2008-2009) afirma que: “Hasta el Siglo XVII la muerte de la mujer durante el parto era una situación natural, casi esperada, inherente a su propia condición y función en la Sociedad y el matrimonio; un evento que venía con la esencia de la mujer, sino lograba superarlo, era sustituida por otra mujer, para realizar la procreación y no había problema” (p.1).

Esto era considerado natural hasta el nacimiento de la Obstetricia, la cual evidencia que lo considerado hasta entonces como común y esperado en una mujer en estado de embarazo, se debía a carencias en la atención médica brindada y en los conocimientos relacionados con la salud y el manejo del embarazo. Es por esto, que el nacimiento de la Obstetricia en el siglo XVII, según afirma Uribe (2008-2009)

(...) establece la importancia de la mujer en el parto, el objetivo de su sobrevivencia y el desarrollo del Arte de los Partos, con la consecuente participación del hombre, la tecnología y el conocimiento, con la mejor comprensión del Arte, su mecánica y la necesidad de actuar. El Siglo XIX marca el inicio de la aplicación de la Cirugía en la atención del parto, la incorporación de un instrumental toco quirúrgico múltiple y la búsqueda de mantener con vida, de ser posible, a la madre y al hijo. (p.1)

Conforme se construye el conocimiento en Gineco - Obstetricia, y durante el siglo XX con el avance en esta especialidad y la incorporación de la epidemiología y la estadística a esta rama se generan

(...) nuevas alternativas científicas para la sustitución del Arte de los Partos, el empleo de tecnología aplicada al desarrollo de la concepción, gestación y su solución, que hace olvidar la disyuntiva de:” la vida de la madre o la del producto”; y es hasta la mitad del siglo, después de la Segunda Guerra Mundial que se inicia el interés formal e internacional por la Muerte Materna. (Uribe, 2008-2009, p.1)

Sin embargo, y pese a todo este gran avance en la rama de la gineco- obstetricia, cada día continúan muriendo mujeres a causa del embarazo, parto y post parto, convirtiéndose en uno de los principales problemas por resolver de la salud pública mundial. Por esto, es importante analizar la muerte materna desde su definición (la cual es variable en el tiempo de acuerdo con la comunidad científica).

### **Definición**

La muerte materna es considerada uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, y representa una violación a los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Al analizar el concepto se establece que no es rígido, por lo que es necesario examinar su transformación a lo largo del tiempo, la cual según Uribe (2008), cambia de acuerdo con la: “visión social, económica, tecnológica y del conocimiento de cada época” (p.2).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CID-10), en 1992, la mortalidad materna se puede definir como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación de la gestación, independientemente de su duración y tipo del embarazo, por cualquier causa relacionada con este o agravada por el embarazo o su manejo, que no sea debida a causas accidentales o incidentales.

Con dicha definición era obligatorio distinguir entre una muerte materna incidental o directa y la muerte materna accidental o indirecta.

Para lo cual, Uribe (2008) ofrece las siguientes definiciones

**Muerte Obstétrica Directa:** Aquella resultante de complicaciones del embarazo, cualquiera que sea su momento (embarazo, parto y puerperio), de las intervenciones motivadas por el mismo, omisiones, tratamientos incorrectos o derivada de una cadena de eventos o resultado de cualquiera de los anteriores antes mencionados.

**Muerte Obstétrica Indirecta:** La resultante de una enfermedad o patología preexistente, o que su desarrollo durante el embarazo, cuyo origen no tiene relación directa con el embarazo, pero cuya evolución pueda ser agravada por los efectos fisiológicos del embarazo (p. 2).

Sin embargo, la correcta clasificación de la mortalidad materna en cada una de estas categorías “en muchos casos, no resulta sencillo, por las causales que pueden en ella intervenir; empezando por su adecuado registro” (Uribe, 2008, p.2).

Por ello, en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CID-10), según Uribe (2008.2009), se modifica el concepto de muerte materna por el de

Muerte relacionada con el embarazo como la muerte de la mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de finalizar la gestación, independiente de la causa de la muerte. Surgiendo el concepto de Muerte Materna Tardía, que sería la muerte de una mujer de una causa directa o indirecta, más allá de los 42 días, pero menos de un año de finalizar el embarazo. (p.5)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en el 2013 definió que la muerte materna de una mujer embarazada se podía deber cualquier causa o bien durante los siguientes 42 días a la conclusión del embarazo.

El concepto actual de muerte materna lo presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la siguiente forma

La muerte de una mujer durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (2015, p.9).

Esta definición tiene la función de clasificar y delimitar una muerte materna. En cuanto el periodo especifica que es la muerte de una mujer en periodo de gestación, parto y 42 días postparto. Con respecto a la causa aclara que puede ser de etiología relacionada o agravada por la condición del embarazo o por su atención; este último es un punto clave para analizar como profesionales de salud y excluye las causas accidentales y las incidentales, es decir, muertes ocurridas durante el embarazo pero no relacionadas con el mismo.

Una vez analizada la mortalidad materna desde su definición es importante determinar e investigar los indicadores de mortalidad materna a nivel nacional y mundial, con la finalidad de obtener una concepción más amplia de esta pandemia mundial.

## **Indicadores de mortalidad materna**

La medición exacta de la mortalidad materna sigue constituyendo un reto inmenso, pero el mensaje general está claro: “cada año siguen muriendo cientos de miles de mujeres debido a complicaciones del embarazo o el parto” (Organización Mundial de la Salud, 2015, p.10) y muchas de esas muertes continúan sin ser contabilizadas.

Sin embargo, el esfuerzo de diferentes países a nivel mundial, por contribuir con el cumplimiento de los Objetivos 20/30 en materia de promover la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer y mejorar la salud materna, ha generado políticas de salud para cerrar estas brechas y obtener cada día datos certeros en relación con la mortalidad materna.

Por esto, la Organización Mundial de la Salud (2015) documenta los siguientes indicadores de mortalidad materna a nivel mundial

- La Razón de Mortalidad Materna (RMM) mundial disminuyó en cerca de un 44% en los últimos 25 años. Pasando de una RMM de 385 por 100.000 nacidos vivos (intervalo de incertidumbre del 80% [II 80]2: 359 a 427) en 1990 a una RMM de 216 por 100.000 nacidos vivos (II 80: 206 a 249) en 2015.
- El número anual de muertes maternas disminuyó en un 43%, es decir, de aproximadamente 532 000 (II 80: 496 000 a 590 000) en 1990 a una cifra estimada de 303.000 (II 80: 291 000 a 349 000) en 2015.
- El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres en 1990 a 1 muerte por 180 mujeres en 2015.
- Aproximadamente el 99% (302 000) de las muertes maternas registradas en el mundo en 2015 se produjeron en las regiones en desarrollo; destaca el África subsahariana con cerca del 66% (201 000), seguida de Asia Meridional (66 000).
- La Razón de Mortalidad Materna (RMM) estimada disminuyó en todas las regiones de los Objetivos 20/30, entre 1990 y 2015, aunque la magnitud de esa disminución fue considerablemente diferente de una región para otra. La mayor reducción en ese periodo se observó en Asia Oriental (72%). A fecha de 2015, las dos regiones con

mayor RMM son el África subsahariana (546; II 80: 511 a 652) y Oceanía (187; II 80: 95 a 381).

- Por países, se estima que más de un tercio de las muertes maternas mundiales de 2015 se produjeron en Nigeria y la India: 58.000 (19%) y 45 000 (15%), respectivamente. Sierra Leona tiene la mayor RMM estimada: 1360 (II 80: 999 a 1980). Otros 18 países, todos ellos del África subsahariana, tuvieron RMM muy elevadas en 2015, con cifras estimadas que van de 999 a 500 muertes por 100.000 nacidos vivos: República Centroafricana (881; II 80: 508 a 1500), Chad (856; II 80: 560 a 1350), Nigeria (814; II 80: 596 a 1180), Sudán del Sur (789; II 80: 523 a 1150), Somalia (732; II 80: 361 a 1390), Liberia (725; II 80: 527 a 1030), Burundi (712; II 80: 471 a 1050), Gambia (706; II 80: 484 a 1030), República Democrática del Congo (693; II 80: 509 a 1010), Guinea (679; II 80: 504 a 927), Côte d'Ivoire (645; II 80: 458 a 909), Malawi (634; II 80: 422 a 1080), Mauritania (602; II 80: 399 a 984), Camerún (596; II 80: 440 a 881), Malí (587; II 80: 448 a 823), Níger (553; II 80: 411 a 752), Guinea-Bissau (549; II 80: 273 a 1090) y Kenya (510; II 80: 344 a 754).
- Los dos países con mayor riesgo estimado de muerte materna a lo largo de la vida son Sierra Leona, con un riesgo aproximado de 1 por 17, y el Chad, con un riesgo aproximado de 1 por 18. El riesgo estimado de muerte materna a lo largo de la vida en países con ingresos elevados es de 1 por 3300, en comparación con 1 por 41 en los países de ingresos bajos.
- Las emergencias humanitarias emergentes y las situaciones de conflicto, posconflicto y desastre suponen importantes obstáculos a los progresos en la reducción de la mortalidad materna. En esas situaciones, la descomposición de los sistemas de salud puede causar un aumento espectacular de las muertes debidas a complicaciones que podrían tratarse fácilmente en condiciones estables.
- En los países clasificados como estados frágiles, el riesgo estimado de mortalidad materna a lo largo de la vida es de 1 por 54.

- Aproximadamente un 1,6% (4700) de las muertes maternas mundiales son muertes maternas indirectas relacionadas con el sida. En el África subsahariana la cifra estimada asciende al 2,0%, lo cual significa que la RMM indirecta relacionada con el sida es de 11 muertes por 100.000 nacidos vivos. En 2015 son cinco los países en los que las muertes maternas indirectas relacionadas con el sida son iguales o superiores al 10%: Sudáfrica (32%), Swazilandia (19%), Botswana (18%), Lesotho (13%) y Mozambique (11%).

Los datos anteriormente expuestos permiten realizar un análisis comparativo de la situación de la mortalidad materna en Costa Rica con respecto a diferentes países a nivel mundial, que a futuro ayuden a rectificar o establecer medidas sanitarias a fin de disminuir la tasa de mortalidad materna en nuestro país. Por lo tanto, es necesario examinar los factores que impiden que las mujeres busquen y/o reciban atención médica oportuna, los factores de riesgos y los causantes de la mortalidad materna, entre otros.

#### **Factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención**

Los factores que influyen en que una mujer en estado de embarazo no busque y reciba atención oportuna durante el embarazo, parto y post parto son múltiples. Según la Organización Mundial de la Salud (2016), dentro de los más relevantes se encuentran

- La pobreza
- La distancia
- La falta de información
- La inexistencia de servicios adecuados
- Las prácticas culturales

Según el análisis de diversos estudios, para mejorar la salud de la mujer y disminuir de esta forma la mortalidad materna es indispensable identificar y eliminar los obstáculos para acceder a servicios de salud y brindar atención médica materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

Uribe (2008 -2009) afirma que

Las mujeres mueren por la combinación de factores económicos, políticos, sociales, ideológicos, culturales y de nivel educativo que les impide tener acceso a métodos de Planificación Familiar, en especial de Anticoncepción, Educación Sexual, reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, para tener embarazos deseados en las mejores condiciones para su Maternidad Segura y Responsable. (p.8)

Por lo cual, se considera indispensable analizar cómo cada uno de los factores anteriormente mencionados intervienen en que una mujer reciba atención médica oportuna y de calidad antes y durante el embarazo, parto y post parto.

A nivel mundial, uno de los principales problemas es la pobreza; por lo cual, se iniciará considerando cómo está imposibilita que las mujeres reciban atención oportuna y de calidad y por ende, incrementan las tasas de mortalidad materna.

**La pobreza.** Según la Organización Mundial de la Salud (2019): “Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada” (párr. 16 ) Diversos estudios identifican que en estas zonas existe déficit de personal especializado que brinde la atención requerida por una mujer en estado de embarazo. Adicional a lo anterior intervienen factores como la distancia que se debe de recorrer en busca de centros especializados, lo que dificulta la accesibilidad a los servicios de salud.

“Tan solo el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada” (OMS, 2019, párr.16 ), factor que influye significativamente en la Tasa de Mortalidad Materna a nivel mundial.

Según informes de la OMS (2019):“solamente el 40% de las embarazadas de países de ingresos bajos realizaron las consultas prenatales recomendadas” (párr.17), lo cual disminuye la posibilidad de un buen control prenatal, a fin de detectar factores de riesgo durante el embarazo y el parto, e incrementa la posibilidad de complicaciones maternas y muerte.

Esto se da en contraposición a los países de ingresos elevados, en donde prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, lo que genera mayor vigilancia y por ende, detección temprana de factores de riesgo y disminución de posibles complicaciones.

Como queda expuesto, la pobreza juega un papel determinante en la posibilidad con la que cuenta un país, de ofrecer a la población, personal de salud calificado y especializado, que permita herramientas como un control sanitario óptimo y de calidad, y la educación necesaria para identificar factores de riesgo y contribuir de esta forma a la disminución de las tasas de mortalidad materna.

***La distancia y acceso a los servicios de salud.*** La OMS (2016) señala que a pesar de que el Derecho a la salud implica que todas las personas cuenten con acceso a los servicios de salud, y es una obligación del Estado velar por el cumplimiento de este derecho, actualmente en la mayoría de los diferentes países a nivel mundial no se cumple con este derecho.

Según diferentes estudios, la dificultad de brindar acceso a los Servicios de salud a toda la población radica en la pobreza, que no solo impide el establecimiento de centros especializados a lo largo de un país, lo cual implica que muchas personas tengan que recorrer grandes distancias para acceder a atención especializada; sino que también se debe a inconvenientes en temas de seguridad social, que van desde la falta de empleo, lo que impide acceder al seguro social, hasta la imposibilidad de pagar por un seguro privado, en los países en los que el Estado evade la obligación de la seguridad social.

Según Uribe (2008-2009), si se toma en cuenta que la falta de acceso a los servicios de salud es un factor más: “ (...) que indica la pobreza y su nivel, nos damos cuenta del drama al parecer irresoluble que implica romper con el Círculo del Desastre, que solo se podrá llevar a cabo con Políticas Nacionales orientadas a realizarlo” (p.8).

Por esta razón, dentro de los Objetivos 20/30 está erradicar la pobreza extrema y el hambre, ya que de este se despliega el logro de las siguientes metas tales como mejorar la salud materna y reducir la tasa de mortalidad materna a nivel mundial.



***La falta de información.*** El nivel educativo con el que cuente una mujer, le permite o le impide tener acceso a información y educación sexual, desde el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, que abarcan el conocimiento de métodos de planificación familiar y anticoncepción, hasta lograr que la mayoría de los embarazos sean deseados, brindando mejores condiciones para una Maternidad Segura y Responsable. (OMS, 2016)

El acceso a la información es una herramienta que le permite a la persona tomar conciencia y ser vigilante de su estado de salud, estar alerta a factores de riesgo y decidir oportunamente la búsqueda de atención médica sanitaria, a fin de disminuir complicaciones por falta de conocimiento.

Por esta razón, la educación como quehacer de enfermería es indispensable para formar personas guardianas de su salud y con las herramientas para involucrarse en la toma de decisiones con respecto al cuidado médico recibido. Así se evita que cada día uno de cada cuatro bebés nacidos en el mundo, lo haga sin atención médica especializada. (OMS, 2016)

***La inexistencia de servicios adecuados.*** Algunos establecimientos que brindan atención obstétrica integral de emergencia reciben un gran número de casos de mujeres en graves condiciones; pero a menudo no cuentan con políticas claras que establezcan en qué consiste un tratamiento adecuado para los trastornos que pueden poner en riesgo sus vidas. En países de bajos recursos, la mala calidad de la atención que se brinda, incluso en establecimientos terciarios, contribuye a la mortalidad materna ya sea directamente (porque sus estándares de atención de emergencia están por debajo del nivel óptimo) e indirectamente (porque impiden el uso del servicio de salud). La mala calidad de los servicios influye a su vez, en la toma de decisiones de las mujeres y reduce la posibilidad de una atención oportuna. (Carvalho et al., 2012)

Por esa razón, es indispensable que las instituciones sanitarias no solo cuenten con protocolos establecidos para cada una de las patologías y complicaciones que pueda presentar una mujer durante el embarazo, el parto y el post parto; sino también que el personal tenga conocimiento de ellos, y esté en la capacidad de poner en práctica estas políticas.

***Las prácticas culturales.*** Según Uribe (2008 -2009) la cultura

(...) es un factor que arrastra una amalgama de circunstancias que van desde la incredulidad sobre los fenómenos biológicos como la menstruación, la gestación, el parto y el puerperio, el coito y otros como la desnudez, la confianza en el Médico y la Medicina Científica, los mitos alrededor del sexo, la religiosidad, la anticoncepción, etc., hacen de los grupos sociales, sujetos vulnerables a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se conjuga con la existencia de rezagos étnicos que impiden la incorporación de los diversos grupos sociales a las estructuras de la modernidad (p.7).

Las prácticas culturales constituyen un factor que en múltiples ocasiones dificultan que una mujer gestante busque y reciba atención oportuna durante el embarazo, parto y post parto, ya que en muchos casos no llevan el control prenatal requerido para velar por la adecuada evolución del embarazo y la detección de factores de riesgo; además de que los partos son realizados en condiciones insalubres y sin el debido control de personal calificado; lo que conlleva al aumento de la mortalidad materna.

Se puede observar cómo todos los factores antes mencionados influyen en el incremento de la tasa de mortalidad materna, tanto a nivel nacional como mundial, por lo cual es trascendental estudiar, aunado a los factores expuestos, cuáles son las causas de mayor frecuencia de mortalidad materna y su correlación.

### **Causas de mortalidad materna**

Según datos de la OMS (2016), tan solo un 51% de los países cuenta con información sobre las causas de muerte materna; sin embargo, el análisis de estos datos también permite determinar que el 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas y que: "... las causas de la mortalidad materna están directamente relacionadas con la accesibilidad, la oportunidad de las intervenciones, los costos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales" (Ordaz-Martínez et al., 2010, p.357), tal y como se ha analizado en el apartado anterior.

Según diferentes estudios, cada día continúan muriendo mujeres a causa de complicaciones producto del embarazo, el parto y el post parto. La mayoría de esas

complicaciones, aparecen durante la gestación y son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. (OMS, 2016)

Por esta razón, el fomento de un adecuado control prenatal y planificación familiar resultan cruciales para detectar y tratar patologías, previo y durante la gestación, a fin de disminuir complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, y ofreciendo de esta forma, calidad de vida durante todo el proceso.

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, según la OMS (2016) son las siguientes

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
  - Las infecciones (generalmente tras el parto)
  - La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
  - Las complicaciones en el parto
  - Los abortos peligrosos

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas. Sin embargo, según la OMS (2016), la mayoría de estas muertes son evitables pues existen soluciones profilácticas y terapéuticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Por esta razón, se insiste en un control prenatal temprano y a cargo de un profesional de salud capaz de determinar y detectar factores de riesgo.

***Las hemorragias e infecciones.*** Corresponden a la primera y segunda causa de muerte materna a nivel mundial.

De acuerdo con datos brindados por la OMS (2016) entre el 2003 y el 2009, las hemorragias fueron la causa del mayor número de muertes maternas y se estableció como la causa de más del 27% de las muertes maternas en las regiones en desarrollo y del 16% en las regiones desarrolladas.

Según el análisis de Uribe (2008-2009)

La Hemorragia y la Infección son las causas primordiales que llevan a la muerte a una mujer en la etapa reproductiva. Y están relacionadas con una intervención tardía, inseguridad, manejo no definitivo, todos relacionados con impericia, falta de recursos, falta de experiencia, burocratismo excesivo, ausencia de normas de manejo, falta de supervisión, equipos médico-quirúrgicos deficientes y faltos de colaboración, falta de cooperación de la paciente, reticencia de la familia o la sociedad (p.9).

Como se puede observar, ambas causas son prevenibles y tratables por parte de personal de salud capacitado, bajo protocolos de salud; y no deberían representar un porcentaje tan elevado como causa de muertes maternas. Inclusive, ante una emergencia hemorrágica durante el embarazo, el parto o el post parto, la atención especializada inmediata y oportuna y la capacidad resolutive por parte de personal capacitado, es indispensable para determinar la causa y el tratamiento adecuado a fin de disminuir la hemorragia y hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

***La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia).*** Corresponde a la tercera causa de muerte materna a nivel mundial según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud.

El caso de la Pre-Eclampsia, Eclampsia o Enfermedad Vascular del Embarazo, como ahora se denomina, significa la falta de Control Prenatal, en cualquiera de sus condicionantes, un factor definitivo es la colaboración de la paciente, su pareja y la existencia de vínculos interpersonales, que favorezcan el acceso a la Atención Médica, así como la influencia de los padres de ambos cónyuges para aceptar la evolución de la gestación y la Atención Médica Científica. (Uribe, 2008-2009, p.10)

Las políticas sanitarias, los protocolos de atención materna y control prenatal, entre otros, forman parte de las herramientas para detectar signos y síntomas de las principales patologías antes mencionadas, que están generando las muertes maternas a nivel mundial.

***Las complicaciones en el parto y los abortos peligrosos.*** Las complicaciones en el parto (como el parto obstruido) y los abortos peligrosos constituyen respectivamente la cuarta y quinta causa de muerte materna a nivel mundial. Y para ambas, la atención por parte de personal calificado es indispensable para velar por la seguridad materna. Con respecto al tema la OMS (2005) señala que las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de las muertes maternas.

Según la OMS, en el 2006 solo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de parteros calificados. Esto significa que 50,000,000 de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia.

La presencia de personal calificado en la atención de salud de la mujer, preconcepcional, prenatal, parto y postparto, permite el manejo adecuado, el uso de técnicas y medidas sanitarias para la determinación oportuna de riesgos obstétricos en una mujer, así como el seguimiento y la disminución al máximo de estos y/o sus complicaciones durante los procedimientos que puedan conllevar a una futura muerte. Por esta razón, se considera fundamental el análisis de los factores de riesgo de la mortalidad materna en el siguiente apartado.

### **Factores de riesgo de mortalidad materna**

“Los riesgos están relacionados con diferentes condiciones, desde los antecedentes biológicos, hereditarios, psicológicos, socioeconómicos, culturales, emocionales, ambientales y de comportamiento, así como con el acceso a los servicios de atención a la salud” (Cataño, 1992, pp.190-191), que hacen a una persona vulnerable y más propensa, según este análisis, específicamente a sufrir una muerte materna.

En la actualidad, se cuenta con evidencia científica de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud. Según Ordaz-Martínez, et.al (2010): “Los riesgos están relacionados con diferentes condiciones, desde los antecedentes biológicos, hereditarios, psicológicos, socioeconómicos, culturales, emocionales, ambientales y de comportamiento, así como con el acceso a los servicios de atención a la salud”(p.358). Por esto, se considera importante el

análisis de las características biológicas, sociales, educativas y de la atención obstétrica, y cómo están directamente relacionadas con la mortalidad materna.

**Características biológicas.** Son factores inherentes a la fisiología del organismo como antecedentes patológicos o quirúrgicos personales, gineco-obstétricos, desarrollo de embarazo actual, multiparidad, intervalo intergenésico, antecedentes patológicos familiares, antecedentes no patológicos personales, así como patologías desarrolladas durante el embarazo, que ponen en riesgo su óptimo desarrollo y culminación.

También se registran las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia), que corresponde a la tercera causa de muerte materna; las complicaciones en el parto, como el parto obstruido y los abortos peligrosos; que constituyen respectivamente la cuarta y quinta causa de muerte materna a nivel mundial. De ahí la importancia del análisis de las características biológicas en relación con la muerte materna.

**Antecedentes heredo- familiares.** Los antecedentes hereditarios son factores de riesgo que hacen que una persona sea más propensa a desarrollar alguna patología. Por esta razón, es necesario que el personal de salud cuente con un historial clínico detallado y los conozca, a fin de permanecer atento a signos y síntomas de alerta que puedan poner en riesgo el desarrollo óptimo del embarazo.

**Antecedentes patológicos personales.** Dentro de los antecedentes patológicos personales de alto riesgo obstétrico se encuentran:

**Hipertensión arterial.** Durante la gestación es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad entre otras complicaciones perinatales. Este concepto es válido tanto en los países industrializados como para aquellos en desarrollo. Su frecuencia en algunas regiones del mundo puede alcanzar hasta un 35%. (Schwarcz, 2014)

Por ello es importante un control prenatal adecuado a lo largo del embarazo, parto y post parto, así como la clasificación de la paciente en alto riesgo obstétrico para un seguimiento más cercano.

*Diabetes mellitus.* La diabetes gestacional parece causar un gran impacto sobre la salud perinatal y reproductiva, al menos en los países en vías de desarrollo. Cuando no es reconocida ni tratada oportunamente, parece elevar la incidencia de mortalidad perinatal, macrosomía fetal, hipoglucemia neonatal y también de obesidad e hipertensión arterial en los hijos de las madres. Además puede inducir diabetes materna en forma permanente. Aproximadamente 30% a 40% de las madres con diabetes gestacional desarrollan diabetes clínica manifiesta antes de que transcurran los 10 primeros años posteriores al parto. (Schwarcz, 2014).

Esta patología aumenta significativamente el riesgo de mortalidad materna dado el frecuente desarrollo de preeclampsia, polihidramnios y partos pretérmino, por lo cual, al ser detectada requiere un mayor control por parte del profesional de salud, ya que implica mayor riesgo de parto traumático y por ende intervenciones quirúrgicas en el parto. También aumenta en el parto la frecuencia de roturas prematuras de las membranas, distocia de hombros y desgarros perineales por el tamaño del feto. (Schwarcz, 2014)

*Cardiopatías.* La asociación entre cardiopatía y el embarazo oscila entre el 1% al 4%. En la mayoría de los países latinoamericanos, las cardiopatías ocupan el primer lugar en la lista de causas obstétricas indirectas de mortalidad materna. Los riesgos para la vida de la embarazada y la de su hijo están aumentados, aunque la mayor parte de las mujeres con enfermedad cardíaca cursan embarazos sin mayores dificultades. (Schwarcz, 2014)

El embarazo, bajo estas condiciones, implica el desarrollo de problemas clínicos especiales, que deben de ser conocidos por parte del profesional de salud y tratados en un control prenatal de alto riesgo obstétrico en conjunto con cardiología.

*Tuberculosis.* No es más frecuente en la gestante que en la no embarazada, lo cual depende del nivel socioeconómico y especialmente de su estado nutricional. El embarazo no influye desfavorablemente en el curso de la enfermedad ni altera las exigencias terapéuticas de la mujer tuberculosa. El estado de gravidez solamente coloca a la mujer tuberculosa en la necesidad de una más intensa vigilancia clínica y obstétrica durante su transcurso, el parto y el puerperio. (Schwarcz, 2014)

Se analiza el riesgo de muerte materna al desarrollar dicha patología en estado de gravidez, ya que forma parte de los antecedentes patológicos personales por estudiar por parte del Ministerio de Salud ante una muerte materna en Costa Rica.

*Cáncer.* “Los tumores malignos más frecuentemente asociados al embarazo son los de mama, cérvix, linfomas, melanomas, tiroides, colorrectales y ováricos” (Schwarcz, 2014, p.378). Para determinar su relación con el embarazo y el riesgo de mortalidad materna, se analizará en primer lugar el cáncer de cérvix (cuello de útero) que es el más frecuentemente asociado al embarazo. Su incidencia oscila entre 1 a 13 carcinomas invasores por cada 10.000 embarazos. Se considera que del 1 al 3% de los carcinomas invasores de cérvix se diagnostica cuando la paciente está embarazada y si se incluyen los 6 meses siguientes a la terminación de un embarazo, esa frecuencia asciende al 9% en algunas series y al 39% si se considera el año que precede al diagnóstico. Además, aproximadamente 1.5 de todas las neoplasias cervicales se asocian con el embarazo. (Schwarcz, 2014). Por ser considerado el tipo de cáncer más frecuente encontrado durante el embarazo, es de suma importancia un control prenatal completo por parte del profesional de salud, que incluya el papanicolaou, a efectos de la detección temprana, control y tratamiento oportuno.

En segundo lugar se encuentra el cáncer de mama que aparece durante el embarazo o el año siguiente al parto con una frecuencia de uno en cada 3000 a 10.000 embarazos. Se estima que la incidencia de cáncer de mama asociado al embarazo: “aumente en los próximos años y algunos consideran que es de 1/1000 embarazos. El 0.2 a 3.% de todos los cánceres de mama se asocian con un embarazo. Si se toma en cuenta exclusivamente a las mujeres menores a los 30 años, el 18 % de los cánceres de mama se asocian con un embarazo (Schwarcz, 2014, p.384). Además, se establece que a mayor edad de la mujer embarazada, mayor incidencia de cáncer de mama. Por esta razón, se hace énfasis en un adecuado y completo control prenatal que incluya examen físico de la paciente con especial detalle en búsqueda de masas, nódulos mamarios y/o secreciones del pezón y la educación a la paciente en el autoexamen de mamas.

Finalmente se presentan los tumores de ovarios que se pueden encontrar en el 0.5 a 1% de los embarazos. La gran mayoría que se diagnostican en el embarazo corresponden a



lesiones no neoplásicas, que habitualmente involucran espontáneamente en las primeras 12 a 14 semanas. De las que persisten, un cuarto son no neoplásicas y tres cuartos son neoplásicas; mientras que la incidencia de complicaciones de los tumores ováricos en el embarazo es elevada. (Schwarcz 2014)

Esta evidencia científica, que relaciona el embarazo con el desarrollo de diferentes tipos de cáncer del sistema reproductor femenino y mamas, hace hincapié en la importancia de un control prenatal temprano, completo y por parte de personal calificado, que permita la detección oportuna y disminuya el riesgo de mortalidad materna.

*Antecedentes gineco-obstétricos.* Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos de importancia y su relación con la mortalidad materna se encuentran los que se presentan a continuación.

*Paridad.* Con respecto a la paridad es importante analizar la primiparidad y multiparidad en relación con riesgo de mortalidad materna.

- *Primiparidad precoz:* se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los 19 años. El embarazo de las adolescentes es un problema principalmente sociológico con consecuencias médicas. Los riesgos obstétricos para las adolescentes son la pobreza, la alimentación inadecuada y la salud deficiente antes del embarazo. Estos factores de riesgo incluyen nutrición deficiente, el hábito de fumar, el abuso del alcohol y las drogas e infecciones genitales; además de un aumento significativo de partos pretérmino, así como hemorragias post parto. El embarazo sorprende a la joven con un aparato genital insuficientemente desarrollado, por lo que puede haber abortos o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido. En el parto pueden sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano y aquí, como en el alumbramiento, pueden originarse anomalías por deficiencias de la contracción uterina. (Chiriboga, 2012)

- *Primiparidad tardía:* cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30 años, se la rotula de primípara añosa. El útero que durante años ha estado recibiendo periódica y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales: elasticidad y contractilidad, al sufrir degeneración fibrosa. La falta de extensibilidad del músculo uterino

puede ser causa de interrupción de la gestación. En el parto y alumbramiento, el útero se contrae con escasa energía (inercia, hemorragias consecutivas). La articulación del cóccix es anquilostoma. Las partes blandas (cuello, vagina, vulva y periné) ofrecen excesiva resistencia porque han perdido su elasticidad y blandura, ello acarrea prolongación y detención del parto (por anomalías en la dilatación), desgarros o estallidos, hemorragias del alumbramiento, mala involución uterina e intervenciones frecuentes. (Chiriboga, 2012)

- Multiparidad: constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio que se relaciona estrechamente con la morbimortalidad materna, según estudios realizados por diferentes autores, quienes refieren que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuye su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía y produce complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta, desgarros de las partes blandas, sangrados post parto por atonía uterina. (Chiriboga, 2012)

La literatura anteriormente citada deja en evidencia la importancia de un útero con las condiciones idóneas y apto para el desarrollo del embarazo, que soporte y responda adecuadamente durante el parto para prevenir complicaciones que eleven el riesgo de mortalidad materna.

- Abortos: según Chiriboga (2012): “Entre las primeras complicaciones del aborto se observan: perforaciones traumas, hemorragias, sepsis y retención de los productos de la concepción” (p.9). Por otra parte, las secuelas posteriores del aborto pueden ser la infertilidad, el síndrome de Asherman, incompetencia cervical, embarazo ectópico, isoinmunización a Rh y efectos psicológicos. De esta forma, el aborto constituye un factor de riesgo de mortalidad materna y el riesgo aumenta si se practica clandestinamente en países en los que el aborto aún es ilegal.

- Intervalo intergenésico: es el periodo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto y aborto) y el inicio del actual. Cuanto menor es el periodo intergenésico, mayor es la incidencia de niños de bajo peso, con exámenes neurológicos anormales al año de vida y de mortalidad perinatal. (Schwarcz,2014)

Según Conde-Abguledo (2000) y Setty-Venugopal (2002), el intervalo más adecuado tanto para la madre como para el niño oscila entre los 3- 5 años.

**Características sociales y educativas.** Hacen referencia a aspectos sociales como edad, residencia, nacionalidad, estado civil, ocupación y aspectos educativos, como grado de escolaridad.

Según Mazza, Vallegos y González (2012): “Estos factores están relacionados no solo con la carencia de dinero, sino con el desempleo, la ausencia o bajo nivel educativo y la carencia de vivienda adecuada, en condiciones de hacinamiento y pobres condiciones sanitarias, falta de una pareja que le brinde apoyo y protección” (p.257).

Y la residencia en zonas alejadas, con dificultades de transporte y vías en malas condiciones, constituye una barrera importante para la posibilidad de acceder oportunamente a servicios de salud; lo cual es una determinante importante en la segunda demora de atención.

Se analizarán estadísticas a nivel nacional en relación con cada uno de los factores sociales y educativos que pueden conllevar a una muerte materna.

**Residencia.** Según datos de INEC (2017) presentes en el documento “Mortalidad materna y su evolución reciente”, y específicamente en la tabla Razón de mortalidad materna según provincia 2007- 2016 por 10.000 nacimientos

- De la totalidad de las muertes maternas documentadas entre los años 2012 -2015, la provincia de mayor índice de mortalidad materna a nivel nacional corresponde a Limón con una razón de mortalidad materna de 14.8; Cartago con 13.8; Guanacaste con 13.6; San José con 11.4, Alajuela con 8.1, Heredia con 7.6, y con un menor índice de mortalidad materna, Puntarenas con una razón de 6.8.
- La provincia de Heredia no registra muertes maternas en el 2013 y el 2015.
- La provincia de Puntarenas no registra muertes maternas en el 2014.
- El año de menor índice de mortalidad materna corresponde al 2013

A partir de los datos anteriores se puede establecer que la residencia influye en la accesibilidad a servicios de salud oportunos y por ende, tiene relación directa con riesgo de mortalidad materna.

**Nacionalidad.** Según refiere el INEC (2017)

(...) la condición de inmigrante o extranjera puede limitar en ocasiones el acceso a una atención de salud oportuna y de calidad, dado que la condición de inmigrante irregular puede estar asociada a dificultades en el acceso a condiciones de vida dignas, acceso oportuno a servicios de salud, por factores como jornadas de trabajo extenuantes, limitados recursos económicos o temor de ser reportados por su condición irregular. Así como la ausencia de redes de apoyo familiar para el cuidado adecuado del posparto y de la persona recién nacida. (p.23)

Por lo tanto, esta condición vuelve vulnerable a la mujer inmigrante o extranjera en estado grávido, y constituye un factor de riesgo para una muerte materna. Dentro de este grupo vulnerable, en Costa Rica también se engloba a las mujeres indígenas, las cuales, muchas veces no cuentan con condiciones laborales, de vivienda, de acceso a servicios de salud para llevar un adecuado control prenatal y un mínimo de consultas prenatales para embarazo de bajo riesgo. Condiciones causantes de que entren en juego las tres demoras en los servicios de salud, ya que como explica De la Torre (2006), en su artículo “Control de la gestación de inmigrantes

La mayoría de mujeres inmigrantes hacen un escaso uso de los servicios sanitarios y en la atención prenatal, con consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas, en comparación a las nativas. Las mujeres inmigrantes acuden para el control de su embarazo en el segundo trimestre de la gestación (semana 18), mientras que las gestantes nacionales lo hicieron en el primer trimestre (semana 11). Por otro lado, el grupo de gestantes inmigrantes acuden al hospital con el parto más avanzado, siendo significativa la mayor incidencia de parto en expulsivo. Las gestantes peor controladas acuden menos veces para una finalización programada y con más frecuencia con parto en expulsivo y extra hospitalario. (p.55)

Lo anterior determina una mayor morbilidad materna y perinatal, lo cual es evidenciado en estudios del INEC (2017), en donde se establece que la razón de mortalidad materna por nacionalidad de la fallecida es de 3,64, por cada diez mil nacimientos, para las

mujeres de nacionalidad nicaragüense, mientras que las costarricenses refieren un 2,79; lo que señala que la nacionalidad tiene relación directa con el riesgo de muerte materna.

**Edad.** Según datos del INEC (2015): “(...) se evidencia que son las mujeres mayores de 30 años quienes presentan una mayor probabilidad de experimentar una muerte materna, a pesar de que este grupo tiene una menor cantidad de población expuesta al riesgo de experimentar el embarazo, parto y puerperio, dado su menor aporte en el total de nacimientos” (p. 14).

Según datos científicos, la edad es considerada un factor de riesgo para el desarrollo, aumento y diagnóstico de patologías personales dentro de las que cabe mencionar: hipertensión, diabetes y/o enfermedades cardiovasculares; las cuales son causas directamente relacionadas con la mortalidad materna.

También el estudio documenta en relación con la cantidad de muertes maternas presentadas en el 2015, que el 20% corresponde a mujeres menores de 25 años, el 25% a edades entre los 25 y 29 años, el 30% a edades entre los 30 y 34 años y el 25% a mujeres mayores de 35 años; lo que establece que la edad tiene relación directa y es un factor de riesgo en la mortalidad materna.

**Estado civil.** En el estudio del INEC (2015)

(...) se observa que, las mujeres no unidas tienen una probabilidad de muerte mayor que las unidas, no obstante, esta brecha no es tan significativa para el caso de Costa Rica, donde para ambas categorías, ocurrieron aproximadamente 3 muertes maternas por cada diez mil nacimientos, correspondiente a una razón 2.5 para las mujeres unidas y 2,9 para las mujeres no unidas. (pp.18-19)

Además, también se hace referencia a que

Otra variable demográfica que constituye un factor de riesgo asociado a la mortalidad materna es el estado conyugal. Precisamente, entre los factores de riesgo, algunas condiciones socioeconómicas expresadas a través del estado civil soltera, bajo nivel de estudios, ocupación en tareas domésticas, falta de servicios sanitarios y nacimientos están muy ligados a la muerte.(INEC, 2015, pp.17-19)

Lo anterior determina que las mujeres unidas tienen una probabilidad de muerte mayor que las solteras y que el hecho de contar con una pareja en esta etapa de la vida reproductiva de la mujer no está asociado a un menor riesgo ante la muerte.

**Ocupación.** En el estudio del INEC (2015) se realiza un análisis según la condición de actividad de la fallecida, y se determina que: “La mayor cantidad de muertes maternas corresponden a mujeres desempleadas o fuera de la fuerza de trabajo (65%), un 30% a trabajadora fuera del hogar y un 5% ignorado” (p.18); lo cual documenta que el desempleo como factor de riesgo de muerte materna tiene significancia estadística.

También indica que en el 2015, sobresale el hecho de que 13 de las 20 mujeres fallecidas, no contaba con un trabajo remunerado por estar fuera de la fuerza de trabajo (65,0%), 6 de ellas (30,0%) sí lo tenían y una no se conocía su condición de actividad (5,0%).

Asimismo, el INEC (2014) determina que: “El contar con un trabajo remunerado generalmente facilita a las mujeres el ejercicio de su autonomía económica, la cual trasciende la independencia financiera, dado que conlleva de manera implícita, el acceso libre a la seguridad social directa” (p.17).

En este estudio se identificó que 16 de las 21 mujeres no contaban con un trabajo remunerado (76,2% de las muertes); no obstante, 5 de estas mujeres (23,8%) sí lo tenían.

Por lo tanto, contar con autonomía económica y accesibilidad a seguridad social directa influye positivamente en la disminución de la mortalidad materna. Y por ende, la ocupación tiene relación directa con la mortalidad materna.

**Características de la atención obstétrica.** “En cuanto a las características de la atención obstétrica hacen referencia a las debilidades en la organización sanitaria que determinan limitaciones en el acceso, la disponibilidad, la oportunidad y calidad de la atención” (Mazza, Vallegos y González, 2012, p.257), y abarca aspectos importantes como atención por parte de personal calificado, captación temprana, control prenatal, cantidad de consultas, exámenes de rutina y especializados requeridos, maniobras de obstetricia practicadas, tipo de profesional que brindó la atención, calificación de riesgo obstétrico,

atención prenatal parto y puerperio y tiempo transcurrido entre la complicación de un paciente y la atención por parte del personal.

**Control prenatal.** Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño. (Schwarcz, 2014)

Schwarcz (2014) define un control prenatal óptimo como aquel: “control adecuado en cantidad, calidad, contenido y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es claro ejemplo de promoción de salud y de medicina preventiva” (p.175).

La guía de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense de Seguro Social (2009), define la atención prenatal como

Una de las estrategias más importantes para favorecer la salud de las mujeres y los niños, ya que permite evitar las discapacidades y la muerte. Es un conjunto de actividades que deben de realizar los servicios de salud, en los diferentes ámbitos de acción, que permiten asegurar condiciones adecuadas en relación al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijos.(...) tiene como propósito identificar condiciones de riesgo. (p.19)

Por otro lado, Schwarcz (2014), señalan que un control prenatal eficiente debe de cumplir con cuatro criterios:

- Precoz o temprano
- Periódico o continuo
- Completo o integral
- Extenso o de amplia cobertura

Y la guía de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica (2009), amplía a un quinto criterio de efectividad:

- Con enfoque de riesgo

A continuación se profundizará en las siguientes características del control prenatal eficiente.

*Precoz.* El control prenatal deberá de iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. (Schwarcz, 2014)

Además, facilita la detección de factores de alto riesgo obstétrico de manera oportuna y de esta forma se pueden tomar acciones concretas, vigilancia y control riguroso que permiten garantizar la adecuada evolución del embarazo y su culminación satisfactoria.

*Periódico.* La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo y la gravedad del problema; lo ideal es que el primer control se realice precozmente en el primer trimestre (menos de 13 semanas); el siguiente entre las semanas 23 y 27 y luego uno cada 4 semanas a partir de la semana 27. (Schwarcz, 2014)

Sin embargo, en Costa Rica, según la Guía de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica (2009), el control prenatal de bajo riesgo se debe de guiar por el siguiente esquema:

- Durante las primeras 32 semanas, se hará un control prenatal cada seis semanas.
- De la semana 32 a la 38, los controles se harán cada tres semanas.
- De la semana 39 a la 41, los controles se harán cada semana.
- A las 41 semanas o más, deberá referirse a la mujer al siguiente nivel de atención (II o III) que tenga la capacidad resolutoria para realizar el Perfil Biofísico Fetal.

Al educar a la población en la importancia de cumplir periódicamente con el esquema de control prenatal establecido por las instituciones de Salud Pública de nuestro país y en la adecuada ejecución del control prenatal; y la revisión constante de factores de riesgo obstétrico holísticamente por parte de los profesionales de salud, se puede lograr una disminución considerable de la mortalidad materna en Costa Rica.



*Con enfoque de riesgo.* Según la Guía de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica (2009)

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todas las personas o colectivos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado. En algunas personas dicha probabilidad es mayor que en otras, ya sea por una predisposición genética, por las condiciones de vida en las que interactúan elementos protectores/destructivos de la salud, por los valores, actitudes, hábitos, conductas, entre otros eventos. (p. 20)

Por ello, es sumamente importante que nuestra autoridades avalen que los profesionales que realicen el control prenatal a nuestras gestantes estén especializados en gineco-obstetricia, garantizando la experiencia y la pericia necesaria, enfocada en la búsqueda de factores de riesgo, tanto patológicos como no patológicos y su seguimiento a lo largo del embarazo, hasta su culminación.

***Captación.*** La captación debe darse lo más temprano posible, en el ámbito domiciliario durante el primer trimestre de la gestación o en otros contactos con los servicios de salud, para evitar oportunidades perdidas. Solo de esta manera se asegura que la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud - razón fundamental de esta atención - sean oportunas y eficaces. Además, permite la identificación precoz de mujeres con embarazo de alto riesgo, lo que posibilita planificar en forma oportuna los requerimientos de atención obstétrica que cada caso requiera y el lugar donde deba recibirse. (Guía de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto. Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica, 2009)

Esto evidencia la importancia de profesionales especializados en gineco-obstetricia en el primer nivel de salud, que garantice una captación temprana, una atención personalizada, que permita determinar factores de riesgo no solo en una cita prenatal, sino en una visita domiciliar y un seguimiento oportuno de la gestante.

***Cantidad de controles prenatales.*** Según la Guía de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense de Seguro

Social de Costa Rica (2009): “Debe de considerarse que el mínimo aceptable en un embarazo de bajo riesgo debe ser de 5 controles prenatales” (p.20).

A mayor cantidad de controles prenatales, mayor conocimiento de la condición de la gestante y mayor posibilidad de detección de factores de riesgo. De ahí la importancia de educar a la población sobre el valor del control prenatal temprano, efectivo, oportuno y periódico. Sin embargo, la OMS (2016) ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo; así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación. Con este nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. En este modelo se recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación.

**Clasificación de riesgo.** Son factores propios de la madre, el producto y su entorno, que pueden propiciar complicaciones durante el embarazo, parto y post parto que podrían culminar en una muerte materna.

Una de las acciones importantes que se deben realizar para la prevención de la muerte materna, por parte del equipo de salud en la atención de mujeres embarazadas, es la clasificación de riesgo desde la captación del embarazo en la primera consulta. Esto, ya que con una buena clasificación de riesgo obstétrico, y temprano, se pueden detectar factores de riesgo diagnosticables con el fin de brindar tratamiento oportuno, previniendo así complicaciones que pueden resultar en muerte materna.

Para esta clasificación de riesgo obstétrico, en Costa Rica se cuenta con la Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto, desarrollada e implementada a partir del 2009.

**Riesgo bajo.** Se incluye en este grupo todas las gestantes en las cuales no se haya identificado ninguna condición de riesgo o que tenga condiciones en su historia personal y su situación actual, que la vulnerabilizan para desarrollar procesos patológicos o de deterioro. Se considera que en estos casos existe una gran posibilidad de que el embarazo

llegue a un buen término, con una madre y un(a) recién nacido(a) sano(a), por lo que su control se realiza en el I nivel de atención. Sin embargo, debe tenerse presente que “riesgo bajo” no significa ausencia de riesgo o que este no se desarrollará en el curso del embarazo y el parto.

*Riesgo moderado.* En este grupo se incluyen gestantes que presentan condiciones biomédicas, psicológicas, emocionales o sociales de gravedad media, que son bastante frecuentes, las cuales si no se controlan pueden generar posteriores complicaciones o peligro de muerte. En general, estos casos pueden abordarse con el seguimiento del EBAIS, con apoyo del gineco-obstetra, trabajador(a) social o psicólogo(a) según corresponda, en el II nivel de atención o en el equipo apoyo del área.

También se cuenta con lo establecido en la Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico N° 35262-S, en donde se designan patologías que deben referirse y no ser tratadas ni permanecer en el primer nivel de atención. Estas se presentan a continuación:

<b>Diabetes</b>	Derivar; debe tener cuidado continuo de nivel superior
<b>Cardiopatía</b>	Derivar; continuar de acuerdo con el diagnóstico del especialista
<b>Nefropatía</b>	Derivar; continuar de acuerdo con el consejo del especialista
<b>Epilepsia</b>	Dar consejo sobre medicación continua
<b>Abuso de drogas</b>	Derivar para cuidados especializados
<b>Signos de anemia severa y Hb g/l</b>	Incrementar la dosis de hierro [BSR] o derivar si hay disnea
<b>VIH positivo</b>	Asesorar sobre la práctica de sexo seguro y sobre el riesgo para el bebé y el compañero; y derivar para tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH
<b>Antecedentes familiares de enfermedad genética</b>	Derivar al perinatólogo y genetista
<b>Primigravida</b>	Aconsejar sobre los beneficios del parto que tiene lugar en el centro de salud
<b>Mortinato previo</b>	Derivar; continuar de acuerdo con el consejo del especialista

<b>Neonato previo con retardo de crecimiento (RCIU validado)</b>	Derivar al nivel de atención superior y continuar según consejo del especialista
<b>Internamiento por eclampsia o pre-eclampsia</b>	Derivar; continuar según consejo del especialista
<b>Dos cesáreas previas</b>	Remarcar que el parto debe ser hospitalario
<b>Presión sanguínea alta (140/90 mm Hg)</b>	Derivar para evaluación
<b>Sangrados vaginales independiente del trimestre de gestación</b>	Derivar al nivel superior con médico especialista

*Figura 1. Patologías por referir a otros niveles de atención*

**Exámenes rutina.** Según la Guía de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica (2009) los exámenes que se deben de practicar a una mujer en estado gravídico de forma rutinaria corresponden a:

- Hemograma y hematocrito
- Pruebas cruzadas para grupo y Rh
- Serología para LUES (VDRL)
- Ácido úrico
- Nitrógeno ureico
- Creatinina
- Glicemia
- Fibrinógeno
- Proteinuria
- Examen general de orina
- Urocultivo
- Papel nitrazina

En general, Mazza, Vallegos y González (2012) clasifican los factores de riesgo determinantes de la mortalidad materna en tres grandes grupos que abarcan las características antes mencionadas. Estos tres grupos son la condición de riesgo, la vulnerabilidad y los factores sanitarios protectores, los cuales serán analizados detallada e individualmente.

**Condición de riesgo.** Se refiere a factores endógenos de la madre y producto de la gestación tales como factores biológicos, hábitos y estilos de vida de las madres y su familia que determinan peligros para la evolución natural del embarazo, entre los cuales destacan la condición nutricional (la anemia, desnutrición y obesidad), multiparidad, intervalo intergenésico corto, edades extremas, adolescencia, enfermedades subyacentes como diabetes, hipertensión, cardiopatías, tuberculosis, sida, hábito tabáquico, alcohólico y farmacodependencias. (Mazza, Vallegos y González, 2012)

**Vulnerabilidad.** Es el producto de la carencia o limitación de una condición o conjunto de condiciones protectoras, objeto de los derechos sociales, que debilitan las capacidades de la madre y su familia para anticiparse a los riesgos del embarazo, parto, puerperio o nacimiento, crecimiento y desarrollo e incluye aspectos geográficos, socioeconómicos, culturales, educativos y factores sanitarios protectores. (Mazza, Vallegos y González, 2012)

Dentro de esta condición los autores identifican algunos factores específicos.

**Geográficos.** Según Mazza, Vallegos y González (2012) se definen: “Como la residencia en zonas alejadas, con dificultades de transporte y vías en malas condiciones, que constituyen una barrera importante para la posibilidad de acceder oportunamente a servicios de salud” (p. 257).

El análisis de la Organización Mundial de la Salud (2007) señala que: “la incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. (...). Siendo el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida de 1/75 en regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas” (p.7).

**Socioeconómicos, culturales y educativos.** Las características sociales y educativas hacen referencia a aspectos sociales como: edad, residencia, nacionalidad, estado civil, ocupación y aspectos educativos, como grado de escolaridad.

Según Mazza, Vallegos y González (2012): “Estos factores están relacionados no solo con la carencia de dinero, sino con el desempleo, la ausencia o bajo nivel educativo y la carencia de vivienda adecuada, en condiciones de hacinamiento y pobres condiciones sanitarias, falta de una pareja que le brinde apoyo y protección”(p.257).

**Sanitarios.** Se refiere a debilidades en la organización sanitaria que determinan limitaciones en el acceso, la disponibilidad, la oportunidad y calidad de la atención, y abarca aspectos importantes como atención por parte de personal calificado, captación temprana, control prenatal, cantidad de consultas, exámenes de rutina y especializados requeridos, maniobras de obstetricia practicadas, tipo de profesional que brindó la atención, calificación de riesgo obstétrico, atención prenatal parto y puerperio y tiempo transcurrido entre la complicación de un paciente y la atención por parte del personal. (Mazza, Vallegos y González, 2012)

Cabe mencionar también como un cuarto factor, los factores de riesgo biológicos, los cuales son inherentes a la fisiología del organismo como antecedentes patológicos personales, antecedentes quirúrgicos personales, antecedentes gineco-obstétricos, desarrollo de embarazo actual, multiparidad, intervalo intergenésico, antecedentes patológicos familiares, antecedentes no patológicos personales.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2016), estos corresponden a hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), lo cual se relaciona con la causa de más del 27% de las muertes maternas en las regiones en desarrollo y aproximadamente el 16% en las regiones desarrolladas. También se registran las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia), que corresponde a la tercera causa de muerte materna; las complicaciones en el parto, como el parto obstruido y los abortos peligrosos; que constituyen respectivamente la cuarta y quinta causa de muerte materna a nivel mundial.

***Sanitarios protectores.*** Están representados por el conjunto de derechos sociales, vivienda, espacios saludables, recreación, transporte, salud, educación, alimentación, empleo y seguridad social dentro del marco de justicia y equidad. (Mazza, Vallegos y González, 2012)

Cada uno de ellos influyen como factores de riesgo a la mortalidad materna, así mismo en las demoras identificadas para que una persona determine la necesidad de atención médica, decida y busque atención acertada y logre acceder oportunamente.

### **Medidas Mundiales y la Mortalidad Materna**

La maternidad sin riesgo y un parto seguro forman parte de los Derechos Humanos Universales, por los cuales se debe velar desde 1948, año en que fueron emitidos; ya que se trata no sólo del cumplimiento a los derechos humanos sino también una cuestión de justicia social.

Según Uribe (2008-2009), a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se empieza a velar por la condición de la mujer a nivel mundial a través de diversas estructuras como:

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra la mujer. (1979,1981)
- Convención sobre Derechos del Niño (1924,1979,1989), que después se extenderá a los Adolescentes.
- Conferencia Mundial de las Mujeres de El Cairo (1994), precedida por la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en Teherán (1968). Allí se reconoce, de manera inicial, los Derechos Reproductivos como parte de los Derechos Humanos.
- Conferencias de Pekín (1995) y Pekín +5 (2000), donde se ratifican y amplían; hasta llegar al 2008 cuando se celebra la Conferencia Internacional sobre Derechos de las Campesinas y Campesinos en Yakarta y la Reunión de la Asociación por los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (AWID) en Ciudad Del Cabo, Sudáfrica.

Las conferencias mencionadas, han sido intentos para convocar a los países del mundo a fijar sus objetivos de acuerdo con las circunstancias en las que la mujer vive o sobrevive en cada uno de los países. Como es un esfuerzo internacional, se intenta y se promueve sus Derechos y su desarrollo, lo que repercute en las condiciones de inicio del embarazo, su evolución y resolución, evitando la Mortalidad Materna, o al menos reduciéndose.

Según Uribe (2008-2009), cuatro categorías de Derechos Humanos están relacionados directamente con la Maternidad sin riesgos:

- Derechos relacionados con la vida, libertad y seguridad de la Persona
- Derechos relacionados con el fundamento de la familia y de la vida familiar
- Derechos relacionados con la Atención a la Salud y los beneficios de los progresos científicos, con inclusión de la información y educación sobre la Medicina
- Derechos relacionados con la Igualdad y la No Discriminación

Las tasas de Mortalidad Materna a nivel mundial reflejan una violación de los derechos humanos a la vida, la seguridad de la persona, la familia y la atención de salud de la gestante, entre otros. Los Derechos Humanos que están relacionados directamente con la Maternidad sin riesgos establecen deberes para los países, entre los cuales se recalca:



- La obligación de los Gobiernos para asegurar el acceso a la Atención a la Salud adecuada en el embarazo, parto y puerperio; y a acceder al Derecho de las Mujeres, a cuándo van a tener hijos (tiempo y frecuencia); las estructuras de Gobierno basadas en economía, decisiones jurídicas, sociales y de salud, que aseguren los Derechos fundamentales de la Mujer.
- El Gobierno y su estructura aseguran ese acceso a los Servicios de Salud; servicios, medios, bases jurídicas, para que las mujeres puedan crear una familia y disfrutar de una Vida Saludable en su seno.
- Estos Derechos imponen la obligación a los Gobiernos de que, además de facilitar y asegurar el acceso a los Servicios de Salud, favorezcan la Salud Sexual y Reproductiva, apoyar la Maternidad Sin Riesgo, en que se aplique desde la Atención Primaria de la Salud hasta los medios científicos/ tecnológicos, que apoyen la Salud de la Mujer, entre los cuales debe comprender la Planificación Familiar, el Aborto, la Educación Sexual.
- El acceso a la educación de las mujeres y la Atención a la Salud sin discriminación por sexo, estado civil, edad, nivel económico, asegurar la independencia, fortaleza y decisión de la mujeres fuera del control del varón; la protección de las Mujeres Adolescentes y Jóvenes para decidir por sí mismas, fuera de la autorización parental, haciendo hincapié sobre la no asignación de recursos, intereses, prioridades para atender las necesidades de las mujeres y garantizarles; favoreciendo las leyes, su aplicación y el ejercicio real de los Derechos Humanos.

En el 2000, las Naciones Unidas aprueban la Declaración del Milenio con el fin de combatir la esclavitud, la pobreza y la deshumanización y establecen los 8 objetivos que deben ser alcanzados para el 2015; el quinto de ellos es: mejorar la Salud Materna, cuya meta es la reducción de la Mortalidad Materna en tres cuartas partes, los cuales posteriormente son modificados a los objetivos 20/30.

Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2015, celebrada en Nueva York, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon presentó la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030*. Esta es una hoja

de ruta para la agenda posterior al 2015, tal como se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes; además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar. (OMS, 2016)

Como se menciona anteriormente, los países miembro de las Naciones Unidas tienen como meta acabar con las muertes evitables de las mujeres a nivel mundial y esto se puede lograr disminuyendo la tasa de mortalidad materna; pero no solo depende de los diferentes órganos de cada país, sino que está en manos de los profesionales de salud, al velar por el cumplimiento de estos objetivos y crear estrategias para lograr disminuir las tasas de mortalidad materna. Por ello, es imprescindible valorar las medidas nacionales que se toman en consideración para garantizar el cumplimiento de este objetivo.

### **Medidas Nacionales y la Mortalidad Materna**

Según datos del INEC ( 2014): “Costa Rica, en los últimos 16 años ha implementado mecanismos permanentes de análisis y evaluación de la mortalidad materna, los cuales se apoyan en la declaración obligatoria de afecciones de la salud que son sujetas de control epidemiológico, por parte del Ministerio de Salud” (p.3).

Uno de estos mecanismos es la declaración obligatoria de muertes maternas, tanto a nivel de los servicios de salud públicos como privados, método que permite llevar un control con las estadísticas oficiales del país y plantear medidas necesarias dirigidas a la corrección de la problemática mediante el mejoramiento continuo de la atención en salud.

Según datos del Ministerio de Salud (2014), en Costa Rica se han tomado diferentes medidas para el cumplimiento del objetivo de las tasas de Mortalidad Materna a nivel nacional y se han creado diferentes órganos encargados de la vigilancia y el control de las Muertes Maternas, entre los que se encuentran:

- En 1995 se presenta la propuesta del Sistema de investigación y análisis de mortalidad infantil
- En 1998 se establece el Sistema de Análisis de Muertes Maternas (SINAMM)

- En 2004 se unifican como SINAMMI (Sistema Nacional de Análisis de Muertes Maternas e Infantiles)

Además, se crean organizaciones (comisiones) encargadas de recolección de datos y análisis de muertes maternas como:

- Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil
- SINEAMMI: Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil
- CONEAMMI: Comisión Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil
- COREAMMI: Comisión Regional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil
- COLEAMMI: Comisión Local de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil
- CHEAMMI: Comisión Hospitalaria de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil

Todas estas organizaciones tienen la obligación y la función de velar por el cumplimiento de los objetivos de acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes y dirigir estrategias para la disminución de las tasas de mortalidad en Costa Rica.

### **MARCO TEÓRICO.**

En este apartado se expone la teoría de las tres demoras expuesta por Thaddeus Maine, en 1997, para el análisis de la mortalidad materna, en la cual se establece como "demora" todos los factores que retrasan la atención oportuna desde el momento en que se presentan signos y síntomas de alarma.

#### **Mortalidad Materna desde el enfoque de las tres demoras**

Diferentes estudios a nivel mundial han identificado tres demoras en los servicios de salud directamente relacionadas con el índice de mortalidad materna.

El concepto de las demoras entre la aparición de una complicación y su tratamiento y resolución adecuada, permite vincular factores tan diversos como la distancia, la autonomía de las mujeres y la asistencia médica. Esto brinda un marco de trabajo claro para el estudio de las muertes maternas más allá de las causas médicas, al combinar en un solo marco las secuencias causales de origen social y conductual relacionadas con el hogar, la comunidad y el sistema de salud, que trascienden la información clínica o demográfica. (Carvalho et al., 2012)

**Demora en decidir buscar atención.** También se le llama demora por parte de la mujer y/o su familia en decidirse a buscar atención médica. Se refiere al tiempo que transcurre entre la percepción de los síntomas y la toma de decisión de buscar atención médica inmediata. En la falta de accesibilidad a los servicios de salud, influyen factores como problemas de transporte, las distancias geográficas, el costo y la pobreza, barreras económicas, organizativas y socioculturales que controlan el uso de los servicios. (Carvalho et al., 2012)

También se mencionan otras causas de esta demora, como las limitaciones en el entendimiento de lo que implica la atención médica, lo cual está directamente relacionado con factores a nivel educativo y barreras en el ámbito:

(...) sociocultural, que determinan los valores, creencias y actitudes; (...) socioeconómico, que determinan el acceso al dinero y la información; (...) geográfico que determina la accesibilidad física; (...) económico que determina el costo de los servicios; y en el contexto institucional que determina el alcance, la organización de los servicios médicos y la calidad del servicio. (Carvalho et al., 2012, p.70)

Esta demora causa que la condición de salud de la mujer se vaya agravando a lo largo del tiempo y llegue a los servicios de salud en una condición más comprometedor y complicada. Esto 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. (Mazza, Vallejo, González, 2013)

**Demora en llegar al servicio de salud o demora en llegar a una unidad de salud adecuada.** Hace referencia al tiempo que transcurre entre la toma de decisión de buscar atención médica y la llegada al centro de salud e incluye obstáculos tales como: la falta de transporte o la distancia excesiva hasta los servicios de salud.

Según Carvalho et al. (2012), en la falta de accesibilidad a los servicios de salud influyen factores como problemas de transporte, las distancias geográficas, el costo y la pobreza:

(...) las barreras económicas, organizativas y socioculturales controlan el uso de los servicios. El acceso será influenciado por la distribución de los establecimientos de salud, la distancia, el transporte y los costos. Las mujeres que terminan teniendo resultados maternos negativos viajan distancias mayores, pasan por un mayor número de establecimientos y llegan al establecimiento adecuado más tarde (p.71).

Esta demora se asocia a factores socioeconómicos, de ahí la importancia de un control prenatal holístico enfocado en conocer no solo las condiciones de salud de la gestante; sino, y más aún, sus condiciones de vida.

**Demora en recibir tratamiento en el Servicio de Salud donde fallece o demora en recibir atención adecuada en esa unidad**

Esta demora hace referencia al tiempo transcurrido, una vez que la persona se encuentra en el Servicio de Salud y su recepción de atención oportuna y adecuada. Influyen diferentes factores en que reciba el tratamiento y la atención adecuada en relación con su condición de salud. Según Carvalho et al. (2012), entre ellas se encuentran

(...) la carencia crónica de personal capacitado y de suministros esenciales; que tarde más de 30 minutos el intervalo que va desde que se decide llevar a cabo una cirugía de emergencia y el momento en que se inicia la cirugía; demoras en comenzar el tratamiento adecuado cuando la gestante llega al establecimiento; y por último, desabastecimiento de productos sanguíneos, personal que carece de

conocimientos técnicos, y actitudes hostiles para con las pacientes, causados por escasez de fondos. (pp.71-72)

Una vez identificada la relación entre las tres demoras en los servicios de salud y el índice de mortalidad materna, es importante determinar las medidas tomadas a nivel mundial y valorar su implementación a nivel nacional para la reducción de la tasa de mortalidad materna en nuestro país.

## **MARCO LEGAL.**

En este apartado se analiza la legislación y el protocolo vigentes en Costa Rica ante una muerte materna, así como el perfil y rol del(a) Enfermero (a) Gineco-Obstetra y Perinatologo(a) de acuerdo al reglamento del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

### **Legislación Nacional ante Muerte Materna y Protocolo ante Muerte Materna en Costa Rica**

#### **Legislación Nacional ante Muerte Materna**

Dentro de la legislación nacional ante la muerte materna se cuenta en el país con la implementación de diferentes leyes las cuales basan su propósito en la disminución de las tasas de muerte materna a nivel nacional:

*Ley General de Salud (N°5395).* La Gaceta, versión actualizada 2020

La ley General de Salud (N°5395) en el artículo 12 establece que toda mujer gestante tiene derecho a los servicios de información materno infantil, al control médico durante su embarazo, a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta o la del niño durante el periodo de lactancia.

Se reconoce y garantiza la protección de las mujeres en estado de embarazo cuando sean sometidas a procedimientos de salud, especialmente ginecológicos, antes, durante y después del parto, mediante una atención médica y administrativa integral, oportuna y respetuosa de su condición.

Para tales efectos, la atención de las mujeres en estado de embarazo debe ser equitativa, preventiva, periódica y con enfoque de riesgo, sin someterlas a ninguna forma de violencia

gineco-obstétrica, según las definiciones y modalidades que se establezcan mediante reglamento.

Con esta ley, el gobierno busca garantizar en materia de Mortalidad Materna, que cada una de las gestantes que se encuentren en el territorio nacional, independientemente de su nacionalidad y su condición de aseguramiento, reciban atención médica, oportuna, de calidad y sin discriminación; lo que favorecería un control prenatal eficaz y efectivo de cada gestante para determinar factores de riesgo, minimizarlos y tratarlos en busca de un embarazo, parto y postparto seguro y sin riesgos.

Sin embargo, si pese a estas medidas ocurre una muerte materna, nuestro país cuenta con un protocolo específico, el cual debe ser aplicado en cada centro médico sea público y/o privado y notificado respectivamente ante el Ministerio de Salud.

#### ***Protocolo ante muerte materna en Costa Rica***

En el Decreto N° 39009-S (28 de mayo de 2015) de la Gaceta se establece el Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, el cual debe de ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados del territorio nacional.

Este reglamento tiene como objetivo: “Estudiar y analizar toda muerte que ocurra en el territorio nacional, con el fin de formular, recomendar y definir políticas de salud pública, recomendar programas y acciones de mejoramiento de la atención que contribuyan a la salud materno, perinatal e infantil basada en la normativa existente” (Capítulo I. Disposiciones generales y definiciones. Artículo 1°—Objetivo general. p.2).

Además, busca contribuir con la disminución de la mortalidad materna, al desarrollar registros de estadísticas confiables, así como metodologías y técnicas para el estudio de la mortalidad materna, según las condiciones de vida y la calidad de la atención. Identifica puntos críticos del Sistema Nacional de Salud en los diferentes niveles de atención y elabora estrategias de intervención para mejorar la calidad de la atención en salud (Artículo 2. Objetivos específicos.).

Por otra parte, en el Artículo 4 indica su finalidad

- Detección temprana de casos de Muerte Materna, Perinatal e Infantil.

- Notificación obligatoria y oportuna en el documento correspondiente de los casos de eventos de muerte materna, perinatal e infantil.
- Promover el cumplimiento del Decreto Ejecutivo N° 17461-S de 12 de marzo de 1987 “Reglamento de la Autopsia Hospitalaria y Médico Legal” que regula la obligatoriedad de la AUTOPSIA en todo caso de muerte materna e infantil.
- Recolección de los datos de los casos notificados.
- Análisis de la información.
- Formulación de recomendaciones.
- Socialización de la información a las autoridades de salud para la toma de decisiones, así como a otros actores relacionados con el tema y a la población para el ejercicio de su derecho a la salud.
- Por considerarse indispensable el logro de las metas de reducción de la mortalidad materno, perinatal e infantil se debe garantizar la atención universal de las mujeres gestantes, niños y niñas menores de un año en los servicios de salud del país, por lo que se declara de interés nacional dar prioridad de atención a la mujer embarazada y a los menores de un año en todos los servicios de salud, independientemente de su condición de asegurado.

Para velar por el cumplimiento de lo indicado anteriormente, rige el ente rector llamado Comisión Nacional de Muerte Materna, y según el artículo 22 dentro de sus funciones se establece lo siguiente

- Instar para la realización de estudios en salud sexual y reproductiva de la población, definiendo las prioridades de investigación en este campo, de acuerdo con los resultados obtenidos de las evaluaciones y análisis; y coordinar con la Dirección de Investigaciones en Salud del Ministerio de Salud
- Dirigir las evaluaciones de avance del Plan Nacional para la Prevención de la Mortalidad Perinatal Infantil y Materna
- Recomendar medidas correctivas y de mejoramiento en la organización y funcionamiento de los servicios de salud que se identifiquen directa o



indirectamente relacionados con la prevención de la Mortalidad Materna Perinatal e Infantil

- Analizar la información emanada de los análisis para identificar factores determinantes que influyeron en las muertes, y recomendar acciones, establecer lineamientos y propuestas para elaborar la política pública y la mejora continua de la calidad de los servicios de salud públicos y privados
- Dar seguimiento y apoyo al Plan Estratégico Nacional para una maternidad e infancia saludable y segura
- Dictar acciones de intervención para el logro de una atención de calidad y equidad
- Apoyar a nivel nacional, la capacitación permanente del personal involucrado en las comisiones y en la atención de la embarazada y del niño y la niña en todos los niveles
- Difundir y divulgar la información a las autoridades de salud y a la población
- Sistematizar a nivel nacional la información sobre mortalidad materna, perinatal e infantil seleccionando los indicadores que alimentarán el Registro Nacional, y mantenerlo actualizado
- Analizar y dar recomendaciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de registro de las muertes maternas, perinatales e infantiles
- Asesorar a las autoridades de salud y recomendar la promulgación de políticas, estrategias, y legislación, así como sugerir intervenciones para la mejora continua en los servicios de atención materna, perinatal e infantil, ambulatoria u hospitalaria, pública y privada
- Publicar un informe anual de los resultados obtenidos de la información referente a la mortalidad materna, perinatal e infantil
- Velar para que el recurso humano que brinda atención en salud materno infantil sea calificado (médico con especialidad en gineco-obstetricia, médico general y profesional en enfermería con especialidad en obstetricia)
- Exhortar para la creación y el ágil funcionamiento de un sistema de referencia y contrareferencia

- Velar porque exista disponibilidad de los recursos humanos y materiales para el logro de los objetivos del SINEAMMI
- Divulgar y devolver la información generada para la toma de decisiones oportunas, en los diferentes niveles de atención
- Promover iniciativas de colaboración de organismos nacionales e internacionales para fortalecer técnica y funcionalmente el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil
- Instar para la motivación, inducción, orientación y educación permanente en el tema materno, perinatal e infantil al equipo de salud en todos los niveles de atención
- Llevar un libro de actas de reuniones de la CONEAMMI actualizado

La notificación de cada muerte materna es enviada al Ministerio de Salud, Comisión de Muerte Materna, específicamente a la unidad de Servicio de Salud de Atención Directa a las Personas, que se encarga de iniciar el proceso del análisis de muerte materna mediante el siguiente Diagrama de Flujo Mortalidad Materna:

- Registrar el caso
- Programar la investigación del caso
- Gestionar la logística para la investigación del caso
- Realizar la investigación del caso a nivel de establecimientos de salud
- Actualizar el registro del caso
- Analizar la documentación de la investigación del caso
- Elaborar el informe de la investigación del caso
- Divulgar los resultados de la investigación del caso
- Ejecutar las acciones pertinentes
- Dar seguimiento a las acciones ejecutadas

Si la muerte ocurre en un hospital, serán las Comisiones Hospitalarias, según el Decreto Ejecutivo N° 37306-S, "Reglamento de Vigilancia de la Salud", artículo 29 inciso 1, las encargadas obligatoriamente de notificar al Ministerio de Salud cada mes sobre los casos ocurridos en el respectivo centro.

Además de realizar la notificación mensual, esta comisión tiene otras importantes funciones las cuales se mencionan en el artículo 37 del Reglamento sobre el Sistema de Evaluación y Análisis de Muerte Materna No. 39009-S, las cuales se enlistan a continuación:

- Detectar oportunamente los casos de muerte materna, perinatal e infantil, que ocurran en el respectivo nosocomio y hacer la notificación obligatoria en un plazo no mayor de siete días hábiles
- Recolectar la información contenida en los expedientes de salud de los casos de muerte materna, perinatal e infantil, en el instrumento respectivo
- Realizar la visita al hogar, en todo caso de muerte materna, no antes de un mes, ni después de 3 meses de ocurrido el deceso
- El plazo entre la visita realizada y el análisis de caso no puede ser mayor de 15 días hábiles
- Coordinar y convocar para realizar los análisis de los eventos de muertes maternas, con la Comisión de Mortalidad Materno Infantil del Nivel Central del Ministerio de Salud, con la Comisión Hospitalaria de Mortalidad Materno Infantil y con las personas involucradas durante el proceso de atención al paciente
- Dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el análisis conjunto de los casos para el mejoramiento de la calidad de la atención
- El plazo entre el informe final del análisis del caso y el envío de la documentación respectiva al nivel regional, no puede ser mayor de dos semanas

Adicional a la legislación y protocolos nacionales, los profesionales en salud se rigen por el código y la normativa de cada colegio profesional al que pertenezcan. En el caso de los enfermeros obstetras, son tutelados por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica; por lo que procederá al análisis del respectivo reglamento para estos profesionales.

***Reglamento del Colegio de Enfermeras de Costa Rica y Rol de Enfermería Gineco-Obstétrica y Perinatología***

El Decreto núm. 1565 (7-1-2005), de la Gaceta, establece el Reglamento de Enfermería Gineco-Obstétrica y Perinatal, estipulado por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Las consideraciones del ejercicio de la profesión están contenidas en 6 documentos:

- Constitución de la República, y convenios internacionales suscritos por el país en el campo de la salud sexual reproductiva, tales como los acuerdos tomados en las conferencias mundiales del Cairo y Beijing en 1994, 1995 y 2000.
- La Ley General de Salud, artículos No. 40, 48, 53, 54, 55 y 370
- La Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica N° 23443 del 4 de mayo 1959, su reglamento y reformas
- La Ley Orgánica del Colegio de Farmacéuticos, artículo 41.
- La Ley de Estatutos de Enfermería No. 7085, su reglamento y reformas.
- Los lineamientos emitidos por la OMS/OPS en los siguientes documentos. 54 Asamblea Mundial- mayo- 2001. (p. 1).

En el Reglamento de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal estipulado por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica (2005), se hace referencia a que la práctica de Enfermería Gineco-Obstétrica y Perinatal ha tenido varias modificaciones a lo largo de la historia, producto de que la reglamentación se debe de ajustar al modelo de desarrollo del país, las políticas de salud, la reforma y la adecuación del modelo de atención de salud. Para esto, las propuestas de OMS/OPS, el desarrollo tecnológico en el campo de la Ginecología, la Obstetricia y la Perinatología han sido ejes decisores de cambio, a los cuales, el país y la reglamentación, se han debido de ajustar.

Actualmente, los recientes acuerdos internacionales en el campo de la salud sexual y reproductiva, velan por la humanización de la atención de la salud, la incorporación del hombre, la promoción de la construcción de los manejos de poder patriarcal, la discriminación y la ruptura de desigualdades e inequidades. Por lo tanto, el Reglamento de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal de Costa Rica busca promover una atención integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres en los distintos ciclos de los diferentes escenarios de salud establecidos.

El propósito de este reglamento es el siguiente:

Regular como cuerpo normativo específico el ejercicio profesional, asalariado o voluntario, de la enfermería Ginecobstétrica y perinatal dentro de los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos, de manera que regule la Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal durante su ejercicio profesional y asegure a la población blanco que los recibe, un servicio de calidad con calidez. (Reglamento de Enfermería Gineco-Obstétrica y Perinatal, 2005, p.6).

Dentro de los objetivos del Reglamento de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal (2005) se encuentran:

- Dignificar el desempeño profesional y fortalecer el liderazgo en el ejercicio de la Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal a nivel nacional.
- Contar con un respaldo legal para el ejercicio de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal, a nivel público y privado.
- Ampliar los espacios y escenarios para la práctica de la Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal en los diferentes niveles administrativos (por ejemplo rectoría) y de atención.
- Definir las funciones esenciales de la Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal en los programas nacionales de atención integral a las personas, en sus diferentes ciclos de vida.
- Crear modelos innovadores de atención integral a las personas por parte de la Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal.
- Ubicar el rol de la Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal dentro del equipo natural interdisciplinario.

Con base en el análisis de la situación de salud reproductiva en el país, se hace necesaria la incorporación de la Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal y su reconocimiento en el marco legal costarricense, dada la importancia de educar a la población, a la mujer y a la familia gestante en el reconocimiento oportuno de las señales de alarma y garantizar una atención de calidad en el control del embarazo, parto y puerperio, que minimice al máximo las complicaciones y en caso de que se presenten, cuente con la pericia necesaria para

resolverlas oportuna y adecuadamente, Por lo tanto, se procederá al análisis del reglamento para el ejercicio de la enfermería Ginecobstétrica en Costa Rica.

***Reglamento para el Ejercicio de Enfermería Gineco-Obstétrica y Perinatal***

Se establece, según el Colegio de Enfermeras de Costa Rica (2005) en los artículos del 3 al 4, las Competencias Cognitivas Técnicas y Actitudinales de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal, las cuales determinan las condiciones con las que debe de cumplir para el buen desarrollo de la profesión.

Las principales funciones del enfermero gineco-obstetra son las siguientes:

- Fortalecer la atención integral de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal en la promoción de la salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres en los ciclos de vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor) en el primer nivel de atención en los escenarios de salud establecidos
- Desarrollar las competencias cognoscitivas, gerenciales, humanísticas, habilidades y destrezas en la atención integral de salud en ginecología, obstetricia y perinatología en los niveles de atención establecidos, fundamentada en la normativa nacional vigente
- Establecer la atención integral de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal en los programas nacionales existentes a nivel ambulatorio, hospitalario de bajo y alto riesgo, de carácter público y privado (en salud reproductiva y sexual)

Y según el Artículo 4, dentro de las competencias actitudinales se encuentra el reconocer la participación comunitaria y social como elemento fundamental en el desarrollo de la salud ginecológica, obstétrica y perinatal.

También se estipula en el Artículo 5 las actividades que se deben de llevar a cabo en el I Nivel de Atención subdividido en diferentes Escenarios de Salud, tales como:

▪ **Escenario familiar**

Las enfermeras y enfermeros Ginecobstetras y Perinatales participan en:

- La elaboración del diagnóstico de salud basado en la familia gestante

- La categorización según riesgo para la visita domiciliar e incorporan los contenidos del análisis de la situación de salud sexual y reproductiva, los planos singular y particular
- La ejecución de las actividades en hogares de mujeres en periodo de gestación y post natal, a su vez impulsan la abogacía de los derechos sexuales y reproductivos
- **Escenario comunitario**
  - Incorpora en el análisis de la situación de la salud sexual y reproductiva, los determinantes sociales
  - Ejecuta visitas a establecimientos públicos y privados para la promoción de salud sexual y reproductiva
  - Participa en la atención básica de adultos (as) intermedios y mayores; y realiza la detección, referencia y seguimiento de niños (as) y jóvenes de la calle y adultos (as) ambulantes
  - Promociona la participación social, la organización y capacitación de grupos específicos en salud reproductiva y sexual. Realiza la detección, capacitación de líderes, grupos comunales y organizaciones no gubernamentales
  - Ejecuta la construcción de materiales educativos y de información para la difusión en medios de comunicación colectivos y locales
  - Realiza investigaciones de morbilidad, sociodemográfica y de vigilancia de la salud
  - Realiza promoción de educación para la salud
  - Participa y lidera la vigilancia y auditoría de muertes infantiles y maternas
  - Promueve la incorporación del trabajo comunal universitario para la atención a grupos etéreos no cautivos y de actividades de sensibilización de líderes, grupos organizados y otros.
  - Promociona la realización de actividades sobre estilos de vida saludables en hogares de ancianos (as) y casas del adolescente, incluyendo la salud sexual y reproductiva
- **Escenario educativo**

La enfermera(o) gineco-obstétrica y perinatal desarrolla la práctica mediante:

- Caracterización de conocimientos, actitudes y prácticas de docentes y estudiantes respecto a la salud sexual y reproductiva
- Detección, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y problemas específicos
- Promoción, organización y capacitación de grupos líderes
- Promoción y educación dirigida a estudiantes, docentes y padres de familia
- Investigación acción participativa y de casos
- Espacios de reflexión para docentes, padres de familia y estudiantes en sexualidad humana
- Desarrollar procesos educativos en masculinidad y feminismo desde el enfoque de equidad de género
- **Escenario laboral**

La participación de la enfermera(o) ginecobstétrica y perinatal en este escenario se caracteriza por lo siguiente:

- Visita al establecimiento y promoción de acciones de bienestar de la salud reproductiva y sexual
- Evaluación del medio físico y sus implicaciones en la salud reproductiva
- Detección, capacitación, referencia y seguimiento de personas en riesgo y con problemas específicos en salud reproductiva
- Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva
- Promoción y negociación de espacios de reflexión sobre temáticas específicas en salud sexual y reproductiva
- Atención básica integral en salud sexual y reproductiva.

Como se puede observar, las funciones de la enfermera(o) ginecobstetra a nivel extrahospitalario son sumamente vastas; por lo cual, contar con un profesional de salud especializado en esta área permite conocer ampliamente a la población, incluyendo su entorno socioeconómico y cultural, factores de riesgo gineco-obstétrico y de las tres demoras en los servicios de salud. Estos elementos influyen en la mortalidad materna; pero



el ser abordados oportunamente por el profesional de salud, permite implementar acciones para disminuir al máximo complicaciones relacionadas y por ende, las tasas de Mortalidad Materna en nuestro país.

Se procederá con el análisis de las funciones de la enfermera (o) ginecoobstetra en un entorno hospitalario, tanto en el II como III nivel de atención de salud, de acuerdo con el Reglamento para el Ejercicio de Enfermería Gineco-Obstétrica y Perinatal de Costa Rica.

▪ **Escenario Servicios de Salud**

En el Artículo 6 se indican las actividades que la enfermera(o) ginecobstétrica y perinatal realiza para la atención básica, de acuerdo con el modelo de cuidados y de investigación en gerencia:

- Detección, captación y atención temprana de embarazadas, mujeres en edad fértil y hombres, para anticoncepción y ayuda a parejas infértiles
- Detección y captación temprana de la atención del recién nacido y de la mujer en postparto
- Atención al hombre y a la mujer en diferentes etapas del ciclo de vida, con acciones dirigidas a la salud reproductiva
- Atención a la población en la etapa de adolescencia
- Atención oportuna a embarazadas desde la perspectiva de familia gestante
- Detección temprana, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos
- Promover tecnología anticonceptiva a diferentes grupos poblacionales
- Promoción y educación para la salud basada en factores protectores
- Orientación para el manejo de problemas de salud
- Coordinación, promoción, organización y capacitación de grupos específicos
- Vigilancia y auditoría de muertes infantiles y maternas
- Detección y capacitación temprana del recién nacido y de las madres en el posparto, embarazadas en edad fértil para anticoncepción y parejas infértiles
- Valoración y referencia en salud oral

- Atención de morbilidad específica de los diferentes grupos en salud reproductiva y sexual
- Detección, atención y seguimiento de casos de agresión sexual y violencia intrafamiliar
- Promoción de la salud reproductiva y sexual
- Actividades administrativas y de gestión (análisis de situación de salud, planificación local participativa, seguimiento y evaluación, investigación operativa)
- Atención en salud sexual y reproductiva en la etapa infantil, preconcepcional, concepcional y posparto
- Coordinar y ejecutar los cursos de preparación psicofísica para el parto en adolescentes y adultos
- Coordinar y ejecutar la consejería en la salud sexual y reproductiva
- **Actividades en el II y III nivel de atención**

Establece las actividades que el profesional en enfermería ginecobstétrica y perinatal debe ejecutar con base en el derecho humano y la equidad de género, investigación y gerencia, en la atención del bajo y alto riesgo en los procesos prenatales, parto, posparto, aborto y de poblaciones adolescentes, jóvenes y adultas, de promoción de la salud cérvico uterina y mamaria, masculina, climaterio, menopausia, y andropausia, (Artículo 7. Atención familia gestante).

Las acciones que debe implementar el profesional de salud en una atención de bajo riesgo obstétrico son las siguientes

- Aplicar normas nacionales en la atención de la mujer embarazada y familia gestante en el embarazo de bajo y alto riesgo
- Desarrollar actividades de promoción de la transición a la maternidad y paternidad responsable, comprometida y consciente
- Desarrollar actividades de atención obstétrica específica como: examen físico, obstétrico y ginecológico, anamnesis, pruebas de bienestar fetal, evaluación psicosocial y plan de cuidados
- Indicar pruebas clínicas y tratamiento de acuerdo con la condición de la usuaria

- Realizar y coordinar la educación prenatal individual y colectiva en escenarios de salud de segundo y tercer nivel de atención, tanto público como privado
- Realizar actividades de seguimiento y monitoreo de la salud obstétrica y perinatal
- Referir a instancias y profesionales según condiciones de necesidades de la mujer gestante

En el artículo 8 se establecen las acciones que debe de seguir el profesional en la Atención de Alto Riesgo Obstétrico y Perinatal

- Realizar la entrevista y anamnesis
- Identificar y registrar hallazgos
- Realizar medidas de atención a problemas de salud emergentes
- Reconocer los factores de riesgo y aplicar las medidas necesarias, previo consentimiento de la usuaria
- Evaluar los resultados de pruebas clínicas
- Evaluar el bienestar feto materno por medio de la aplicación de pruebas de bienestar fetal no invasivas y reportar hallazgos en los instrumentos nacionales e institucionales
- Realizar la dinámica uterina manual externa e instrumental externa y reportar hallazgos
- Realizar valoraciones de tacto vaginal de acuerdo con el consentimiento de la mujer
- Ejecutar medidas de atención según necesidades de la mujer, su consentimiento debidamente informado
- Previa valoración de la mujer y de acuerdo con las condiciones que requieran intervención obstétrica y perinatal más compleja, se traslada al servicio pertinente

En el documento se aclara que es el único miembro del equipo de enfermería autorizado para realizar la atención de la mujer y familia en el parto normal y de alto riesgo, bajo las pautas indicadas anteriormente. También hace referencia a que el profesional está autorizado para la atención del parto de bajo riesgo, en los cuatro períodos del parto, en los

espacios legalmente autorizados y bajo las normas técnicas nacionales; así mismo brindará la atención inmediata del recién nacido (artículo 9). Y para el embarazo de Alto Riesgo Obstétrico, participa conjuntamente con el médico (a) gineco-obstetra en la atención de la familia gestante.

Para el parto de alto riesgo, participa junto con el médico (a) gineco-obstetra en la atención de la embarazada de alto riesgo, siempre que no requiera del acto médico específico y se mantenga compensada. Sus acciones se detallan a continuación:

- Aplica y fomenta técnicas de atención humanizada en cualquier ambiente en que se desarrolle
- Aplica las técnicas de bienestar feto maternas, intraparto
- Hace referencia de la parturienta al médico gineco-obstetra de acuerdo con la situación de riesgo
- Facilita el acompañamiento en el trabajo de parto y parto
- Indica y aplica oxitócicos en los períodos alumbramiento y uterino, previa evaluación de sangrado e involución uterina y de antecedentes obstétricos de hemorragia
- Aplica principios éticos en la atención integral durante el parto, respeta las diversidades y opciones de sexualidad
- Verbaliza comprensión y aceptación de reacciones emocionales de la parturienta y la familia durante el trabajo de parto
- Clasifica el riesgo intraparto y lo registra en los instrumentos institucionales
- Promueve sistemas de apoyo y de desarrollo de la vinculación
- Participa y aplica medidas de compensación y mantenimiento en la emergencia obstétrica ante el intraparto
- Realiza valoraciones previo consentimiento y necesidades de la usuaria que le permita tener un diagnóstico de la situación y período del parto
- Promueve actividades de educación participativa para la promoción de la salud obstétrica-perinatal y neonatal
- Aplica los cuidados inmediatos y mediatos del neonato

- Participa en el soporte y estabilización neonatal
- Promueve el amamantamiento como proceso de la familia gestante, con respeto a la decisión de la usuaria debidamente informada.

Durante el periodo de postparto es importante el seguimiento tanto de la madre como del recién nacido, por lo cual es necesaria la intervención del enfermera(o) gineco-obstetra en la educación a la madre y la familia sobre qué esperar como normal en este periodo e identificar signos y/o síntomas de alarma y cuándo acudir a un centro médico.

En el Artículo 10 del Reglamento se indican las intervenciones, de acuerdo con los escenarios del primer nivel de atención a nivel intrahospitalario en el periodo posparto(cuarto trimestre), que debe de ejecutar el profesional en la atención postnatal de bajo y alto riesgo

- Evalúa las condiciones de la puérpera, física y psicoemocionales, en el puerperio inmediato, propiamente dicho y alejado
- Facilita la interacción recíproca, la vinculación y el establecimiento de lazos para el éxito del ajuste al nacimiento de la familia gestante
- Evalúa las necesidades y capacidades de la madre, el padre y el neonato, y otro miembro de la pareja en el establecimiento del amamantamiento
- Realiza seguimiento en el puerperio propiamente dicho
- Identifica, registra y reporta hallazgos
- Construye actividades con proveedores-usuarias-usuarios de promoción del posparto saludable
- Realiza atención directa en la emergencia en el puerperio
- Realiza consejerías individuales y colectivas
- Aplica normas nacionales en la atención intrahospitalaria y ambulatoria en el posparto.

En el Artículo 11 se establecen las acciones que debe de cumplir el profesional en la Atención de Enfermería Gineco-obstétrica y Perinatal en el Aborto y Postparto:

- Valora física y psicoemocionalmente a la mujer y familia en aborto
- Desarrolla acompañamiento a la mujer y familia en el aborto y postaborto

- Participa en la atención inmediata y mediata de la mujer en aborto y postaborto
- Valora y acompaña en procesos de depresión postaborto
- Coordina seguimiento
- Orienta y apoya anticonceptiva

Este reglamento se complementa con la normativa del Ministerio de Salud; por lo que el Colegio de Enfermeras de Costa Rica debe participar activamente en la elaboración y revisión de planes que velen por la reducción de la mortalidad materna y el cumplimiento de los objetivos 20-30, garantizando a la familia gestante una óptima atención en el desarrollo del embarazo, el parto y el post parto, que permita la identificación de riesgos para la vigilancia y el manejo establecido.

# CAPÍTULO III

## MARCO METODOLÓGICO

El objetivo de este capítulo es explicar y describir los aspectos relacionados con la metodología que sustenta este estudio. Estos elementos corresponden al tipo de investigación, las fuentes de información consultadas, sujetos de investigación, técnicas de recolección de datos y las variables del estudio.

Según Arias (2012), el marco metodológico incluye el tipo o tipos de investigación, las técnicas y los instrumentos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación. Es el cómo se realizará el estudio para responder al problema planteado. Así mismo, Tamayo y Tamayo (2014) lo definen como “Un proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento” (p.37). Del mismo modo, Balestrini (2006) indica que

Toda vez que se ha formulado el problema de la investigación, delimitados sus objetivos y asumidas las bases teóricas que orientarán el sentido de la misma de manera precisa, para indicar el tipo de datos que se requiere indagar, deben seleccionarse los distintos métodos y las técnicas que posibilitaron obtener la información requerida (p. 125).

Por lo cual, en el presente capítulo se establece el tipo y diseño de investigación, la población y determinación de la muestra por estudiar; así como consideraciones éticas, sistema de variables, técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos y su análisis.

### **Tipo y diseño de investigación**

El estudio es una investigación aplicada. Según Amezcua (2010) se define como un: "proceso de generación de conocimiento basado en metodología científica dirigido a la

mejora o conservación de la salud de las personas, desde el respeto a su manera de sentir y de vivir y a sus posibilidades de participación efectiva" ( párr 6 ).

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) hay diferentes tipos de estudios, entre ellos se encuentran los exploratorios, descriptivos correlacionales y explicativos. El tipo de investigación implementado en este estudio es cuantitativo, descriptivo, retrospectivo.

La investigación se efectúa desde un enfoque cuantitativo, ya que: “se fundamenta en los aspectos observables y susceptibles de cuantificar. Utiliza la metodología empírico analítica y se sirve de la estadística para el análisis de los datos” (Barrantes, 2014, p.87). Así mismo, “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis previamente hechas, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 5).

En esta investigación se recolectan datos proporcionados por el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil (SINEAMMI), comisión encargada a nivel nacional de las investigaciones de los casos presentados por muerte materna. Para ello, se cuenta con el instrumento llamado “Documento oficial para análisis de caso de muerte materna” (instrumento n° 3), que permite la investigación de cada caso de muerte materna presentado en el país. De este instrumento se toman los datos para la presente investigación y se crea una base de datos.

Además, se lleva a cabo un análisis estadístico con el propósito de caracterizar la población de Costa Rica con un alto grado de riesgo obstétrico, que se encuentra vulnerable de sufrir una muerte materna. De esta manera, los datos científicos obtenidos permiten el establecimiento de medidas y políticas de salud para la disminución de las tasas de mortalidad materna en el país.

El diseño de la investigación corresponde a las pautas por seguir para llevar a cabo el estudio y asegurar el logro de sus objetivos. Constituye en sí, la estructura de la investigación; ya que es un esquema estructurado, una guía en la investigación que orienta y esclarece las etapas que habrán de realizarse y que permite, mediante un proceso



sistemático y riguroso, la recolección de datos a través de diferentes estrategias, para obtener la información necesaria para el estudio, y requerida para aceptar o rechazar su hipótesis con el fin de minimizar sesgos.

El diseño de la investigación lleva implícito la selección del tipo de investigación, las técnicas e instrumentos, así como la construcción de estos últimos, con los que se obtendrá los datos e informaciones que permitirán comprobar las hipótesis y/o las interrogantes planteadas, la delimitación de la población, el diseño de la muestra, y el modelo de validación por emplear (Puerta Vicent, 2011).

Reidl (2012) señala que los diseños de investigación son el plan, la estructura y estrategias que se utilizarán para obtener respuestas a las preguntas de investigación e hipótesis, controlando la varianza experimental, extraña y de error. Estos implican partir de un marco de referencia (teoría), y señalar cómo se obtendrán los datos (medidos, observados o a través de registros existentes).

Para determinar el tipo de diseño de investigación es importante analizar la finalidad, el control de asignación a los factores de estudio, la secuencia temporal y el momento de ocurrencia de información en relación con el inicio del estudio.

De acuerdo con la finalidad del estudio, la investigación se encuentra enmarcada dentro de la modalidad de estudio tipo descriptivo; ya que el propósito del investigador es describir condiciones de la salud de los individuos o poblaciones y sus variaciones: “especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (...) mide de manera más bien independiente, los conceptos o variables a los que se refieren y se centran en medir con la mayor precisión posible” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 119). Su función es, entonces, describir la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud en una población. (Veiga de Cabo et. Al., 2008)

La investigación analiza un grupo constituido por los casos de muerte materna a nivel nacional, para luego realizar un análisis y describir características biológicas, sociales y educativas, y la atención obstétrica bajo el enfoque de las tres demoras, de las mujeres que han sufrido una muerte materna en el país entre el 2012 y el 2015.

Para ello se utilizan los datos obtenidos por el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil (SINEAMMI), de cada una muertes registradas entre el 2012 y el 2015 en Costa Rica; por lo que su enfoque es retrospectivo, pues realiza el estudio sobre un efecto ya sucedido y se basa en la recolección de información registrada en documentación formal como lo es el instrumento de evaluación de la SINEAMMI.

El estudio tiene como fuente primaria de información al SINEAMMI, el cual es el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil. Este es el ente encargado a nivel nacional de identificar los casos de muerte materna y realizar los respectivos estudios y reportes.

### **Población**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), la población es: “el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p.174).

En este estudio corresponde a los datos obtenidos del análisis de cada uno de los expedientes de las mujeres reportadas al SINEAMMI por muerte materna, que hayan ocurrido en Costa Rica entre el 2012 y el 2015. Se obtiene un total de 78 muertes maternas como población del estudio. Es decir, se trabajará con la totalidad de la población.

La unidad de análisis estará constituida por los expedientes de las mujeres por muerte materna, suministrados por la SINEAMMI ocurridos en toda Costa Rica, entre el 2012 y el 2015.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) hacen referencia a la muestra, al definirla como un subgrupo de la población del cual se recolectan datos y debe ser representativo de esta. Sin embargo, como se indicó anteriormente, este estudio trabajará con la totalidad de la población ya que su objetivo es caracterizar a la población de mujeres que presentaron muerte materna, desde los aspectos biológicos, sociales y educativos, y de la atención obstétrica recibida durante su periodo de gestación y más aún, en el momento del fallecimiento, esto desde un análisis del enfoque de las tres demoras. Por ello, se considera que al abarcar toda la población de los años en estudio, se puede englobar diferentes aspectos que pueden ser determinantes de una característica que predisponga a una mujer a

sufrir una muerte materna. Esto permite realizar un análisis comparativo entre las diferentes variables.

### **Técnica de recolección de datos**

Hace referencia a los procedimientos o técnicas utilizadas para la recaudación de la información, mediante instrumentos para recolección, filtración y codificación de los datos.

En el campo de la metodología de la investigación científica, constituyen aquellas que proporcionan información de forma lógica y ordenada, dando a conocer la opinión de la población en relación particular con el tema de investigación. López y Pérez (2011) y Hernández, Fernández y Baptista (2014) señalan que implica elaborar un plan detallado de procedimientos que conduzcan a reunir datos con un propósito específico.

Como recurso para el registro de la información de esta investigación, se realiza un vaciamiento de datos del instrumento llamado “Documento oficial para análisis de caso de muerte materna” (instrumento n° 3), que utiliza la Comisión de muerte materna.

Tras la solicitud de los permisos mediante carta formal por parte de las investigadoras y de la Universidad de Costa Rica, para acceder a dicho instrumento correspondientes a los años en estudio, se recibe autorización por parte de la Comisión Nacional de Muerte Materna y la información necesaria para el estudio es facilitada mediante su colaboradora la Msc. Olga Nidia Hernández Chaves de la Dirección de planificación estratégica y acciones en salud del Ministerio de Salud, quien nos permite acceder presencialmente a su respectiva oficina para acceder al instrumento indicado anteriormente y realizar el vaciamiento de este instrumento, en una base de datos de excel efectuada por las investigadoras, para la respectiva recopilación de la información y su posterior análisis.

El “Documento oficial para análisis de caso de muerte materna” (instrumento n° 3) es un documento de Excel que consta de 3 apartados que buscan responder a los objetivos específicos de este estudio. Y es aportado en la parte de anexos del presente trabajo (Adjunto número 1).

El primer apartado o I parte, corresponde a factores sociales y educativos, y responde al objetivo número 2: Describir los factores sociales y educativos de las mujeres que presentaron muerte materna. Consta de 8 ítems de variables politómicas como lo son:

- Edad
- Residencia
- Nacionalidad
- Estado civil
- Escolaridad
- Condición del asegurado
- Tipo de seguro
- Ocupación

La segunda parte corresponde a la historia clínica y factores biológicos. Responde al objetivo número 1: Identificar los factores biológicos de las mujeres que presentaron muerte materna. Consta de 4 subapartados:

- Los antecedentes patológicos personales
- Los antecedentes no patológicos personales
- Los antecedentes gineco obstétricos
- Las condiciones del embarazo actual

Los antecedentes patológicos familiares están conformados por 6 ítems, 5 de variables dicotómicas como historia familiar de padecer de DM, HTA, cardiopatías, tuberculosis, cáncer y una pregunta con respuesta politómica que se deja abierta para que especifique si padece de alguna otra enfermedad, con el fin de buscar y analizar si existe una patología como común denominador que pueda influir en la causa de una muerte materna.

Los antecedentes patológicos personales también se encuentran conformados por 6 ítems, 5 de variables dicotómicas como la existencia o no de padecimiento de enfermedades como DM, HTA, cardiopatías, tuberculosis, cáncer, y una pregunta con respuesta politómica que se deja abierta para especificaciones de si existe padecimiento de alguna otra enfermedad, con el fin de buscar y analizar si se da una patología como común denominador que pueda influir en la causa de una muerte materna.

El análisis de los antecedentes gineco-obstétricos de la persona fallecida abarca 5 ítems de variables politómicas tales como la cantidad de gestaciones, partos, abortos y cesáreas (GPAC), si hubo antecedente de fórceps en alguno de los partos, la fecha del último parto o aborto, la forma de terminación del último parto y el periodo intergenésico.

En la tercera parte se analizan los factores relacionados con la atención de enfermería obstétrica y responde al objetivo número 3: Identificar las características de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna. Está conformado por 13 ítems de variables politómicas como edad gestacional, lugar de ocurrencia, periodo en que ocurrió la muerte, tiempo transcurrido desde el principio de los síntomas y fallecimiento, inicio de signos de alarma, inicio de búsqueda de atención, tiempo de fallecimiento, personal que la atendió, autopsia, diagnóstico de muerte, causa de muerte y condición de muerte.

Este instrumento es aplicado por cada uno de los investigadores, a los expedientes y/o documentación de cada una de las muertes maternas detectadas por la Comisión Nacional de Muerte Materna entre el periodo 2012 -2015.

Es un instrumento fácil de utilizar y comprendido por ambos investigadores; lo cual permite la obtención de resultados de forma ágil, concreta y directa.

Cabe destacar que para la recopilación de información es necesaria la utilización de este recurso, así como que este se derivó del cuadro de operacionalización de las variables.

Según De Abreu (2012): “La validez y confiabilidad constituyen los requisitos indispensables para todo instrumento, sea éste de medición o de recolección de datos” (p.1).

### **Validez del instrumento**

La validez del instrumento de recolección de datos está directamente relacionada con la capacidad que posee para medir y recabar la información requerida para la investigación.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) “la validez en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (p.201). De ahí que permite obtener la fiabilidad, confiabilidad, consistencia y credibilidad necesaria para el respaldo de la investigación. Es por esta razón que la validez del instrumento utilizado en la investigación, debe de ser verificada y respaldada por el juicio

de un experto, que determine el grado en que aparentemente el instrumento mide la variable en cuestión.

Con respecto al instrumento utilizado en la presente investigación, este cuenta con la autorización por parte del Ministerio de Salud de Costa Rica, y el mismo es aplicado por la Comisión Nacional de Muerte Materna, por lo cual, para efectos de la investigación no requiere de otro tipo de validación adicional.

#### **Técnica de análisis de datos.**

Para el análisis, se agrupan los datos obtenidos del instrumento, se realiza un vaciamiento de los mismos en una base de datos creada por parte de las investigadoras y se estudia la información obtenida por año y en conjunto, se buscan datos estadísticos como media, promedio, máximos mínimos; se tabulan y se realiza un análisis comparativo entre los cuatro años en estudio, con datos obtenidos de estudios a nivel mundial.

Para este análisis de datos se utiliza la estadística descriptiva, la cual, según Faraldo & Pateiro. 2012 corresponde a “un conjunto de técnicas numéricas y gráficas para describir y analizar un grupo de datos, sin extraer conclusiones (inferencias) sobre la población a la que pertenecen” (p.1).

También según los autores previamente mencionados, “las técnicas de estadística descriptiva permiten describir y analizar un grupo dado de datos, sin extraer conclusiones (inferencias) sobre la población a la que pertenecen” (Faraldo & Pateiro. 2012. p.2). Y “para aplicar una técnica descriptiva, numérica o gráfica, será necesario analizar previamente el tipo de variable con la que se está trabajando”. (Faraldo & Pateiro. 2012. p.2).

Según Faraldo & Pateiro. 2012 se distinguen dos tipos de variables:

“las variables cualitativas o categóricas (aquellas que no se pueden expresar a través de una cantidad numérica) y las variables cuantitativas (se puede expresar a través de un número). A su vez, estas últimas pueden clasificarse en discretas y continuas, según el tipo de valores que tomen” (p.2).

Es por tal razón, que se crea el cuadro de operacionalización de variables, el cual será descrito más adelante, en el mismo se establecen las variables estadísticas de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.

### **Sistema de variables**

El sistema de variables está conformado por:

#### **Factores sociales y educativos**

Responden al objetivo número 2: Describir los factores sociales y educativos de las mujeres que presentaron muerte materna.

#### **Factores biológicos**

Responden al objetivo número 1: Identificar los factores biológicos de las mujeres que presentaron muerte materna.

#### **Factores relacionados con la atención de enfermería obstétrica**

Responden al objetivo número 3: Identificar las características de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna.

**Cuadro de operalización de variables**

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Instrumental</b>	<b>Indicadores</b>
Describir los factores sociales y educativos de las mujeres que presentaron muerte materna	Factores sociales y educativos	Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. OMS	Identificación del caso	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Edades: De 15 a 29 15 o menos De 16 a 29 De 30-45 De 30-34 35 o más
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Nacionalidad (pregunta abierta) Costarricense Nicaragüense Panameña No indica
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento	Base de datos	Estado conyugal: (pregunta abierta) Unión libre Casada



				No. 3 de la Comisión de muerte materna.		Soltera No indica Separada
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Escolaridad (pregunta abierta) Primaria Secundaria Universitaria Analfabeta Técnica No indica
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Condición asegurado: SI/NO
				Análisis de los datos encontrados en	Base de datos	Ocupación(pregunta abierta: Ama de casa

				el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		Estudiante Desempleada
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Tipo de seguro: Directo Familiar Por el estado Otro
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Residencia: Provincia: Cantón Distrito

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Instrumental</b>	<b>Indicadores</b>
Identificar los factores biológicos de las mujeres que presentaron muerte materna	Factores biológicos	Todos los acontecimientos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en los seres humanos como consecuencia de su constitución orgánica	Antecedentes patológicos familiares	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Marcar si/no: Diabetes Mellitus HTA Cardiopatías Tuberculosis Cáncer Otra
			APP	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Marcar si/no: DM HTA Sangrado Cardiopatías Cx pélvica uterina Infección repetición

						Drogas Tabaquismo Violencia intrafamiliar Otra
			Antecedentes obstétricos	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	G__P__A__ C__ Fórceps__ No consignado en el expediente
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Periodo inter genésico con el actual embarazo: ____ años
				Análisis de los datos encontrados en	Base de datos	Fecha último parto: mes__ Año: ____

				el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
					Base de datos	Terminación último parto: Espontaneo Conducido Cesárea Inducido Fórceps
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Fecha último aborto: mes____ Año_____

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Definición instrumental</b>	<b>Indicadores</b>
Identificar las características de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna	Factores relacionados con la atención de enfermería obstétrica	Acciones de enfermería obstétrica	Atención Prenatal	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Edad gestacional: _____ semanas
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Control prenatal: si/no
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento	Base de datos	Número de controles prenatales: _____

				No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
					Base de datos	Lugar controles prenatales: Publico Privado Mixto
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Esta vacuna contra el tetanos: si/no Fecha de aplicación de la vacuna
					Base de datos	Exámenes indicados y reportados Estudios complementarios indicados y reportados: por trimestre marcar si/no: Grupo rh, hto, hb, vdrl,

						glicemia, orina, papanicolau, hiv, otros.
					Base de datos	Medicación de rutina indicada: si/no
					Base de datos	Referencia otro nivel: si/no
					Base de datos	Ganancia de peso: si/no Insuficiente Adecuado Sobre peso
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Identificación riesgo: si/no Clasificación de riesgo: alto____ Bajo____
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la	Base de datos	Atención cada consulta No de consulta y acciones efectuadas. Observaciones:_____



				Comisión de muerte materna.		
			Internamiento durante el embarazo	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Fecha ingreso:_____
					Base de datos	Hora de ingreso:___
					Base de datos	Ingresó servicio de_____
					Base de datos	Tiempo transcurrido desde admisión a la valoración gineco-obstetra: días___ horas___
					Base de datos	Examen físico de ingreso: si/no. Explique:___
					Base de datos	Referida por_____
			Atención en el servicio de emergencias	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Fecha de ingreso
					Base de datos	Hora de ingreso
					Base de datos	Hora de atención
					Base de datos	Diagnóstico de ingreso:_____

				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Control de signos vitales: si/no Presión Arterial Pulso Respiración Temperatura Observaciones
				Variable dicotómica	Base de datos	Examen físico completo (SI/NO)
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	FUR: _____
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento	Base de datos	FPP _____

				No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Edad gestacional___(semanas)
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Antecedentes obstétricos: Gestas___ Para___, Cesareas___, Abortos___
				Análisis de los datos	Base de datos	Indicación exámenes de laboratorio: SÍ/NO

				encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		Observaciones
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Examen obstétrico: (SÍ/NO) Maniobras de Leopold Altura uterina. Tacto vaginal . Valoración de bienestar fetal. Control frecuencia cardiaca fetal
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Detección de factores de riesgo(sí/no) Especifique

				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Indicación de medicamentos (sí/no) Especifique
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Referencia (sí/no) Especifique
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de	Base de datos	Permanencia en sala de observación (sí/no) Especifique

				muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Internamiento (sí/no) Especifique
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Atendida por: Médico gineco-obstetra Médico general Enfermera obstetra Enfermera general Otro.
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento	Base de datos	Hora en que fue atendida por el gineco-obstetra

				No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		Indicación de exámenes de laboratorio(si/no) Grupo RH Hematocrito Hemoglobina Glicemia Orina HIV Otros
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Horas de estancia en el servicio de emergencias

				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Fecha de egreso: ____
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Diagnóstico de egreso: ____
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de	Base de datos	Condición de egreso Con patología Referida al servicio de _____ Traslado al hospital Internamiento (servicio) Fallecida



				muerte materna.		
			Atención durante el aborto	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Fecha de ingreso
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Hora de internamiento
				Análisis de los datos encontrados en	Base de datos	Referida por

				el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Internada en el servicio de
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Examen físico de ingreso: SÍ/NO Explique
				Análisis de los	Base de datos	Edad gestacional _____

				datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		semanas
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Manejo de la amenaza de aborto Tipo de aborto: ambulatorio espontáneo, hospitalario Inducido
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Complicaciones: hemorragia infección, otro (especifique)
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte	Base de datos	Tratamiento médico: SÍ/ NO Especifique:

				materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Tratamiento quirúrgico SÍ/ NO Especifique
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Control de signos vitales SÍ/NO Presión arterial Pulso Respiración Temperatura Observaciones
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la	Base de datos	Fecha de egreso Hora de egreso

				Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Condición de egreso: Viva Traslado Muerta
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Días de estancia hospitalaria
				Análisis de los datos encontrados en	Base de datos	Diagnósticos de egreso

				el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
			Internamiento durante la labor de parto- parto	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Fecha de ingreso Hora de ingreso
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Referida por
				Análisis de los	Base de datos	Diagnóstico de ingreso

				datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Valoración de ingreso por: Médico gineco-obstetra Médico General Enfermera (o) Obstetra Enfermera (o) Otros
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte	Base de datos	Examen físico de ingreso: SÍ/NO Especifique:

				materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Condición membranas ovulares: 1.Íntegras 2.Rotas (hora) Características del líquido amniótico
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Control de signos vitales SÍ/NO Temperatura Pulso Respiración Presión arterial
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la	Base de datos	Exámenes de laboratorio de rutina SÍ/ NO Grupo RH Hematocrito Hemoglobina



				Comisión de muerte materna.		VDRL
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Examen obstétrico: SÍ/NO Maniobras de Leopold Altura uterina Tacto vaginal Valoración de bienestar fetal Control frecuencia cardiaca fetal <ul style="list-style-type: none"> <li>● FUR</li> <li>● FPP</li> <li>● Periodo intergenésico: años/meses</li> <li>● Edad gestacional (semanas)</li> <li>● Especifique</li> </ul> Llenado de partograma SÍ/NO Especifique
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento	Base de datos	Complicaciones SÍ/NO. Especifique.

				No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Detección factores de riesgo: Especifique SÍ/ NO Clasificación de riesgo: Bajo /Alto
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Complicaciones: SÍ/NO Especifique
				Análisis de los datos	Base de datos	Traslado: Sala de expulsivo

				encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		Sala de operaciones Referencia a otro establecimiento Fallecida
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Atención del parto Tipo de parto(SÍ/NO) Espontáneo Inducido Conducido Cesárea electiva Cesárea emergente Fórceps
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Presentación fetal: Cefálico Pélvico Otro

				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Recién nacido: Vivo Muerto
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		Duración del período expulsivo
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de	Base de datos	Tipo de alumbramiento

				muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Duración periodo de alumbramiento
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Placenta: Completa/Incompleta
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento	Base de datos	Episiotomía SÍ/NO. Especifique Desgarro SÍ/ NO Especifique

				No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Condición de membranas ovulares: Íntegras/ Rotas (hora)
					Base de datos	Características del líquido amniótico:
					Base de datos	Complicaciones: Especifique Medicación: SÍ/ NO Especifique
					Base de datos	Transfusión sanguínea SÍ NO (Cantidad) Sangre total Glóbulos rojos Plaquetas Plasma crioderivados
					Base de datos	Lugar de atención del parto Especifique

						Observaciones: Médicas SÍ/NO Enfermería SÍ/NO Observaciones
			Atención del posparto-posaborto ambulatorio	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Presenta luego del egreso signos y síntomas de alarma SÍ/NO Especifique
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Sintomatología
				Análisis de los	Base de datos	Profesional con que consulta

				datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Establecimiento de salud donde consulta
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte	Base de datos	Control posparto SÍ/NO Explique



				materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Establecimiento donde se controló el posparto
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Historia del control posparto
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la	Base de datos	Fecha/hora/número de días posparto

				Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Examen físico completo: SÍ/NO Especifique
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Control de signos vitales (SÍ/NO) Presión arterial Pulso Respiración Detección de factores de riesgo SÍ/NO Especifique Clasificación del riesgo BAJO/ALTO Indicación de tratamiento SÍ/NO

						Especifique
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Entrega de referencia SÍ/NO Dónde
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Observaciones
			Atención en el momento de la muerte	Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la	Base de datos,	Fecha de nacimiento

				Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Edad gestacional(semanas)
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Días posparto o posaborto
				Análisis de los datos encontrados en	Base de datos	Lugar de ocurrencia Hospital público/privado/ clínica/ ambulancia/domicilio/

				el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		Otro
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Periodo durante el que ocurrió la muerte: Embarazo Parto Posparto Posaborto
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y el fallecimiento: Inicio signos de alarma(horas) Búsqueda de la atención(horas) Atención brindada (hora) Falleció(horas)

				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Atendida por: Médico gineco-obstetra Médico residente gineco-obstetricia Médico internista Médico general Enfermera (o) obstetra Enfermera (o) general Otro (especifique):
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autopsia: SÍ / NO</li> <li>● Número de autopsia</li> </ul>
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la	Base de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lugar de la autopsia: Medicatura forense Hospital</li> </ul>

				Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Diagnósticos finales derivados de la autopsia:
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Causa de muerte obstétrica: Causa básica Causa directa ● Causa de muerte no obstétrica: Causa básica Causa directa ● Observaciones generales
				Análisis de los datos encontrados en	Base de datos	Llenado instrumentos de la comision. Completo- incompleto

				el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.		
				Análisis de los datos encontrados en el instrumento No. 3 de la Comisión de muerte materna.	Base de datos	Diagnóstico final comisión



### **Consideraciones éticas**

El presente trabajo tiene una fundamentación ética basada en lo siguiente:

- El Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 39061-S
- La Ley N° 9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica”
- La Declaración Universal de Derechos Humanos
- Código de Núremberg. Tribunal internacional de Núremberg, 1947. Experimentos médicos permitidos

### **Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 39061-S**

El Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 39061-S se estipula considerando que:

- La salud de la población es un derecho fundamental y un bien de interés público tutelado por el Estado
- Es competencia del Ministerio de Salud definir la política, la regulación, la planificación y la coordinación de todas las actividades públicas y privadas relacionadas con la salud, entre ellas la investigación biomédica
- El 25 de abril del 2014 fue publicada en el Diario Oficial La Gaceta, la Ley N° 9234 del 22 de abril del 2014 "Ley Reguladora de Investigación Biomédica", la cual regula la investigación biomédica con seres humanos en materia de salud, en los sectores público y privado
- La Ley establece la obligación del Estado de crear estrictos mecanismos de regulación, control y seguimiento de la investigación biomédica que aseguren la protección de las personas participantes y la correcta ejecución de las investigaciones
- Resulta de fundamental importancia el garantizar los derechos y la seguridad de todos los seres humanos involucrados en la actividad investigadora; así como velar por el estricto acatamiento de las normas éticas que deben orientar esta actividad.
- La investigación biomédica ha sido y será muy valiosa para conocer, entre otros, los procesos biológicos, psicológicos, las causas de las enfermedades, métodos para prevenirlas, diagnosticarlas o para curarlas y producción de insumos para la salud.

- Las consecuencias éticas y sociales de las investigaciones en el ser humano, imponen responsabilidades especiales de rigor, prudencia, capacidad intelectual e integridad, en la realización de dichas investigaciones.
- Es necesario dotar a la Ley de las herramientas adecuadas para su aplicación, de modo tal que se garantice el respeto a la vida, la salud, la libertad y la dignidad de las personas que participan en investigaciones biomédicas.
- La vida, la salud, la libertad, el bienestar y la dignidad de los participantes en una investigación biomédica en la que participen seres humanos, prevalecerán sobre el interés científico, la producción de nuevos conocimientos o de los intereses económicos y comerciales
- Toda investigación biomédica en la que participen seres humanos debe regirse por los principios de respeto a la dignidad de las personas, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia distributiva
- La investigación biomédica resulta de fundamental importancia para el desarrollo de nuevos conocimientos en materia de salud y como parte de ello, en el desarrollo de mejores y más avanzados métodos tendientes a la promoción de la salud, detección y tratamiento oportuno y efectivo de las enfermedades que afectan a los seres humanos y especialmente a la población costarricense
- Para cumplir con la responsabilidad de incentivar, normar, regular y supervisar adecuadamente los procesos de investigación que se realizan en nuestro país, se hace necesario disponer de la reglamentación adecuada para garantizar tanto los derechos fundamentales de los participantes como el interés público. (pp.1-2)

El Artículo 4º-De la normativa aplicable, de la presente ley establece que: “Toda investigación biomédica donde participen seres humanos debe garantizar, respetar y cumplir los Derechos Humanos” (p.9).

Además, en cuanto al tipo de investigación que se efectuó, investigación en salud pública de tipo observacional, el Artículo 7º El Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 39061-S, establece que se regirá según lo estipulado en el artículo 7º de la Ley N° 9234, la cual será analizada posteriormente.

Por tanto, para el cumplimiento de los requisitos de Ley, ambas investigadoras cuentan con la aprobación del Curso de Buenas Prácticas para investigaciones biomédicas denominado Buenas Prácticas de Investigación Biomédica (investigación observacional e investigación intervencional), impartido por parte de la Universidad de Costa Rica.

Por otro lado, se solicitó autorización de la Comisión Nacional de Muerte Materna del Ministerio de Salud, mediante una carta de las investigadoras y otra del Sistema de posgrado de la Universidad y se recibió autorización por parte de la M.Sc. Olga Nidia Hernández Chaves, Master Enfermera de la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud del Ministerio de Salud, para realizar la revisión de expedientes, toma de datos y posterior análisis de acuerdo con los objetivos del trabajo. (Se anexan cartas de solicitud y de autorización).

La investigación realizada se exenta del Consentimiento Informado, de acuerdo con el Artículo 8°-Sobre el consentimiento informado del Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 39061-S, inciso a) “En toda investigación biomédica en la que participan seres humanos, excepto la indicada en los artículos 7° y 12 de la Ley N° 9234” (p.13). También es importante recalcar que la información es manejada bajo el criterio de confidencialidad, se resguarda en todo momento la identidad de los pacientes, no se revelan los nombres de la población en estudio ni de sus familias, se realiza el vaciamiento de los datos y esta información es del uso exclusivo de las investigadoras y del tutor de tesis..

Se hace énfasis en el beneficio social de la investigación, ya que permitirá identificar las características presentes en las mujeres que sufrieron previamente una muerte materna en Costa Rica, analizando los factores de riesgo, los factores o 3 demoras que se presentaron y conllevaron a que la gestante no recibiera atendida oportunamente y las características de la atención obstétrica brindada, lo cual, permitirá el planteamiento de planes estratégicos de salud con el propósito de la disminución de la tasa de mortalidad materna en Costa Rica.

Otra de las leyes tomada en cuenta para efectuar esta investigación corresponde a:

### **La Ley N° 9234 - Ley Reguladora de Investigación Biomédica**

La ley N° 9234 - Ley Reguladora de Investigación Biomédica, publicada en el Diario Oficial La Gaceta el 25 de abril del 2014, se encarga de la regulación de la investigación biomédica con seres humanos en materia de salud, en los sectores público y privado: “Velando que toda investigación científica debe responder a un enfoque de derechos humanos como marco de

referencia” (Artículo 4.- Principios de la investigación biomédica, Ley Reguladora de Investigación Biomédica, p.5).

En ella se define la investigación biomédica observacional, epidemiológica o no intervencional como aquella

En la cual no se realiza intervención diagnóstica o terapéutica alguna con fines experimentales, ni se somete a los individuos participantes a condiciones controladas por el investigador. Para los efectos de esta ley, toda referencia a investigación observacional se entenderá como investigación biomédica observacional, epidemiológica o no intervencional en seres humanos en materia de salud. (Ley Reguladora de Investigación Biomédica, p.3)

Es importante considerar las obligaciones que cómo investigadores se deben cumplir para esta investigación, según el Capítulo VII Artículo 51.- Obligaciones del investigador Ley Reguladora de Investigación Biomédica, en donde se indica que el investigador responsable de la ejecución de la investigación biomédica debe

- Respetar estrictamente la vida, la salud y la dignidad humana y cumplir los requisitos y criterios de rigurosidad científica, así como las normas éticas que regulan la materia y los requisitos establecidos en la presente ley
- Mantenerse actualizado sobre aspectos bioéticos y de buenas prácticas clínicas
- Contar con formación académica, adiestramiento y experiencia para asumir la responsabilidad de la conducción apropiada de la investigación biomédica
- Estar completamente familiarizado con el protocolo de investigación y consentimiento informado y, en caso de ensayos clínicos, con el folleto del investigador y con el medicamento, equipo o material en investigación
- Garantizar que los datos reportados de la investigación biomédica sean exactos, legibles, estén completos y en el tiempo requerido
- Custodiar en un archivo toda la documentación de cada investigación, por un período de quince años después de concluida la investigación
- Declarar cualquier posible conflicto de interés antes y durante la realización de la investigación

- También es deber de los investigadores la publicación de los resultados de la investigación según Artículo 52.- Publicación de resultados de las investigaciones biomédicas. (Ley Reguladora de Investigación Biomédica, pp.34-37)

Por lo cual, una vez finalizado y expuesto el resultado del análisis de los datos obtenidos ante evaluadores del Sistema de posgrado en enfermería y al personal respectivo del Ministerio de Salud, se realizará la publicación de un artículo científico en la revista de la Universidad de Costa Rica y en el Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

# CAPÍTULO IV

## ANÁLISIS

### DE RESULTADOS

#### Resultado de datos

Se realiza la recolección y el análisis de la información obtenida de cada uno de los 78 expedientes de las mujeres que sufrieron muerte materna en el periodo del 2012 al 2015, que se encuentran archivados en la Comisión Nacional de Muerte Materna, en el Ministerio de Salud. Esta recopilación y vaciamiento de datos se realiza según cada uno de los objetivos que se estipulan en el trabajo.

- **Objetivo No. 1**

Este objetivo pretende identificar los factores biológicos de las mujeres que presentaron muerte materna, a través de antecedentes patológicos familiares, con el análisis de las siguientes patologías: DM, HTA, cardiopatías, tuberculosis, cáncer y se deja abierta la opción de otros; antecedentes patológicos personales con la presencia de las siguientes patologías: DM, HTA, sangrado, cardiopatías, cirugía pélvica uterina e infecciones a repetición; antecedentes personales no patológicos tales como drogas, tabaco, violencia intrafamiliar y se deja abierta la opción de otros; antecedentes gineco-obstétricos como cantidad de gestas, paras, abortos y cesáreas, utilización de fórceps en parto anterior, fecha de último parto, periodo intergenésico, modo en que terminó el último parto y fecha del último aborto, y finalmente, con respecto al embarazo actual, peso, talla, fecha de última regla, fecha probable de parto y edad gestacional.

A continuación se presentan los resultados de los antecedentes patológicos heredo- familiares obtenidos en la tabla 1.

**Tabla 1***Antecedentes patológicos heredo- familiares en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

PATOLOGÍA	SÍ		NO		NO INDICA	
	N	%	n	%	n	%
Diabetes Mellitus	19	24%	36	46%	23	30%
Hipertensión Arterial	21	27%	34	44%	23	30%
Cardiopatía	5	6%	50	64%	23	30%
Tuberculosis	2	3%	53	68%	23	30%
Cáncer	8	10%	47	60%	23	30%
Otras patologías	9	12%	47	60%	22	28%

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla 1 se observa que la mayoría de mujeres no presentaban algún antecedente de importancia; sin embargo, también se destaca un gran faltante en el llenado de este ítem ya que aproximadamente a 23 casos no se les llenó la información requerida, por lo que no existen datos completos de las mujeres que poseían antecedentes patológicos heredo- familiares.

Además de las patologías indicadas, el instrumento permite especificar si se contaba con algún otro antecedente heredo familiar de importancia; y aunque se mantiene el factor común, ya que la mayoría no presentaba antecedentes de alguna otra patología heredo familiar (23 casos); en 9 casos las respuestas a “otras patologías” corresponden a un caso (1.28%) de cada una de las siguientes patologías: tumor maligno de encía, litiasis vesical (madre), embarazo gemelar, hipertiroidismo, asma y lupus y cirrosis, para un total de 12%.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a los Antecedentes patológicos personales en las mujeres que presentaron muerte materna en la tabla 2.

**Tabla 2**

*Antecedentes patológicos personales en las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

PATOLOGÍA	SÍ		NO		NO INDICA	
	N	%	n	%	n	%
Diabetes Mellitus	2	3%	52	67%	24	31%
Hipertensión Arterial	8	10%	48	62%	22	28%
HTA inducida en el embarazo	1	13%	0	0%	0	0%
HTA no inducida en el embarazo	7	88%	0	0%	0	0%
Sangrado	1	1%	54	69%	23	29%
Cardiopatía	2	3%	53	68%	23	29%
Cirugía Pélvica Uterina	7	9%	49	63%	22	28%
Cesárea previa	5	71%	0	0%	0	0%
No indica tipo cirugía previa	2	29%	0	0%	0	0%
Infecciones a repetición	1	2%	54	69%	23	29%

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla 2 se puede observar que la mayoría de las mujeres no presentaban antecedentes patológicos personales de importancia; tan solo 2 tenían Diabetes Mellitus, 1 con antecedente de sangrado, 2 mujeres cardiópatas y 1 con antecedente de infecciones a repetición. Dentro de los antecedentes patológicos más frecuentes se encuentran hipertensión arterial y cirugía pélvica uterina previa; sin embargo, la mayoría de las mujeres son conocidas sanas.

Con respecto a estos 2 factores patológicos de mayor frecuencia, se debe prestar atención a que para la mayoría la hipertensión corresponde a una patología crónica, y no inducida por el embarazo. Y, en el caso de la cirugía pélvica uterina previa, la mayoría de casos fueron por una cesárea previa; mientras que en el restante no se especifica el tipo de cirugía practicada,

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a los Antecedentes no patológicos personales en las mujeres que presentaron muerte materna en la tabla 3.



**Tabla 3**

*Antecedentes no patológicos personales en las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

PATOLOGÍA	SÍ		NO		NO INDICA	
	n	%	n	%	n	%
Drogas	2	3%	53	68%	23	29%
Tipo de drogas						
Alcohol	1	1,28%	0	0%	0	0%
Marihuana	1	1,28%	0	0%	0	0%
Tabaquismo	0	0%	55	71%	23	29%
Violencia Intrafamiliar	3	4%	54	69%	21	27%
Otros antecedentes	17	22%	37	47%	24	31%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 3 se obtiene que la mayoría de mujeres no utilizaban ningún tipo de drogas, tan solo 2 sí consumían alcohol y marihuana respectivamente. Es importante también recalcar que ninguna mujer era fumadora.

Aquí se vuelve a evidenciar el importante faltante en el llenado de la información solicitada, pues en 23 casos no se indica si presentan antecedentes personales no patológicos; sin embargo, pese a este vacío en los resultados obtenidos, se recalca que siguen siendo mayoría la totalidad de mujeres sanas, sin ningún tipo de adicción.

También se obtiene información de que la mayoría no registraba algún tipo de violencia intrafamiliar. Es importante mencionar que el instrumento permite especificar si contaban con algún otro antecedente no patológico de importancia, y en donde 17 mujeres respondieron afirmativamente. No obstante, no se cuenta con la información que describa cuáles fueron estos otros antecedentes presentados, lo cual genera más vacíos en el resultado de la información obtenida. Pese a esto, al igual que en la información mostrada en las tablas anteriores, sigue siendo la constante que la mayoría de las mujeres se encontraban sanas sin patologías patológicas y no patológicas asociadas.

Posteriormente, se examinan los antecedentes gineco- obstétricos de las mujeres que presentaron muerte materna, de donde se obtienen las tablas 4 y 5, respectivamente.

**Tabla 4**

*Antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres que presentaron muerte materna.*  
(N=78)

GPCA	0		1		2		3 A 9		NO APLICA		MIN	MAX	PROM
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	n	n
Gestas	0	0%	18	23.07	16	20.51	35	44,87	9	11.53	1	9	5
				%		%		%		%			
Aborto	48	61.53	10	12.82	11	14.10	0	0%	9	11.53	0	2	1
		%		%		%				%			
Para	26	33.33	14	17.94	11	14.10	18	23,07	9	11.53	0	7	3,5
		%		%		%		%		%			
Cesárea	54	69.23	9	11.53	4	5.12%	0	0%	11	14.10	2	0	1
		%		%						%			

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla 4, con respecto a las gestas de las mujeres que presentaron muerte materna, se puede observar que la minoría correspondía a primigesta y la mayoría eran multigestas. Es importante recalcar que 35 de las mujeres multigestas, corresponden a grandes multigestas.

También cabe mencionar que la mayoría de las mujeres no presentaban antecedente de aborto; sin embargo, llama la atención el registro específico de 21 casos con antecedente de aborto previo, dentro de los cuales se contabilizan 10 casos con un aborto previo y 11 con 2 abortos previos.

Con respecto a la paridad, el dato que llama más la atención es que la mayoría eran múltiparas, Del restante se contabilizan, 26 nulíparas y 14 primíparas.

En cuanto a las cesáreas, tan solo 13 casos registran este antecedente gineco-obstétrico; 4 con 2 cesáreas previas y el resto solo una.

Se continúa presentandolos antecedentes gineco- obstétricos de las mujeres que presentaron

muerte materna, en la tabla 5.

**Tabla 5**

*Antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres que presentaron muerte materna.*

(N=78)

AGO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uso de Fórceps	0	0%	63	80.77%	0	0%	15	19.23%
Fecha de último parto	25	32,05%	0	0%	18	23,07%	18	23,07%
Terminación último parto	15	19,23%	0	0%	5	6,41%	58	74,35%
Cesárea	8	10.26%	0	0%	0	0%	0	0%
Espontáneo	6	7.69%	0	0%	0	0%	0	0%
Conducido	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%
Clasificación de peso	29	37,17%	0	0%	0	0%	49	62,82%
Adecuado	16	20.51%	0	0%	0	0%	0	0%
Sobrepeso	10	12,82%	0	0%	0	0%	0	0%
Bajo peso	1	1,28%	0	0%	0	0%	0	0%
Obesidad	2	2,56%	0	0%	0	0%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 5 se presenta la información de utilización de fórceps, en donde se evidencia que la mayoría no presentaron antecedente de requerir de este medio. Sin embargo, se continúa con vacíos en la información presentada, ya que 35 mujeres no registran información de la fecha del último parto, en la mayoría de los casos tampoco se informa sobre la terminación del último parto ni se registra la clasificación de su peso para el embarazo actual. Es importante recalcar con respecto a este último, que 10 mujeres se encontraban en sobrepeso, 2 en obesidad y 1 en bajo peso.

Se procederá a presentar los resultados obtenidos con respecto al objetivo 2.

## **Objetivo No. 2**

Pretende describir los factores sociales y educativos de las mujeres que presentaron muerte materna. Esta variable se analiza mediante un cuadro con las siguientes dimensiones: edad, residencia, nacionalidad, estado civil, escolaridad, ocupación, seguro y tipo de seguro.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a los factores sociales y educativos en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 6.

**Tabla 6**

*Factores sociales y educativos en las mujeres que presentaron muerte materna.*

(N=78)

FACTO R SOCIAL EDUCA TIVO Grupo etario	EDAD		RESIDENCIA		NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL	
	n	%	Provincia	n	%	Nacionalidad	n	%
15 a 29	39	50%	Cartago	8	10.25%	Costarricense	59	75.64%
								Unión libre 40 51.28%
15 o menos	1	1.28%	San José	25	32.05%	Nicaragüense	16	20.51%
16-29	38	0	Limón	12	15.38%	Panameña	2	2.56%
30 a 45	39	50%	Alajuela	12	15.38%	No indica	1	1.28%
30- 34	20	25.6%	Guanacaste	8	10.25%			No indica 5 6.41%
35 o más	19	24.3%	Puntarenas	7	8.97%			Separada 1 1.28%
			Heredia	6	7.69%			

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 6, con respecto a la edad, los datos más relevantes corresponden a edades extremas, en la que uno de los casos corresponde a una mujer menor de 15 años y 19 de más de 35 años. Con respecto a la residencia, 25 viven en el Gran Área Metropolitana.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a los factores sociales y educativos en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 7.

**Tabla 7**

*Factores sociales y educativos en las mujeres que presentaron muerte materna.*

(N=78)

FACTORES SOCIALES EDUCATIVOS	Primaria		Secundaria		Universitaria		Analfabeta		Técnica		No indica	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>ESCOLARIDAD</b>	26	33.33%	21	26.92%	8	10.26%	6	7.69%	1	1.28%	16	20.51%
OCUPACIÓN	Ama de casa		Estudiante		Desempleada		Ocupación		No indica			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tipo ocupación	37	47,43%	1	1.28%	1	1.28%	20	25,64%	19	24.35%		
ASEGURAMIENTOS	SI		NO		No indica							
	n	%	n	%	n	%						
Seguro	44	56.4%	10	12.8%	24	30.7%						
Tipo Familiar	12	15.38%	0	0%	0	0%						
Directo	15	19.23%	0	0%	0	0%						
Estado	16	20.51%	0	0%	0	0%						
Voluntario	2	2.56%	0	0%	0	0%						

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 7, con respecto a la escolaridad se observa que 26 mujeres solamente contaban con primaria, 6 se registran como analfabetas y 16 casos se encuentran faltantes de esta información lo que crea vacíos importantes en los datos obtenidos. Con respecto a la ocupación, se registra que la mayoría no contaba con trabajo remunerado, y corresponden a amas de casa e igualmente en 19 casos no se registra esta información.

Además, se registra que la mayoría se encontraban aseguradas, de los cuales cabe recalcar 16 por el estado, 10 no aseguradas y en 24 casos no se indicaba esta información.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto al Objetivo 3.



### **Objetivo No. 3**

Este objetivo pretende identificar las características de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna, por lo cual se analiza mediante un cuadro con las siguientes dimensiones: control prenatal (si hubo control prenatal, cantidad y lugar de controles prenatales, si se cumplieron las normativas de vacunación, exámenes de rutina, medicación, referencia a otro nivel de atención en caso requerido, clasificación de riesgo y determinación de registro de control de peso); internamientos en el embarazo (hora del ingreso a centro médico, fecha de ingreso, servicio del ingreso, tiempo en horas transcurrido desde admisión a la valoración gineco-obstetra, si hubo referencia para la atención, si se efectuó examen físico y profesional que atiende); atención en el servicio de emergencias (fecha del ingreso, hora del ingreso, hora de la atención, diagnóstico del ingreso, control de signos vitales, exámenes del laboratorio, examen obstétrico y detección de factores del riesgo, entre otros); atención del aborto (fecha del internamiento, hora del ingreso, personal que refiere, servicio en el cual fue internada, examen físico al ingreso, edad gestacional EG, manejo de la amenaza del aborto, tipo de aborto (espontáneo -hospitalario - inducido), complicaciones como hemorragia- infección -otro, tratamiento médico (sí-no), tratamiento quirúrgico (sí-no), control de signos vitales como presión arterial, pulso, respiración, temperatura (sí-no), observaciones, fecha del egreso, hora del egreso, condición de egreso (viva, traslado, muerta), días de estancia y diagnóstico del egreso); labor de parto (fecha del ingreso, por quien es referida, valoración del ingreso, examen físico, control de signos vitales, examen obstétrico, llenado del partograma, clasificación del riesgo obstétrico, detección de factores del riesgo, traslado y complicaciones); atención al parto (tipo de parto (sí/no) espontáneo, inducido, conducido, cesárea electiva, cesárea emergente, fórceps, recién nacido vivo o muerto, presentación fetal (cefálica-pélvica-otro), duración del período expulsivo, tipo de alumbramiento, placenta completa o incompleta, desgarro (sí/ no), episiotomía (sí/no), condición de membranas ovulares íntegras o rotas (hora), características del líquido amniótico, complicaciones); post aborto y post parto, atención de la muerte (días post parto, post aborto, periodo durante el que ocurre la muerte, realización del autopsia, lugar del autopsia, personal del salud que atiende en el momento de la muerte, causa de la muerte, condición final prevenible o no prevenible, a que factores se atribuye la muerte, análisis de la muerte por parte de la Comisión Nacional del Muerte Materna y llenado del instrumento).

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a Control prenatal en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 8.

**Tabla 8**

*Control prenatal en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

CONTROL PRENATAL	SÍ		NO		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EG - atención prenatal	65	83.33%	0	0%	10	12%	3	3.84%
Control prenatal	63	80.76%	5	6.41%	10	12.82%	0	0%
Número control prenatal	55	70.51%	0	0%	18	23.07%	0	0%
Menos de 8 controles	46	83,63%	0	0%	0	0%	0	0%
Más de 8 controles	9	16,36%	0	0%	0	0%	0	0%
Captación en el embarazo	53	67,94%	2	2.56 %	14	17.94%	9	11.53 %
Temprano	41	52.56%	0	0%	0	0%	0	0%
Tardío	12	15.38%	0	0%	0	0%	0	0%
Lugar controles prenatales	52	66,66%	3	3.84%	23	29.48%	0	0%
EBAIS	44	56.41%	0	0%	0	0%	0	0%
Hospital	4	5.12%	0	0%	0	0%	0	0%
EBAIS – Hospital	4	5.12%	0	0%	0	0%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 8, con respecto a la edad registrada de control prenatal, es relevante mencionar que 10 mujeres no registran esta información y en 2 casos está llenada de forma distinta a lo solicitado en el instrumento y tampoco se indica si tuvieron control prenatal; 18 mujeres no registran el número de controles y de los 55 registros, 46 contabilizan menos de 8 controles. También 12 mujeres registran un control tardío, es alarmante el registro de 2 mujeres sin control; 14 casos en los que no se indica esta información y 9 con llenado de forma diferente a lo solicitado en el instrumento. Con respecto al lugar del control prenatal, la mayoría fue en el EBAIS; solamente



hay 8 contabilizadas con registro en hospital y 23 no indican esta información, lo que corresponde a la tercera parte de la población en estudio.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a Control prenatal en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 9.

**Tabla 9**

*Control prenatal en las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

CONTROL PRENATAL	SÍ		NO		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Vacunación	24	30.76%	7	8.9%	47	60.25%	0
Exámenes Indicados/ reportados	32	41.02%	2	2.56%	38	48.71%	6	7,69%
Medicación de rutina	31	39.74%	1	1.28%	41	52.56%	5	6.41%
Estudios complementarios Indicados y reportados	28	35.89%	9	11.53%	36	46.15%	5	6.41%
Referencia otro nivel	14	17.94%	12	15.38%	34	43.58%	18	23,07%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 9, con respecto a la atención de rutina brindada en los controles prenatales, se evidencia que en cuanto a la vacunación, la mayoría no registra información sobre este rubro y 7 señalan no haber recibido vacunación. Con respecto a la indicación y reporte de exámenes, tan solo 32 se contabilizan afirmativamente y reportados y en referencia a la medicación de rutina cabe recalcar que 41 de los casos no indican respuesta en este ítem y 6 registran llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento.

Sobre los estudios complementarios (indicación y reporte), 36 no registran respuesta y 5 registran llenado de forma diferente a lo solicitado en el instrumento y con respecto a si hubo referencia a otro nivel de atención, 34 casos no indican esta respuesta.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a Control prenatal en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 10.

**Tabla 10**

*Control prenatal en las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

CONTROL PRENATAL	SÍ		NO		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Ganancia de peso	24	30,76%	0	0%	48	61.53%	6
Sobrepeso	6	7.69%	0	0%	0	0%	0	0%
Adecuado	18	28.07%	0	0%	0	0%	0	0%
Identificación Factor Riesgo	35	44.87%	13	16.66%	29	37.17%	10	12,82%
Clasificación de riesgo	49	62,82%	0	0%	26	33.33%	3	3,84%
Alto	32	41.02%	0	0%	0	0%	0	0%
Bajo	17	21.79%	0	0%	0	0%	0	0%
Atención cada consulta	37	47.43%	6	7.69%	31	39.74%	4	5.12 %

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 10, con respecto a la ganancia de peso, la mayoría no indican respuesta en este ítem y 6 registran llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento. Sobre la identificación de factores de riesgo, 35 mujeres indican que sí se identifican, 20 mujeres no señalan esta información y 10 registran llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento.

Asimismo, con respecto a la atención en cada consulta, se contabilizan 31 casos en los cuales no se indica respuesta.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a la Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 11.

**Tabla 11**

*Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN EN EMERGENCIAS	SÍ		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Fecha de ingreso	6	4.86%	5	4.05%	23	18.63%	47
Hora de ingreso	32	25.92%	4	3.24%	42	34.02%	3	3,70%
Hora atención	19	15.39%	5	4.05%	53	42.93%	4	3.24%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 11 se observa con respecto a la fecha de atención, que en 23 de los casos no se indica respuesta, al igual que no se registra la hora de ingreso y la hora de la atención en la mayoría. De igual manera, se mantiene la constante de respuesta con datos distintos a lo solicitado en el instrumento, lo cual crea vacíos en la obtención de resultados.

Con respecto a la hora de ingreso, es importante recalcar que sólo 32 casos la registran; mientras que solamente 10 casos señalan la hora de atención.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 12.

**Tabla 12**

*Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN EN EMERGENCIAS.	SÍ		NO APLICA		NO INDICA	
	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico ingreso	44	54,32%	4	3.24%	32	25.92%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 12 se señalan los diagnósticos de ingreso de las mujeres que presentaron muerte materna 2 mujeres registran óbito fetal, 5 preeclampsia, 2 parto extrahospitalario, y un caso de cada uno de los siguientes diagnósticos: síndrome coronario agudo, ictericia generalizada, embarazo I trimestre, enterocolitis aguda y HE, embarazo molar, ruptura prematura de membranas y corioamnioitis, aborto completo, embarazo de 34.6 semanas y observación por síndrome HELLP, embarazo 9 semanas con síndrome confusional y vómitos, cardiópata con arritmia cardiaca, amenaza de parto prematuro, embarazo de término, infección de vías respiratorias superiores, fiebre y rinorrea por una semana, observación por ruptura prematura de membranas con fiebre E-E- A/D dengue clásico, E/E por contracciones, labor lenta, sangrado desde anoche, HTA IE con amenaza de parto prematuro y deshidratación - colelitiasis- cólico vesicular - pancreatitis aguda- embarazo temprano, inicio de labor, embarazo 41 semanas, asma, embarazo de 38 semanas, sangrado vaginal, ruptura prematura de membranas altas con observación por hipoquinesia fetal, restricción de crecimiento intrauterino y oligohidramnios, sangrado transvaginal profuso con feto en presentación pélvica. cuadro de dolor agudo litiasis renal, contracciones y salida secreción, moco y sangre, dolor abdominal E/E, cuadro dolor abdominal y disuria, trastorno depresivo reactivo y finalmente, vómitos y deposiciones diarreicas.

Como se observa las patologías más frecuentes por las cuales ingresaron a consultar al servicio de emergencia son la preeclampsia (5 casos), óbitos fetales (2) y 2 partos extrahospitalarios.

Sin embargo, un dato importante de recalcar es que en más de la tercera parte de la población no se registra el diagnóstico de ingreso continuando de esta manera con el común denominador de vacíos en la información brindada.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 13.

**Tabla 13**

*Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN EN EMERGENCIAS	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Control SV (Si/no)	31	25.11%	3	2.43%	5	4.05%	41	33.21%	1
Examen Físico completo (Si/no)	23	18.63%	10	8.1%	5	4.05%	43	34.83%	0	0%
Exámenes Laboratorio (Si/no)	29	23.49%	5	4.05%	4	3.24%	42	34.02%	1	0.81%
Examen Obstétrico completo (Si/no)	18	14.58%	5	4.05%	6	4.86%	44	35.64%	8	9,87%

**Fuente: elaboración propia.**

*Nota: En el control de signos vitales se incluye: Toma de Frecuencia Cardiaca, Frecuencia respiratoria, Presion arterial y temperatura. En el examen obstétrico completo se aplican maniobras Leopold, Altura Uterina, Tacto Vainal, Valoración bienestar fetal y control FCF.*

En la Tabla 13 se observa que la mayoría de los casos no registran si tuvieron control de signos vitales, examen físico, examen gineco-obstétrico y exámenes de laboratorios y en promedio 5 casos registran la ausencia de estos controles.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 14.

**Tabla 14***Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN EMERGENCIAS	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Detección factores de riesgo (Si/no) Especifique	28	22.68%	7	5.67%	4	3.24%	41	33.21%	1	0.81%
Referencia (Si/no) Especifique	4	3.24%	16	12.96%	6	4.86%	34	27.54%	21	25,92%
Permanencia sala observación (Si/no) Especifique	12	9.72%	11	8.91%	5	6%	45	36.45%	8	9,87%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 14 se puede observar que la mayoría de los casos, más del 30%, no indican respuesta a los ítems en estudio; solo a 28 mujeres se les detecta factores de riesgo; 25 casos registran referencia y de ellos solo 21 indican respuesta con dato, es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento, lo que crea dificultades en la obtención de resultados.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 15.

**Tabla 15***Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN EMERGENCIAS	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Internamiento	24	20.64%	1	0.81%	4	3.24%	32	25.92%	20	24,69%
Hora en que fue atendida por el gineco-obstetra	10	8.1 %	6	4.86%	4	3.24%	57	46.17%	4	4,93%
Atendida por	20	24,69%	0	0%	4	3.24%	43	34.83%	14	17,28%
Realización de exámenes de control	0	0%	0	0%	3	2.43%	60	48.6%	18	22,22%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 15 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta a los ítems en estudio, y mantienen la constante de vacíos en la obtención de la información; la mayoría de los casos registran internamiento, y de ellos 19 corresponden a respuesta con dato; es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento.

Con respecto a la hora de atención por parte de profesional gineco –obstetra, solamente 10 de los casos la registran y se identifican datos de solo 7 pacientes atendidos por profesional gineco-obstetra.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 16.

**Tabla 16**

*Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN EN EMERGENCIAS	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fecha de egreso	17	13.77%	3	2.43%	8	6.48%	46	37.26%	7	5.67%
Condición de egreso	23	28,39	1	0.81%	6	4.86%	43	34.83%	8	6.48%
Referida al servicio/ Traslado al hospital	1	0.81%	14	11.34%	6	4.86%	39	31.59%	21	17.01%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 16 se puede observar que la mayoría de los casos, más del 30% aproximadamente, no indica respuesta a los ítems en estudio, manteniendo la constante de vacíos en la obtención de la información. Con respecto a la fecha de atención, solamente en 17 casos se registra. En relación con la condición de egreso, es importante resaltar que se presentan 5 mujeres fallecidas y en cuanto al traslado hospitalario 21 casos registran respuesta con dato, es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento. Dentro de los datos que se registran se encuentran: nutrición, internada en ginecología, maternidad, emergencias, traslado al Hospital México TAC, UCI, referida, medicina interna, traslado al Hospital San Carlos y de ahí se refiere al Hospital México, traslado Tony Facio, Calderón Guardia, Escalante Padilla, traslado Liberia, internamiento, traslado del HOMACE a HCG por síndrome HELLP.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 17.



**Tabla 17**

*Atención en Emergencias de las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN EN EMERGENCIAS.	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico de egreso	29	35,80%	1	0.81%	6	4.86%	44	35.64%	1	0.81%
Internamiento (servicio)	3	2.43%	8	6.48%	5	4.05%	41	33.21%	24	19.44%
Fallecida	7	5.67%	32	25.92%	4	3.24%	38	30.78%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 17 se puede observar que la mayoría de los casos, más del 30% aproximadamente, no indican respuesta a los ítems en estudio.

De acuerdo con el diagnóstico de egreso, 29 casos especifican su diagnóstico de ingreso, 3 registran internamiento y 7 mujeres fallecidas. Dentro de los diagnósticos de egreso registrados se encuentran: Colestasis E-E, embarazo 17.4 semanas, embarazo molar, aborto completo, traslado HCG, embarazo 34.6 semanas, observación síndrome HELLP, cardiopatía. síndrome febril sistémico en embarazo de 30 semanas, amenaza parto prematuro con 2cm de dilatación y valoración de bienestar fetal, observación dengue, cuadro febril E/E en embarazo de 33 semanas, infección de Tracto Uterino, parto en vías de prolongación, hemorragia pulmonar en embarazo de 34 semanas, aborto retenido, amenaza de parto prematuro, 3 casos de preeclampsia, 2 cesáreas inmediatas, y los siguientes diagnósticos se presenta uno de cada uno: parto extrahospitalario linfoma, colelitiasis- cólico vesicular - pancreatitis aguda- embarazo temprano, fallecida PCR, labor de parto HIE embarazo 38 Semanas, embarazo de 41 semanas, asma, sangrado vaginal y arritmia cardiaca letal, cuadro séptico, aborto retenido.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a la Atención hospitalaria en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 18.

**Tabla 18**

*Atención hospitalaria en las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN HOSPITALARIA	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hora de Ingreso	23	29.48%	0	0%	2	2.56%	53	67.94%	0	0%
Fecha de ingreso	47	60.25%	2	2.56%	3	3.84%	22	28.20%	4	5,12%
Ingresa al servicio	26	33%	0	0%	3	3.84%	45	57.69%	4	5,12%

**Fuente: Elaboración: propia.**

En la Tabla 18 se puede observar que la mayoría de los casos, no indican respuesta a los ítems en estudio. Con respecto a la hora de ingreso, solamente 23 casos la registran, 11 casos ingresaron al servicio de emergencias y 14 al servicio de obstetricia, maternidad y ginecología.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención hospitalaria en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 19.

**Tabla 19***Atención hospitalaria en las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN HOSPITALARIA	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiempo transcurrido (admisión a valoración gineco-obstetra HORAS)										
	15	19,23%	0	0%	0	0%	63	80.76%	0	0%
Menos de 20 min	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Una hora	4	5.12%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Dos horas	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Entre 3-6 horas	5	6.41%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Entre 7-10 horas	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Más de 10 horas	2	2.56%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
30 horas	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Referida por	1	1.28%	2	2.56%	3	3.84%	54	69.23%	18	23,07%
Examen físico de ingreso	22	28.20%	1	1.28%	3	3.84%	52	66.66%	0	0%
Atendida por	6	7.69%	0	0%	8	10.25%	53	67.94%	12	15,38%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 19 se puede observar que la mayoría de los casos, no indican respuesta a los ítems en estudio.

Se registra el tiempo transcurrido desde admisión a la valoración gineco-obstetra en 15 casos, de los cuales, solamente uno registra atención en menos de 20 minutos, sucesivamente se registran 4 casos atendidos en una hora, un caso en 2 horas, 5 en un lapso de 3 a 6 horas posteriores al ingreso, 1 caso de 7 a 10 horas, 2 de más de 10 horas y uno de más de 30 horas. Se hace referencia a que 2 de las pacientes no son referidas, sino que asisten de acuerdo con su criterio y no se identifica atención por profesional en gineco-obstetricia.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a la Atención del aborto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 20.

**Tabla 20**

*Atención del aborto en las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN ABORTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fecha de ingreso	2	2.56%	3	3.84%	38	48.71%	31	39.74%	4	5,12%
Hora de internamiento	3	3.84%	0	0%	31	39.74%	43	55.12%	1	1.28%
Referida por	0	0%	0	0%	31	39.74%	43	55.12%	4	5,12%
Internada en servicio	5	6,41%	0	0%	30	38.46%	43	55.12%	0	0%
Examen físico ingreso	3	3.84%	1	1.28%	30	38.46%	43	55.12%	1	1.28%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 20 se puede observar que la mayoría de los casos, no indican respuesta a los ítems en estudio.

No se indica la fecha de ingreso; solamente 4 señalan que sí hubo atención del aborto. Con respecto a la hora de la atención, solamente 3 la indican; 4 casos mencionan atención en el servicio de ginecología y una en maternidad.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención del aborto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 21.

**Tabla 21**

*Atención del aborto en las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN ABORTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	EG	4	5.12%	0	0%	30	38.46%	43	55.12%	1
Manejo amenaza aborto	0	0%	0	0%	31	39.74%	46	58.97%	1	1.28%
Tipo de aborto	5	6,41%	0	0%	30	38.46%	43	55.12%	0	0%
Inducido	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Espontáneo	4	5.12%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Complicaciones: Hemorragia / infección.	3	3.84%	1	1.28%	30	38.46%	44	56.41%	0	0%
Tratamiento médico: SI/ NO Especifique:	3	3.84%	0	0%	30	38.46%	43	55.12%	2	2,54%
Tratamiento quirúrgico SI/ NO .Especifique	0	0%	0	0%	30	38.46%	43	55.12%	5	6,41%

**Fuente: Elaboración propia.**

*Nota: En el tipo de aborto se solicitó hacer mención a aborto Espontáneo. Hospitalario, y/o inducido.*

En la Tabla 21 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta a los ítems en estudio.

En referencia con la edad gestacional no se indica en la mayoría. En cuanto al tipo de aborto, se registran 4 espontáneos y 1 inducido; y en relación con el requerimiento de tratamiento médico, se registra 1 caso con utilización de oxicítica; y con tratamiento quirúrgico se indican 4 abortos uterinos instrumentales y un legrado con laparotomía exploratoria.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención del aborto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 22.

**Tabla 22**

*Atención del aborto en las mujeres que presentaron muerte materna. (N=78)*

ATENCIÓN ABORTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Control signos vitales: (SI/NO)	3	3.84%	0	0%	29	37.17%	43	55.12%	3	3.84%
Fecha de egreso	4	5.12%	0	0%	30	38.46%	44	56.41%	0	0%
Hora de egreso	4	5.12%	0	0%	30	38.46%	44	56.41%	0	0%
Condición egreso	4	5.12%	0	0%	30	38.46%	44	56.41%	0	0%
Viva	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Muerta	3	3.84%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Traslado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Días estancia hospitalaria	4	5.12%	0	0%	30	38.46%	44	56.41%	0	0%
Diagnóstico de egreso	5	6.41%	0	0%	29	37.17%	44	56.41%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia.**

*Nota: Con respecto a la condición egreso se solicitó especificar si egresa viva, traslado y/o muerta*

En la Tabla 22 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta a los ítems en estudio.

Con respecto a la hora de ingreso, solo 4 casos la registran; en relación con la condición de egreso se señalan 3 fallecidas y 1 viva, 4 registran días de internamiento y los 5 casos indican el diagnóstico de egreso, los cuales se detallan a continuación: shock hipovolémico y enfermedad trofoblástica, LIU, carcinomatosis peritoneal fase terminal, endometritis severa - bacteriuria por E. coli necrosis intestinal - útero superficie irregular con fibrina; y arritmia cardíaca letal, cuadro séptico, aborto retenido.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a la Atención de Labor de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 23.

**Tabla 23**

*Atención de Labor de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna.*

(N=78)

ATENCIÓN LABOR PARTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Hora Ingreso	20	25.64%	0	0%	6	7.69%	52	66.66%	0
Referida por	0	0%	2	2.56%	5	6.41%	50	64.10%	21	16,38%
Valoración ingreso	22	28,20%	0	0%	4	5.12%	50	64.10%	2	2.56%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 23 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta a los ítems en estudio.

En referencia a la hora de ingreso, en 20 casos se registran; mientras que en cuanto al ítem de referencia, 21 casos registran respuesta con dato, es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento. También 19 casos son atendidos por profesionales en gineco – obstetricia.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención de Labor de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 24.

**Tabla 24***Atención de Labor de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna.**(N=78)*

ATENCIÓN LABOR PARTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Diagnóstico de ingreso	32	41,02%	0	0%	3	3.84%	45	57.69%	0
Examen físico de ingreso	18	23.07%	5	6.41%	4	5.12%	49	62.82%	2	2.56%
Control de signos vitales	24	30.76%	0	0%	4	5.12%	48	61.53%	2	2.56%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 24 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta a los ítems en estudio. Y en referencia con el diagnóstico de ingreso, se registra en 32 casos, corresponden a 5 EG 41 semanas, 1 G5P4A0C0 Embarazo 39.5 semanas DM II, 1 PP OT Embarazo 38 semanas cesárea, sangrado TV, 1 PCR, 1 embarazo 41 semanas, 1 embarazo gemelar, presentaciones pélvicas, 1 colestasis en estudio, 3 Óbito fetal, 1 RPM corioamniotitis, 1 observación Síndrome HELLP, 1 cardiopatía, 6 labor de parto, 1 labor acelerada, 2 partos en vías de prolongación, 2 HTAIE, 1 cesárea, 3 partos extrahospitalario. Se observa un Síndrome mieloproliferativo, 1 por preeclampsia severa y otro por DPPN sangrado 3 trimestre. También es importante hacer referencia a que se registran 18 casos con examen físico de ingreso y 24 con control de signos vitales.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención de Labor de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 25.



**Tabla 25***Atención de Labor de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna**(N=78)*

ATENCIÓN LABOR PARTO	SÍ		NO		NO APLICA NO INDICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Examen Obstétrico	24	30,76%	0	0%	4	5.12%	48	61.53%	2
Completo	19	24.35%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Incompleto	5	6.41%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Llenado Partograma	12	15.38%	6	7.69%	8	10.25%	52	66.66%	0	0%
Clasificación RO (Alto -Bajo)	21	26.9%	0	0%	6	7.69%	50	64.10%	1	1.28%
Detección Factores Riesgo	23	29,48%	0	0%	6	7.69%	48	61.53%	1	1.28%
ARO	20	25.64%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
BRO	3	3.84%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Traslado	0	0%	0	0%	7	8.97%	43	55.12%	28	35,89%
Sala expulsivo	7	8.97%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
SOP	20	25.64%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Otro establecimiento	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 25 se puede observar que la mayoría de los casos, aproximadamente un 60%, no indican respuesta a los ítems en estudio. Cabe destacar 5 casos con examen gineco-obstétrico incompleto, 6 sin llenado de partograma y sin clasificación de riesgo, 20 con alto riesgo obstétrico, 7 trasladados a expulsivo y 20 a sala operaciones.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención de Labor de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 26.

**Tabla 26**

*Atención de Labor de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna.*

(N=78)

ATENCIÓN LABOR DE PARTO	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Complicaciones	22	28,20%	0	0%	6	6.10%	50	64.10%	0

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 26 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta de si hubo complicaciones y en 22 de los casos se especifica la complicación presentada, de las cuales corresponden a 2 de sangrado posparto, 2 convulsiones, 3 desprendimiento de placenta y coagulopatía de consumo, 2 sangrado transvaginal, 2 óbito, 2 cardiopatía, 1 parto pretérmino en el hogar, 2 insuficiencia uteroplacénaria y oligoamnios severo, 1 labor acelerada, 1 HTA-presentación transversa, 1 arresto en el descenso. 2 síndrome de HELLP y coagulopatía y 1 crisis vasooclusiva pulmonar.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a la Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 27.

**Tabla 27***Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN DE PARTO	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
							NO INDICA			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de parto	17	21,79%	0	0%	25	32,05%	0	0%	36	46,15%
Espontáneo	4	5.12%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Inducido	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Conducido	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Cesárea electiva	2	2.56%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Cesárea emergente	8	10.25	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Fórceps	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Recién Nacido: Vivo/Muerto	45	57,69%	0	0%	2	2.56%	28	35.89%	3	3,84%
Vivo	35	44.87%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Muerto	10	20.51%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Presentación fetal: Cefálica-pélvica-Otro	26	33,33	0	0%	2	2.56%	46	58.97%	0	0%
Pélvico	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Cefálico	25	32.05%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 27 se puede observar en referencia al tipo de parto que se registran 31 cesáreas, de las cuales 12 se especifican como de emergencia; y además, 14 partos con su especificación correspondiente.

Con respecto a la condición de los recién nacidos, se señalan 13 fallecidos y en cuanto a su presentación, 25 eran cefálicos. Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 28

**Tabla 28***Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN DE PARTO	SÍ		NO		NO APLICA NO INDICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Duración período expulsivo	3	3,84%	0	0%	10	12.82%	46	58.97%	19
10 Minutos	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
30 Minutos	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
40 Minutos	1	1.28%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Tipo alumbramiento	7	8,97%	0	0%	14	17.94%	42	53.84%	15	19,23%
Espontáneo	4	5.12%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Extracción manual	3	3.84%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Placenta: Completa/Incompleta	22	28,20%	0	0%	7	8.97%	40	51.28%	9	11,53%
Completa	20	25.64%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Incompleta	2	2.56%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Desgarro										
SI/ NO. Especifique	2	2.56%	9	11.53%	16	20.51%	37	47.43%	14	17.94%
Episiotomía										
SI/NO. Especifique	6	7.69%	4	5.12%	19	24.35%	36	46.15%	13	16.66%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 28 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta. Con respecto a la duración del expulsivo solamente 3 casos indican el tiempo con 10, 30 y 40 minutos respectivamente. En referencia al tipo de alumbramiento, solamente 4 indican espontáneo y 6 registran cesárea, manual.

En relación con la condición de la placenta, 2 la registran incompleta, así como 2 casos con desgarro y 6 con episiotomía.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 29.

**Tabla 29***Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN DE PARTO	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
							NO INDICA			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Condición MO	19	24,35%	0	0%	3	3,84%	48	61,53%	8	10,25%
Integras	15	19,23%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Rotas	4	5,12%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Características LA	20	25,64%	0	0%	5	6,41%	50	64,10%	3	3,84%
Claro	6	7,69%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Meconizado	11	14,10%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Sanguinolento	3	3,84%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia**

En la tabla 29 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta. Acerca de la condición de las membranas ovulares, se registran 10 casos con membranas ovulares rotas; y en relación con las características del líquido amniótico, se registran 11 casos con líquido meconizado, 5 con líquido sanguinolento y 1 con ausencia de líquido amniótico.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 30.

**Tabla 30***Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN DE PARTO	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
							NO INDICA			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Complicaciones	28	35,89%	3	3,84%	4	5,12%	41	52,56%	2	2,54%
Medicación	6	7,69%	3	3,84%	2	2,56%	52	66,66%	15	19,23%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 30 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta, aproximadamente más de un 50%.

Referente a las complicaciones en la atención de parto, en 29 de los casos se señala la complicación presentada de la siguiente manera: 3 HPP, 1 eclampsia, SFA, DPPNI, HELLP, 1 DPPNI en un 25% con abundantes coágulos y sangrado severo, 5 PCR sepsis materna/ PCR sepsis materna/ PCR/, 1 no responde a indicaciones y sufre desorientación, 1 DIP II desaceleraciones de hasta 60 - insuficiencia útero placentaria - oligoamnios severo doble circular, 1 parto instrumentado, 2 HTA DPNI eclampsia, 1 STV PP, 1 usuaria fallecida al momento de la cesárea, 1 preeclampsia, 1 cesárea sin complicaciones, 1 muerte fetal, 1 atonía uterina post cx, 1 episorrafia, 2 ruptura uterina - sangrado- HTA - PCR/ ruptura uterina, 1 LUI Núm2 - expulsivo y SOP x retención de restos, 1 se intuba, 1 se valora transoperatoriamente encontrando bazo atrófico, no se realiza esplenectomía, se deja drenaje en cavidad y se traslada a unidad emergencias quirúrgicas, presentando posoperatorio inmediato sangrado severo por herida qx. se realiza masaje uterino, con sangrado persistente, hipotensa, 1 síndrome de HELLP, acretismo placentario, sangrado intraoperatorio severo y 2 sangrado, se inicia transfusión/ sangrado. También se especifica si hubo aplicación de medicamentos, y 3 casos registran no haber administración de los mismos.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 31.

### Tabla 31

#### *Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN DE PARTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Transfusión sanguínea.	18	23,07%	8	10,25%	4	5,12%	47	60,25%	0	0%
Lugar atención parto.	42	53,84	0	0%	4	5,12%	32	41,02%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia.** Nota: Con respecto al ítem transfusión sanguínea, se solicita especificar (cantidad) de Sangre total, Glóbulos rojos, Plaquetas y Plasma crioderivados.

En la tabla 31 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta. Se registran 18 casos con transfusión sanguínea, y 1 atención de parto en ambulancia y otra en el hogar; el resto en establecimiento hospitalario.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a la Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 32.

### Tabla 32

*Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN POST-ABORTO POST-PARTO	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	NO INDICA		n	%
							n	%		
Signos y síntomas alarma post egreso	7	8,75%	0	0%	9	11,25%	41	51,25%	23	28,75%
Sintomatología	18	22,50%	0	0%	9	11,25%	46	57,50%	7	8,75%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 32 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta, aproximadamente más de un 50%.

Referente a si presentaron signos y síntomas de alarma post parto o post aborto, la mayoría no registra respuesta y 23 señalan respuesta con dato, es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento. Entre ellos, 8 corresponden a respuesta con dato no relacionado con ítem por ejemplo: recuperación, SOP, UCI, LIU por aborto, se traslada Hospital México, consulta emergencias tras 10 días postparto; 2 respuesta con dato de fecha y lugar donde busca atención, 2 respuesta con dato que indica muere en SOP/ Pte muere antes, 1 respuesta con dato de que no se cuenta con expediente ni instrumentos de análisis de caso por parte de la Comisión

Nacional de Muerte Materna, solamente con el formulario de autopsia forense, y correo indicando espera de autopsia para determinar si es muerte accidental, 1 de Pte permanece internada post legrado n/a, 1 respuesta con fecha, 1 de que no se documentan datos al respecto, caso sumamente incompleto. 2 de paciente internada post parto inmediato en cm, 1 LUI hace 7 días por aborto tardío, 1 Sí, 3hrs posterior parto, 1 hogar, 1 Sí, cesárea y 1 de usuaria fallecida. Y con respecto a la sintomatología, 18 casos registran respuesta con sintomatología y 7 respuesta con datos que corresponden a 1 usuaria fallecida, 1 paciente permanece internada post legrado n/a, 1 paciente muere antes, 1 PCR, 1 no hay datos, 1 no aplica aborto, 1 muere en sala de operaciones.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 33.

**Tabla 33**

*Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna  
(N=78)*

ATENCIÓN POST-ABORTO POST- PARTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Profesional con que consulta	8	10%	0	0%	9	11,25%	51	63,75%	12
Establecimiento de salud donde consulta	18	22,50%	0	0%	6	7,50%	50	62,50%	5	6,25%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 33 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta, aproximadamente más de un 60%. También en cuanto al profesional que brinda la atención, solamente 8 casos registran esta respuesta y 12 señalan respuesta con dato; sin embargo el dato no hace referencia específicamente a profesional sino a la unidad en la cual se atendió y respuestas como por ejemplo: control hospitalario HSVP, medicina, no aplica aborto, muere en



SOP, usuaria fallecida, paciente permanece internada post legrado N/A, paciente muere antes, internada médico, valorada en UCI y no datos.

Con respecto al establecimiento en el cual se brindó la atención, 18 casos registran esta información y 5 señalan información con dato, es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento, con respuestas como por ejemplo: no aplica aborto, muere en sala de operaciones, paciente permanece internada post legrado N/A, paciente muere antes y especialista valora.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 34.

### **Tabla 34**

*Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN POST-ABORTO POST- PARTO	SÍ		NO		NO APLICA NO INDICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Tuvo complicaciones registro llamada de emergencia.	6	7,50%	0	0%	6	7,50%	60	75%	8
Tuvo control posparto si/no. Explique	7	8,75%	0	0%	10	12,5	55	68,75%	8	10%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 34 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta. Con respecto a complicaciones en la llamada de emergencia es importante resaltar 5 casos que registran complicaciones y con respecto a si hubo control postparto 15 poseen respuesta con dato, es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 35.

**Tabla 35**

*Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN POST-ABORTO POST- PARTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Establecimiento donde se controló el posparto	9	11,25%	0	0%	15	18,75%	49	61,25%	7	8,75%
Historia del control posparto	3	3,75%	0	0%	15	18,75%	53	66,25%	9	11,25%

**Fuente: Elaboración propia.**

*Nota: El ítem de Historia del control posparto solicita: Fecha/hora/número de días posparto.*

En la Tabla 35 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta. Con respecto al establecimiento del control posparto, solamente 9 registran el establecimiento y 7 respuestas con dato, es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento. En relación con los números de días post parto, solamente 3 casos registran esta información y 9 respuestas con dato (llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento).

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 36.

**Tabla 36**

*Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN POST-ABORTO POST- PARTO	SÍ		NO		NO APLICA				RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
							NO INDICA			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Examen físico completo: SI/NO especifique	11	13,75%	0	0%	10	12,50%	51	63,75%	8	10%
Control de signos vitales (SI/NO) PA-FR-FC-T	14	17,50%	1	1,25%	7	8,75%	53	66,25%	5	6,25%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 36 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta. Es importante hacer énfasis en que se registran las siguientes respuestas con dato, es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento: 8 casos de examen físico y 5 de control de signos vitales.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención Post Aborto-Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 37.

**Tabla 37**

*Atención de Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN POST-ABORTO POST-PARTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Detección factores de riesgo SI/NO Especifique	15	18,75%	1	1,25%	3	3,75%	54	67,50%	7
Clasificación del riesgo BAJO/ALTO	9	11,25%	4	5%	6	7,50%	54	67,50%	7	8,75%
BAJO	1	1,25	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ALTO	8	10	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 37 se puede observar que la mayoría de los casos no indican respuesta, aproximadamente más de un 60%. Referente a detección de factores de riesgo, 54 casos no indican, 7 registran respuesta con dato, y en 15 se señala detección de factores de riesgo. De estos últimos, 8 son clasificados como alto riesgo obstétrico, 1 como bajo riesgo obstétrico y el resto están registrados como respuesta con dato.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención Post Aborto-Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 38.

**Tabla 38**

*Atención Post Aborto- Post Parto en las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN POST-ABORTO POST- PARTO	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Le entregaron referencia SI/NO. Dónde?	1	1,25%	0	0%	11	13,75%	60	75%	8

**Fuente: Elaboración propia.**

*Nota: **Observaciones más relevantes:** Fallo al sistema de referencia y contrareferencia. Parto normal, se pasa maternidad y deambula 6hrs postparto. Enfermería informa que usuaria se desvanece sobre bebé. Se llama al médico pero no acude porque está en parto. Una médica que es usuaria le brinda RCP.*

En la Tabla 38 se puede observar que un 75%.de los casos no indican respuesta y 8 registran respuesta con dato; es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento. Es importante recalcar las observaciones más relevantes como detección de fallo al sistema de referencia y contrareferencia y falta de personal médico en la atención de una de las usuarias.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto a la Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 39.

**Tabla 39***Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN EN LA MUERTE	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Días Postparto –Postaborto	32	41,02%	0	0%	15	19.23%	10	12.82%	21	26,92%
1- 5 días	14	17.94%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
6-10 días	5	6.41%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Más 11 días	6	7.69%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
1-8 horas	5	5.12%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Más 8 horas	2	2.56%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Lugar de ocurrencia de la muerte materna	72	92,30%	0	0%	0	0%	3	3.84%	3	3.84%
Hospital Público	64	82.05%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
CAIS	2	2,56%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Domicilio	6	7.69%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Periodo durante el que ocurrió la muerte	49	52,56%	0	0%	0	0%	3	3.84%	26	33,33%
Embarazo	13	16.66%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Postparto	34	43.58%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Postaborto	2	2.56%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Realización autopsia	59	75.64%	14	17.94%	0	0%	5	6.41%	0	0%
Lugar de autopsia	59	75.64%	13	16.66%	0	0%	5	6.41%	1	1.28%

Medicatura forense	33	42.30%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Hospitalaria	26	33.33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

---

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 39 se puede observar con respecto a los días post parto o post aborto que se registran 9 casos inmediatos, 5 de 1 a 8 horas, 2 de más de 8 horas y 27 de 1 día o más. En cuanto al lugar de ocurrencia cabe resaltar 6 casos registrados como domiciliarios y 3 como desconocidos.

Con respecto al periodo de ocurrencia, 10 se dieron en el postparto inmediato, y el periodo de mayor ocurrencia corresponde al post parto, seguido del embarazo y los de menor ocurrencia post cesárea y post aborto. A 14 casos no se le realizaron autopsias y de las autopsias realizadas, 26 son hospitalarias y 33 de medicatura forense.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 40.

### Tabla 40

*Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN EN LA MUERTE	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atendido por: (Profesional de la salud).	39	50%	0	0%	0	0%	35	44.87%	4	5,12%

---

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla 40 se puede observar que aproximadamente un 40% de los casos no indican respuesta. La mayoría fueron atendidos por médico y enfermera y que uno por la Cruz Roja.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 41.

**Tabla 41**

*Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN EN LA MUERTE	SÍ		NO		NO APLICA		NO INDICA		RESPUESTA QUE CONTIENE DATO	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Causa de muerte	51	65,38%	0	0%	0	0%	11	14.1%	8
Causa obstétrica directa	29	37.17%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Causa obstétrica indirecta	12	15.38	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Causa no obstétrica directa	3	3.84	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Causa no obstétrica indirecta	7	8.97%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

**Fuente: Elaboración propia.**

En la Tabla 41 se puede observar que más del 10% de los casos no indican respuesta. También se registran 8 casos con respuesta con datos; es decir, llenado de forma distinta a lo solicitado en el instrumento. La mayoría de los casos corresponde a causa obstétrica directa, seguido de causa obstétrica indirecta, causa no obstétrica indirecta y causa no obstétrica directa.

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 42



**Tabla 42***Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ATENCIÓN MUERTE	SÍ	NO	NO APLIC A	NO INDICA	RESPUESTA QUE CONTIENE DATO						
	n %	n %	n %	n %	n %	n %					
<b>Condición final</b>	61 78%	0 0%	0 0%	13 16%	4 5%						
Prevenible	43 55%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%						
No prevenible	18 23%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%						
<b>Prevenible (nivel atención)</b>	<b>I N</b>	<b>II N</b>	<b>III N</b>	<b>I y II N</b>	<b>I y III N</b>	<b>I-II-III N</b>	<b>P. homac e.</b>	<b>I-II-II N (ortop). No por GO</b>			
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	
Prevenible en	10 13%	4 5%	2 2%	13 17%	1 1%	1 1%	1 1%	1 1%	1 1%	1 1%	
<b>Factores atribuibles</b>	<b>Pers salud.</b>	<b>Serv salud. C. vida.</b>	<b>C. biológ.</b>	<b>Serv salud. P salud. C. biológ. C. vida</b>	<b>C biológ. C vida.</b>	<b>Serv salud. P salud. C vida</b>	<b>P salud. C</b>	<b>Serv salud. P salud. C biológ.</b>	<b>Serv salud. Personal salud.</b>		
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	N %	%	
Atribuible a	4 5%	2 2%	4 5%	10 13%	2 2%	3 4%	10 13%	6 8%			

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla 42 se puede observar que aproximadamente más del 15% no indican respuesta. Con respecto a la condición final, se determinan que la mayoría de las muertes eran prevenibles y 18 casos no prevenibles. La mayoría de los casos fueron prevenibles en el primer y segundo nivel de atención y atribuibles a servicios de salud, personal de salud, condiciones biológicas, condiciones de vida

Se continúa presentando los resultados obtenidos con respecto a la Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna, en la tabla 43.

### Tabla 43

#### *Atención en la muerte de las mujeres que presentaron muerte materna (N=78)*

ANALISIS MUERTE POR CNMM	MUERTE 2012		MUERTE 2013		MUERTE 2014		MUERTE 2015		MUERTE 2016		NO INDICA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Análisis</b>												
Año 2012	11	14%	11	14%	0	0%	0	0%	0	0%	3	4%
Año 2013	0	0%	4	5.12%	4	5%	0	0%	0	0%	0	0%
Año 2014	0	0%	0	0%	20	25%	0	0%	0	0%	2	3%
Año 2015	0	0%	0	0%	0	0%	5%	6%	10	13%	0	0%
<b>Llenado instrumentos</b>	<b>COMPLETO</b>				<b>INCOMPLETO</b>				<b>SIN INSTRUMENTO</b>			
	n	%			n	%			n	%		
	29	37%			30	38%			19	24%		

**Fuente: Elaboración propia**

En la tabla 43 se puede observar con respecto a la fecha de realización de análisis de muerte materna por parte de la comisión que en el 2012, de los 23 casos, 3 no registran fecha y 9 fueron analizados en el 2013. En el 2013, de los 8 casos, 4 fueron analizados en 2014. En el 2014, de los 22 casos, 2 no registraron fecha y 10 fueron analizados en el 2015. En el 2015, de los 15 casos, 10 fueron analizados en el 2016. Y finalmente, de los 78 casos, 19 se encuentran sin instrumento.

## **Análisis de resultados**

A continuación, se procede al análisis de resultados según los objetivos planteados en esta investigación, desde el enfoque de las tres demoras de salud.

Como dato general se registra un total de 78 casos de muertes entre el 2012 y el 2015 según los archivos de la Comisión Nacional de Muerte Materna del Ministerio de Salud. De ellos, 2 no han sido clasificados formalmente como muerte obstétrica y se encuentran en investigación y análisis por parte del personal encargado. Por tanto, se toman en cuenta para efectos de esta investigación, ya que aún no han sido descartados; razón por la cual los datos no concuerdan con los del INEC, en donde se registra un total de 77 muertes maternas.

En el 2012 se cuenta con un total de 25 casos registrados por los hospitales públicos y privados como muerte materna, de los cuales 23 son confirmados por el Ministerio de Salud y dos no se clasifican como muerte obstétrica según criterios de la OMS. Estos últimos corresponden al caso número 21 (fallecida 3 meses posterior al aborto), y el caso número 22 (muerte post aborto de 48 días).

En el 2013 se cuenta con un total de 16 casos registrados por los hospitales públicos y privados como muerte materna, de los cuales 14 son confirmados por el Ministerio de Salud y dos no se clasifican como muerte obstétrica según criterios de la OMS. Estos corresponden a un embarazo anémbrionico y suicidio por ingesta de paraquat. Cabe aclarar que el caso número 8, no se sabe si fue causa accidental; por lo cual, se cuenta como muerte materna.

En el 2014 se cuenta con un total de 22 casos registrados por los hospitales públicos y privados como muerte materna, de los cuales 21 son confirmados por el Ministerio de Salud, mientras que uno no se clasifica como muerte obstétrica según criterios de la OMS. Este corresponde a una fallecida que no estaba embarazada en el momento de la muerte.

En el 2015 se cuenta con un total de 22 casos registrados por los hospitales públicos y privados como muerte materna, de los cuales 20 son confirmados por el Ministerio de Salud, y dos no se clasifican como muerte obstétrica según criterios de la OMS. Estos corresponden a una fallecida 53 días postparto y el segundo caso a una fallecida a los 48 días postparto.

Se documenta tanto en datos obtenidos en la investigación, como datos del INEC (defunciones maternas 2000 - 2017) que el año en el que se presenta mayor número de muerte materna corresponde al 2012 y el de menor número al 2013.

La identificación de las demoras en los servicios de salud y su relación con factores biológicos, socioeconómicos y propios de los servicios de la atención obstétrica de nuestro país, es indispensable para diseñar programas que permitan la reducción de la Mortalidad Materna.

Como especifican Elu y Santos (2004), las demoras corresponden al tiempo en que las mujeres tardan en:

- Identificar como "no naturales" los síntomas o signos de alarma que se presentan durante el embarazo

- Darle la importancia debida a los primeros avisos que tienen de que "algo no está bien"
- Acudir con la partera o utilizar los "remedios" tradicionales a su alcance
- Tomar una decisión sobre qué hacer cuando estos no resuelven los malestares sentidos
- Comunicar a sus parejas o familias los malestares que están sintiendo
- Tardanza en identificar la necesidad de acudir a la brevedad posible con el personal de salud capacitado o a una unidad hospitalaria.
- El tiempo para tomar la decisión de hacerlo
- Conseguir los recursos económicos necesarios
- Obtener un medio de transporte
- Encontrar un centro de salud abierto y que cuente con el personal y los recursos necesarios para resolver los problemas que se presenten
- Decidir la necesidad de referir a la paciente a una unidad que cuente con dichos recursos, en el caso de que no existan en ella
- Obtener una ambulancia u otro tipo de vehículo para efectuar el traslado
- Diagnosticar bien el problema, obtener los donadores de sangre y los medicamentos solicitados por el establecimiento de salud
- Ser atendida adecuadamente; en ocasiones, cuando lamentablemente ya es demasiado tarde

Asimismo, según la OMS (2016), estas demoras están directamente relacionadas con factores como: “La pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales” (p. 3).

Es por esta razón, que es indispensable analizar el criterio de los autores Carvalho et al. (2012) quienes establecen que

El concepto de “demoras” visto como el tiempo transcurrido entre la aparición de una complicación y su tratamiento y resolución adecuada, permite la vinculación con diversos factores como la distancia, la autonomía de las mujeres y la asistencia médica. Los cuales, analizados individualmente permiten comprender las causas sociales y conductuales que contribuyen como factores negativos en una atención oportuna y la culminación en una muerte materna y estudiados de forma conjunta contribuyen en una caracterización de las mujeres que han sufrido muerte materna en determinadas regiones, lo que permite el establecimiento de políticas sanitarias para la reducción de la tasa de Mortalidad Materna a nivel Nacional y Mundial (p. 70).

Por lo cual, se procederá a identificar cada uno de ellos de acuerdo con los objetivos planteados y determinar si tienen relación con las tres demoras de los servicios de salud.

- **Objetivo Número 1**

**Identificación de factores biológicos relacionados con las mujeres que presentaron muerte materna**

Se determina que aproximadamente un 30% con respecto a todos los casos no indica datos; por lo cual, es imposible realizar un análisis efectivo y certero de la totalidad de las muertes. Esto evidencia las fallas en el llenado del instrumento y crea vacíos en el análisis de los datos, dado el faltante de respuesta para su respectiva investigación. Una vez aclarado esto, se realiza el análisis de los datos correspondientes a la información obtenida.

Los factores biológicos son explorados en las Tablas 1, 2, 3 y 4 en donde se observa que la mayor cantidad de casos registrados, aproximadamente más del 50% no presentaban patologías asociadas ni factores de riesgo; lo cual influye de la siguiente manera en cada una de las demoras.

- **Relación de los factores biológicos con la Demora 1. Decisión de búsqueda de atención**

Según Thaddeus et al. (1994)

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 (p.36).

Con base en esto, se observa, dentro de los datos más relevantes de las tablas mencionadas, que la mayoría de las mujeres, no registran antecedentes de importancia; es decir, se encontraban sanas, sin patologías asociadas y sin factores de riesgo (aproximadamente más de un 40% de los casos).

- La mayoría de las mujeres son multigestas (51) y multíparas (43), con un predominio de grandes multíparas
- Se evidencia un importante fallo en la detección de síntomas y signos alarmantes y la toma de decisión de búsqueda de atención
- Con respecto a los antecedentes patológicos personales, la minoría de las mujeres registran datos específicos. De la cantidad de pacientes que indican este dato, 8, es decir, aproximadamente el 10%, declaran hipertensión arterial (7 hipertensión crónica y 1 hipertensión inducida en el embarazo), 7 cirugía pélvica uterina (5 cesáreas y 2 no especificadas), 2 Diabetes Mellitus, 2 cardiopatías, 1 sangrado y 1 infección a repetición
- En la mayoría de los casos registrados, se detectan fallos en el llenado del instrumento y falta de información, correspondiente aproximadamente a un 30% de los casos

Se procederá al análisis de los factores biológicos determinados como relevantes y su relación con la demora número 1: Demora en detectar síntomas y decidir buscar atención médica:

1. La mayoría de las mujeres que sufrieron muerte materna no registran antecedentes de importancia (aproximadamente en más de un 40% de los casos). Es decir, se encontraban sanas, sin patologías asociadas y sin factores de riesgo. Por lo tanto, se podría inferir que no encontraron oportunamente una razón para buscar atención médico sanitaria.

Según Elu y Santos (2004) una de las causas que pueden influir en las demoras es: “el tiempo en que las mujeres tardan en identificar como "no naturales" los síntomas o signos de alarma que se presentan durante el embarazo” (p.44).

Desde este enfoque, se puede concluir que desde la antigüedad, muchas mujeres continúan considerando que todos, o la mayoría de los síntomas que se pueden presentar durante el embarazo, parto y postparto, son parte de su proceso natural; por ello se puede deducir que al

considerar los signos y síntomas presentados como parte del proceso natural, no encuentran motivo temprano y oportuno para buscar atención médica sanitaria.

Por otra parte, se observa que la mayoría de las mujeres son multigestas (51) y multíparas (43), con un predominio de grandes multíparas, de lo cual, se podría inferir falta de información para detectar signos y síntomas de alarma y/o experiencias previas hostiles que les dificultan tomar la decisión de asistir al centro médico.

“La mala calidad de los servicios influye a su vez en la toma de decisiones de las mujeres y reduce la posibilidad de una atención oportuna”(Carvalho et al.,2012. p.72). También, según la literatura, la multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio al relacionarse estrechamente con la morbimortalidad materna, según estudios realizados por diferentes autores (Yupangui,2012).

Por lo tanto, se podría teorizar que las condiciones fisiológicas del útero pudieron concluir en complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. No obstante, esta condición de multigestidad y multiparidad, genera una gran preocupación sobre la no detección de signos y síntomas alarmantes en estas mujeres, pese a contar con la experiencia de un embarazo y parto previo.

Se evidencia un importante fallo en la detección de síntomas y signos alarmantes y la toma de decisión de búsqueda de atención. Por lo que se puede inferir, no solo que el tipo de experiencia y/o conocimiento que presentan las gestantes es insuficiente para detectar estos signos y síntomas de alarma; sino también que pese a detectar estos riesgos, las mujeres deciden no asistir al centro médico por diferentes circunstancias personales (por ejemplo, la percepción hacia la atención del personal de salud o las experiencias anteriores en los servicios de sanitarios) tal como lo señalan Mazza, Vallejo y González (2012)

A pesar de que se asume que la falta de información en la comunidad es el mayor obstáculo para obtener tratamiento, en una situación dada, esto puede que no sea verdad. Puede ser que las personas saben cuándo se necesita ayuda pero escogen no ir a un hospital porque saben que no hay médicos con habilidades obstétricas. (...) Los factores culturales pueden jugar un papel importante en cuanto a tomar la decisión de buscar ayuda. (...). Además, la reputación de la instalación puede jugar un papel clave. Puede

que las personas no busquen ayuda médica rápida o en absoluto si creen que los servicios son de mala calidad (p.244).

Además, este fallo en detectar los síntomas evidencia una alarmante falta de conocimiento por parte de la familia gestante y su entorno familiar, independientemente de la cantidad de embarazos y/o partos previos. Por lo tanto, se considera indispensable como profesionales de la salud, mejorar uno de los pilares como gestores en educación a la población, no solo desde el primer nivel de salud, sino en cada una de las consultas pre y postnatales. Así como mejorar y/o implementar campañas educativas tanto a nivel escolar como de secundaria, para concientizar y familiarizar a la población con signos y síntomas de alarma; sin dejar de lado los medios de comunicación masiva a través de mensajes publicitarios por parte de las entidades de salud correspondientes.

Por esta razón, la educación, como quehacer de enfermería, es indispensable para formar personas guardianes de su salud y con las herramientas necesarias para involucrarse en la toma de decisiones con respecto al cuidado médico recibido (OMS, 2016).

2. Con respecto a los antecedentes patológicos personales especificados en las mujeres que sufrieron muerte materna, de las pacientes que indican este dato, aproximadamente el 10% declaran hipertensión arterial (7 hipertensión crónica y 1 hipertensión inducida en el embarazo), 7 cirugía pélvica uterina (5 cesáreas y 2 no especificadas), 2 Diabetes Mellitus, 2 cardiopatías, 1 sangrado y 1 infección a repetición. De lo anterior, se puede inferir que la mayoría de las patologías declaradas, corresponden a patologías crónicas y pese a que tuvieron que mantenerse controladas, se desconoce si fue así y/o si pudieran agravarse con su condición de embarazo.

Según la OMS (2016) la mayoría de esas complicaciones pueden aparecer durante la gestación y son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

Específicamente, con respecto a la hipertensión arterial durante la gestación, se conoce que: “La hipertensión es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna (...), tanto en los países industrializados como para aquellos en desarrollo. Y su frecuencia en algunas regiones del mundo puede alcanzar hasta un 35%” (Schwarcz, 2014, p.301).



Por lo tanto, se considera importante el seguimiento y control de los antecedentes patológicos, con la intención de que estos no se agraven durante las condiciones del embarazo y en caso de presentar algún cambio desfavorable, este sea detectado y tratado a tiempo y prevenir de esta forma futuras complicaciones. Ello evidencia la importancia de un estricto control prenatal que sea temprano, continuo, integral y de amplia cobertura.

3. En la mayoría de los casos registrados como muerte materna, se detectan fallos en el llenado del instrumento. El faltante de información corresponde aproximadamente a un 30% de los casos, en los que no se indica respuesta en cada uno de los siguientes ítems: antecedentes patológicos heredofamiliares, antecedentes patológicos personales, antecedentes no patológicos personales y antecedentes gineco-obstétricos, lo que genera vacíos en el análisis de la información obtenida, evidenciando que aún hoy en día, la medición exacta de la mortalidad materna sigue constituyendo un reto inmenso y muchas de estas muertes continúan sin ser contabilizadas. De lo anterior, se puede inferir que existen fallos en la atención médica sanitaria brindada en el control prenatal, y por ende, falta de información que les permita a las mujeres estar atentas ante cualquier síntoma, signo y síntoma de alarma y la búsqueda de atención inmediata.

Estos fallos en la atención médica sanitaria brindada en el control prenatal se presentan en todos los niveles de atención, ya que se deben conocer los antecedentes de todos los pacientes a los que se brinda atención médica.

Sin embargo, el enfoque se hará en el primer nivel de atención del control prenatal, ya que este corresponde a un seguimiento continuo en cada una de las atenciones recomendadas por la OMS y el Ministerio de Salud, en las cuales, el profesional que las brinda debe de ser un especialista en Gineco-obstetricia, capaz de indagar pertinentemente en los antecedentes de cada una de las mujeres y en sus condiciones de vida, asegurando un análisis completo, que permita la detección oportuna y constante de factores de riesgo, su manejo, la toma de acciones temprana, un seguimiento constante y una paciente consciente e informada, minimizando de este modo eventuales futuras complicaciones.

El análisis de datos efectuado concuerda con las causas reportadas por varios estudios correspondientes a la primera demora, como lo es la falta de reconocimiento de los signos de alarma o de la gravedad de la condición (Rodríguez, 2012).

En general, en relación con la demora número 1: Demora en decidir buscar atención, se comparte criterio con los autores Mazza, Vallejo y González (2012) quienes hacen referencia a que:

Cualquiera que sea la razón, que conlleve a la Demora 1, influyen definitivamente en la evitabilidad de las muertes maternas, porque la misma según el concepto actual no solo depende de la atención médica suministrada, sino de la adecuada y oportuna identificación de los signos de alarma por parte de la paciente y su entorno familiar (p.244).

Por ende, una de las metas prioritarias del Sistema de Salud para la disminución considerable en la mortalidad materna, sería lograr que la familia gestante y su entorno familiar, identifiquen correcta, adecuada y oportunamente los signos y síntomas de alarma. Para ello, es indispensable el acompañamiento por parte del profesional de salud desde el primer nivel de atención y con un enfoque familiar, comunitario y de atención de salud óptima, que permita identificar riesgos y debilidades tempranamente y de esta forma lograr intervenir oportunamente con acciones sanitarias de atención obstétrica necesarias y educación constante.

▪ **Relación de los factores biológicos con la Demora 2: Demora en llegar al servicio de salud**

Según Thaddeus et al.(1994) se define como la: “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” (p.37).

Esta demora hace referencia al tiempo que transcurre entre la toma de decisión de buscar atención médica y la llegada al centro de salud, e incluyen en ella, obstáculos relacionados con el transporte (como: falta de transporte, motivos que dificulten el acceso al transporte, falta de persona que la acompañe) y la distancia excesiva hasta los Servicios de Salud (en la que juega un papel importante el tiempo de traslado y acceso a un centro médico especializado).

Con base en esto, en las Tablas 1, 2, 3, 4 y 5, correspondientes a Antecedentes heredo-familiares, Patológicos personales, No Patológicos personales y Gineco-obstétricos respectivamente, se detectaron como factores biológicos más relevantes de las mujeres que sufrieron muerte que:

- La mayoría de las mujeres no registran antecedentes de importancia; es decir, se encontraban sanas, sin patologías asociadas y sin factores de riesgo (aproximadamente en más de un 40% de los casos).
- La mayoría de las mujeres son multigestas (un total de 51 mujeres) y múltiparas (un total de 43 mujeres), con un predominio de grandes múltiparas.
- Se evidencia un importante fallo en la detección de síntomas y signos alarmantes y la toma de decisión de búsqueda de atención.
- Con respecto a los antecedentes patológicos personales, la minoría de las mujeres registran datos específicos, De ellas, 8 (aproximadamente el 10%) declaran hipertensión arterial (7 hipertensión crónica y 1 hipertensión inducida en el embarazo), 7 cirugía pélvica uterina (5 cesáreas y 2 no especificadas), 2 Diabetes Mellitus, 2 cardiopatías, 1 sangrado y 1 infección a repetición.
- En la mayoría de los casos registrados se detectan fallos en el llenado del instrumento. El faltante de información corresponde aproximadamente a un 30% de los casos.

Se procederá al análisis de los factores biológicos determinados como relevantes y su relación con la demora número 2: Demora en llegar al Servicio de Salud.

1. De acuerdo con los datos obtenidos, se concluye que no se encuentra relación directa entre los factores biológicos y esta demora, debido a que más bien está directamente relacionada con la accesibilidad que tiene la familia gestante a un servicio de salud Gineco-obstétrico, una vez que detecta signos y síntomas de alarma y toma la decisión de buscar atención médica y los factores que influyen en esto.

Carvallo et al. (2012) afirman que en esta falta de accesibilidad a los servicios de salud, influyen factores como problemas de transporte, las distancias geográficas, el costo y la pobreza:

(...) las barreras económicas, organizativas y socioculturales controlan el uso de los servicios. El acceso será influenciado por la distribución de los establecimientos de salud, la distancia, el transporte y los costos. Las mujeres que terminan teniendo resultados maternos negativos viajan distancias mayores, pasan por un mayor número de establecimientos y llegan al establecimiento adecuado más tarde (p.71).

Esta demora se asocia a factores socioeconómicos, relacionados directamente con el objetivo número 2 (por lo cual será analizado en el respectivo apartado). De ahí la importancia de un

control prenatal holístico, enfocado en conocer no solo las condiciones de salud de la gestante, sino y más aún, sus condiciones de vida.

Se encuentra una cascada en cadena, ya que si hay fallos en la detección de los signos y síntomas de alarma, se puede producir, por ende, un retraso en la toma de decisión de buscar atención y llegar a los servicios de salud.

▪ **Relación de los factores biológicos con la Demora 3: Demora en recibir tratamiento**

Según, Thaddeus et al. (1994) la tercera demora consiste en:

La demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las etapas 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación (p. 38).

Y esta demora hace referencia al tiempo transcurrido, una vez que la persona se encuentre en el Servicio de Salud y la recepción de atención oportuna y adecuada. Se define como: “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” (Rodríguez-Angulo, 2012, p.7).

En esta demora influyen diferentes factores como la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales. (OMS, 2016).

Con base en esto, se observa dentro de los datos más relevantes, en las Tablas 1, 2, 3, 4 y 5, correspondientes a Antecedentes heredo-familiares, Patológicos personales, No Patológicos personales y Gineco-obstétricos respectivamente, que:

- La mayoría de las mujeres no registran antecedentes de importancia; es decir, se encontraban sanas, sin patologías asociadas y sin factores de riesgo (aproximadamente más de un 40% de los casos)
- La mayoría de las mujeres son multigestas (un total de 51 mujeres) y multíparas (un total de 43 mujeres), con un predominio de grandes multíparas

- Se evidencia un importante fallo en la detección de síntomas y signos alarmantes y la toma de decisión de búsqueda de atención
- Con respecto a los antecedentes patológicos personales, la minoría de las mujeres registran datos específicos. De estas, 8 (aproximadamente el 10%) declaran hipertensión arterial (7 hipertensión crónica y 1 hipertensión inducida en el embarazo), 7 cirugía pélvica uterina (5 cesáreas y 2 no especificadas), 2 Diabetes Mellitus, 2 cardiopatías, 1 sangrado y 1 infección a repetición
- En la mayoría de los casos registrados, se detectan fallos en el llenado del instrumento y faltante de información (aproximadamente un 30% de los casos)

Se procederá al análisis de los factores biológicos determinados como relevantes y su relación con la demora número 3: Demora en recibir tratamiento. Se puede inferir que los antecedentes patológicos y/o factores biológicos de una paciente influyen en parte de la clasificación de riesgo obstétrico; por lo cual, se le puede asociar como determinante para recibir una atención más oportuna o un control más riguroso.

Según el estudio efectuado por Rodríguez,(2012): “las causas más frecuentes que conllevan a la Demora en recibir tratamiento corresponden a) Tratamiento médico inadecuado e inoportuno. b) Aumento del tiempo de espera en la atención. c) Falta de identificación de riesgos en la consulta prenatal. d) Recursos médicos y medicamentos deficientes” (p.7).

Con respecto a los datos más relevantes obtenidos del análisis de los factores biológicos se concluye que

1. La mayoría de las mujeres que sufrieron muerte materna no registran antecedentes de importancia (aproximadamente en más de un 40% de los casos). Es decir, se encontraban sanas, sin patologías asociadas y sin factores de riesgo; por lo que se podría inferir que el no contar con clasificación de riesgo, aumentó el tiempo de espera por recibir atención.

El riesgo corresponde a factores propios de la madre, el producto y su entorno, que pueden propiciar complicaciones durante el embarazo, parto y post parto que podrían culminar en una muerte materna. Por lo tanto, su clasificación es una de las acciones fundamentales que se deben realizar por parte del equipo de salud, para la prevención de la mortalidad materna.

Esta clasificación debe efectuarse desde la captación del embarazo en la primera consulta y en cada una de las posteriores, y va a permitir diagnosticar y brindar tratamiento oportuno, previniendo así complicaciones fatales.

Con respecto al hecho de que el no contar con clasificación de riesgo, podría aumentar el tiempo de espera por recibir atención, es muy importante considerar que la clasificación de una gestante en bajo riesgo obstétrico: "no significa ausencia de riesgo o que este no se desarrollará en el transcurso del embarazo o parto" (Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal parto y posparto 2009, p.25). Por lo tanto, esta clasificación debe de ser dinámica, constante y someterse a una evaluación rigurosa en la que se tome en cuenta de forma integral, cada uno de los ítems y/o factores indicados en la normativa para la clasificación de riesgo obstétrico en las atenciones brindadas.

2. Adicionalmente, se observa que la mayoría de las mujeres son multigestas (un total de 51 mujeres) y múltiparas (un total de 43 mujeres), con un predominio de grandes múltiparas, de lo cual se podría inferir deficiencia en el sistema de salud por falta de identificación y clasificación de riesgo constante, de recursos tanto de personal calificado como de recursos médicos y medicamentos deficientes, tratamiento médico inadecuado e inoportuno; lo que genera aumento del tiempo de espera en la atención médica de emergencia.

Según Carvalho et al. (2012), la mala calidad de los servicios influye a su vez en la toma de decisiones de las mujeres y reduce la posibilidad de una atención oportuna.

3. Según el análisis de los resultados de los datos obtenidos, se evidencia un importante fallo de identificación de riesgos desde la consulta prenatal y en todos los niveles de atención, en relación con antecedentes heredo- familiares, patológicos personales, no patológicos personales y gineco-obstétricos. Se podría inferir la falta de personal calificado para la atención de la familia gestante, que brinde atención prenatal de una forma holística y desde un enfoque de riesgo.

La atención prenatal se define como: "Un conjunto de actividades que deben de realizar los servicios de salud, en los diferentes ámbitos de acción, que permiten asegurar condiciones adecuadas en relación al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijos (...) y tiene como propósito identificar condiciones de riesgo" (Guía de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto. Caja Costarricense de Seguro Social, 2009, p.19)

Esto evidencia que la atención prenatal ofrecida actualmente en nuestro país, cuenta con debilidades importantes en uno de sus pilares fundamentales: identificación de riesgo obstétrico.

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todas las personas o colectivos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado. En algunas, dicha probabilidad es mayor que en otras, ya sea por una predisposición genética, por las condiciones de vida en las que interactúan elementos protectores/destructivos de la salud, por los valores, actitudes, hábitos, conductas, entre otros eventos. (Guía de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto. Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica, 2009)

Con base en lo anterior, es importante recalcar que la atención prenatal a la familia gestante, desde una forma holística y de un enfoque de riesgo, es una de las principales funciones de la enfermería obstetra en el primer nivel de atención. El Colegio de Enfermeras de Costa Rica (2005) en su Artículo 6, hace referencia a que la atención básica a las personas en el escenario de Servicios de Salud se basa en brindar una atención oportuna a embarazadas desde la perspectiva de familia gestante y detección temprana, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos.

También señala que este profesional, en dicho escenario, tiene la posibilidad de una captación temprana, con evaluación constante y holística, valorando tanto factores de riesgo patológicos como de condiciones de vida de la familia gestante y su entorno familiar; sin embargo, por deficiencia en los servicios de salud, no se cuenta con esta figura en todos los EBAIS del primer nivel de atención, lo cual pone en riesgo uno de los pilares de la atención prenatal. Por otra parte en el artículo 7. Atención a familia gestante, se indica que el profesional en enfermería ginecobstétrica y perinatal está autorizado y debe aplicar las normas nacionales en la atención de la mujer embarazada y familia gestante en el embarazo de bajo y alto riesgo; para lo cual realiza y coordina la educación prenatal individual y colectiva en escenarios de salud de segundo y tercer nivel de atención, tanto público como privado. Asimismo, realiza actividades de seguimiento y monitoreo de la salud obstétrica y perinatal y refiere a instancias y profesionales según condiciones de necesidades de la mujer gestante. En el artículo 8. Atención de Alto Riesgo Obstétrico y Perinatal se indica que este profesional realiza intervenciones de enfermería en la atención del parto institucional y de aquellas modalidades autorizadas en el país, en el marco

legal existente; y es el único miembro del equipo de enfermería autorizado para realizar la atención de la mujer y familia en el parto normal y de alto riesgo.

Por ello, es sumamente importante que las autoridades avalen que los profesionales que realicen el control prenatal a las gestantes estén especializados en Gineco-obstetricia, garantizando la experiencia y la pericia necesaria, enfocada en la búsqueda de factores de riesgo holísticamente; así como su seguimiento y tratamiento oportuno a lo largo del embarazo y hasta su culminación, buscando de esta forma la disminución de la tasa de mortalidad materna en nuestro país.

4. Con respecto a los antecedentes patológicos personales especificados en las mujeres que sufrieron muerte materna, de la cantidad de pacientes que indican este dato, 8 (aproximadamente el 10%) declaran hipertensión arterial (7 hipertensión crónica y 1 hipertensión inducida en el embarazo), 7 cirugía pélvica uterina (5 cesáreas y 2 no especificadas), 2 Diabetes Mellitus, 2 cardiopatías, 1 sangrado y 1 infección a repetición. Por ello, se podría inferir que el tratamiento médico brindado fue inoportuno ya que son pacientes que conocen la sintomatología de sus padecimientos crónicos; por lo cual, en su momento quizás no brindaron la importancia necesaria a los síntomas presentados, lo que generó un retraso desde la primera demora, y concretamente en la parte de la atención médica el tratamiento médico no fue brindado en el tiempo prudencial que se amerita de acuerdo con la emergencia; por lo cual, los síntomas se agravan y el tratamiento brindado fue inoportuno (ya que hubo un retraso desde el inicio de los síntomas hasta la atención brindada).

Carvalho et al. (2012) afirman que

Algunos establecimientos que brindan atención obstétrica integral de emergencia reciben un gran número de casos de mujeres en graves condiciones, pero a menudo no cuentan con políticas claras que establezcan en qué consiste un tratamiento adecuado para los trastornos que pueden poner en riesgo sus vidas. En países de bajos recursos la mala calidad de la atención que se brinda, incluso en establecimientos terciarios, contribuye a la mortalidad materna ya sea directamente (porque sus estándares de atención de emergencia están por debajo del nivel óptimo) e indirectamente (porque impiden el uso



del servicio de salud). La mala calidad de los servicios influye a su vez en la toma de decisiones de las mujeres y reduce la posibilidad de una atención oportuna. (p.72)

Esto evidencia fallos en las políticas del sistema sanitario urgentes de estudiar y la necesidad de plantear medidas que disminuyan dichas afectaciones.

5. En la mayoría de los casos registrados como muerte materna, se detectan fallos en el llenado del instrumento. Hay un faltante de información en aproximadamente un 30% de los casos, en cada uno de los siguientes ítems: antecedentes patológicos heredofamiliares, antecedentes patológicos personales, antecedentes no patológicos personales y antecedentes gineco-obstétricos. No se indica respuesta, lo que genera vacíos en el análisis de la información obtenida, evidenciando que aún hoy en día, la medición exacta de la mortalidad materna sigue constituyendo un reto inmenso y muchas de estas muertes continúan sin ser contabilizadas. De lo anterior se puede inferir que existen fallos en la atención médica sanitaria brindada desde control prenatal, y en todos los niveles de atención.

El resultado de una atención médica inadecuada, desde el primer nivel de atención en el control prenatal, genera una reacción de acontecimientos en cadena que retardan la atención oportuna de la mujer en caso de emergencia y aumenta las posibilidades de culminar en una muerte obstétrica. Tal y como explican, Thaddeus et al. (1994), en cuanto a la demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno

Es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las etapas 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud; es decir, de la condición general de la instalación. (p.38)

De lo anterior, se observa que todos los fallos en el sistema de salud pueden prevenirse y conllevar a que la paciente requiera tratamiento de emergencia. El ingreso a un hospital con la necesidad de recibir tratamiento de emergencia es la posibilidad más frecuente.

#### ▪ **Objetivo No.2**

**Descripción de los factores sociales y educativos relacionados con las mujeres que presentaron muerte materna**

Con respecto al Objetivo No.2 Descripción de los factores sociales y educativos relacionados con las mujeres que presentaron muerte materna, se determina que la mayoría de los casos registran relación con estos factores y no tanto con los patológicos; de ahí la importancia de ahondar en ellos, por parte del profesional que brinda la atención y la clasificación de riesgo en el primer y cada uno de los niveles de salud, lo cual influye en cada una de las demoras.

Los factores sociales y educativos son explorados en las Tablas 6 y 7 en donde se observa que la mayor cantidad de casos registrados, aproximadamente más del 50%, no presentaban patologías asociadas ni factores de riesgo, lo cual influye de la siguiente manera en cada una de las demoras.

▪ **Relación de factores sociales y educativos con la Demora 1: Decisión de búsqueda de atención.**

Según Thaddeus et. al (1994)

La 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. (p.36)

Con base en esto, se observa dentro de los datos más relevantes en las Tablas 6 y 7 lo siguiente

- La edad. Aproximadamente el 50% de las mujeres que presentaron muerte materna se encontraban en edades mayores a los 30 años
- La residencia. La mayoría residía en el Gran Área Metropolitana (25 casos)
- La nacionalidad. La mayoría eran costarricenses (59 casos, de los cuales, 2 eran indígenas) y 18 eran extranjeras
- El estado conyugal. La mayoría vivía en unión libre (40 casos)
- La escolaridad. La mayoría contaban con un nivel educativo escolar, primaria (26 casos)
- La ocupación. La mayoría era ama de casa (37 casos), es decir, sin trabajo remunerado.
- El aseguramiento. La mayoría se encontraba asegurada (44 casos) y de estos, la mayoría no indica el tipo de seguro (33 casos).

Se procederá al análisis de los factores biológicos determinados como relevantes y su relación con la Demora 1: Demora en detectar síntomas y decidir buscar atención médica:

1. La mayoría correspondían a mujeres en edades mayores a los 30 años (aproximadamente el 50% de los casos), por lo que se puede inferir que no cuentan con la información necesaria para detectar a tiempo signos y síntomas de alarma, ni para tomar la decisión de decidir buscar atención médica, esto pese a tratarse de mujeres en una edad madura, con la capacidad de discernir que cualquier complicación podría poner en peligro tanto su vida como la de su hijo. Sin embargo, pese a lo anterior, este grupo etario corresponde al grupo de mayor riesgo, lo cual coincide con diferentes estudios.

Según el estudio efectuado por Ordaz-Martínez et al. ( 2010) se detectó que el grupo con mayor riesgo es el de 35 a 40 años de edad, lo que muestra que las mujeres con mayor riesgo en esta población se encuentran en etapa reproductiva y no en edades jóvenes; lo que evidencia debilidades no solo en las capacidades, sino también en las oportunidades de la mujer, la familia gestante y su entorno para reconocer signos y síntomas de alarma y la alerten ante la necesidad de decidir buscar atención médica oportuna.

2. La mayoría contaban con lugar de residencia en el Gran Área Metropolitana (25 casos), de lo cual se puede inferir que un retraso en la toma de decisión de buscar atención médica es contradictorio dado que desde el aspecto de acceso al centro médico, se podría pensar que la facilidad y disponibilidad a centros médicos especializados, pudo haber producido exceso de confianza ante la posibilidad de acceder rápidamente a un centro médico en caso de que se agravaran los síntomas, lo que pudo retardar la decisión temprana de buscar atención médica oportuna.

En cuanto a las mujeres que residían en provincias alejadas como Limón, Guanacaste y Puntarenas, según Sánchez (2008) entre los principales factores para esta demora se encuentran la distancia y se ha determinado que: “muchas personas no toman la decisión de buscar atención médica, ya que largas distancias, asociadas a falta de transporte y caminos en mal estado, las desmotivan” (p.3). Este factor se debe de tomar en cuenta en las provincias alejadas de los hospitales capitalinos.

3. La mayoría de las mujeres eran de nacionalidad costarricense (59 casos, de los cuales, 2 eran indígenas); sin embargo, 18 eran extranjeras (de las cuales, 16 eran nicaragüenses y 2

panameñas). Se podría inferir que hay un retraso en la decisión de búsqueda de atención, influenciado por diversos factores. Con respecto a las extranjeras, y tomando como referencia diversos estudios, se puede concluir que al encontrarse en un país extranjero y no contar con seguro, tienen miedo de no poder asumir los cobros por parte del centro médico producto de la atención brindada e inclusive desconocimiento de la legislación costarricense en cuanto al seguro obligatorio por el estado de forma gratuita para las mujeres en condición de embarazo.

Según un informe presentado por la Defensoría de los Habitantes

(...) en las investigaciones realizadas se ha comprobado que no se ha otorgado el aseguramiento por el estado a mujeres embarazadas, por encontrarse morosas con alguna de las modalidades de aseguramiento, así como que se les emite una factura cada vez que son atendidas, esta situación ha generado que las mujeres decidan no ir a las citas de control prenatal por no tener cómo cancelar la deuda y evitar que esta siga creciendo. Así mismo se han denegado exámenes médicos y la entrega de medicamentos a mujeres embarazadas, así como que se han omitido entregarles la licencia por maternidad a mujeres migrantes trabajadoras aduciendo su situación migratoria. (El Mundo. CR. 2018)

Esta constituye una razón fundamental que hace dudar a las mujeres en estas condiciones de buscar atención médica oportuna.

4. La mayoría, con respecto a su estado conyugal, registra que vivía en unión libre (40 casos). De lo anterior se puede inferir fallos en detección de signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención por parte de la familia gestante y su entorno, relacionados con la falta de información, lo que concuerda con los datos de la OMS (2016) en los que se incluyen dentro de los factores más relevantes que impiden que una mujer busque y reciba atención médica oportuna, la falta de información. Esta se encuentra directamente relacionada con debilidades en los sistemas de salud, principalmente en el primer nivel de atención, en el control prenatal.

5. La mayoría contaba con un nivel educativo escolar de primaria (26 casos), aproximadamente el 33.33%; por lo cual, se puede inferir que el nivel educativo influye en la toma de decisiones, en la detección de signos de alarma y en las condiciones de vida de la usuaria, lo que le dificulta la toma de decisión de búsqueda de atención médica.

Esta demora hace referencia al tiempo que transcurre entre la percepción de los síntomas y la toma de decisión de buscar atención médica inmediata y según Carvalho et al. (2012) es causada

generalmente por limitaciones en el entendimiento de lo que implica la atención médica. Y está directamente relacionada con factores como en nivel educativo.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta que el acceso a la información es una herramienta que le permite a la persona tomar conciencia y ser vigilante de su estado de salud, así como estar alerta a factores de riesgo y decidir oportunamente la búsqueda de atención médica sanitaria, todo con la finalidad de disminuir complicaciones por falta de conocimiento.

Según la OMS (2016)

El nivel educativo con el que cuente una mujer, le permite o le impide tener acceso a información y educación sexual, desde el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, que abarcan el conocimiento de métodos de planificación familiar y anticoncepción, hasta lograr que la mayoría de los embarazos sean deseados, brindando mejores condiciones para una Maternidad Segura y Responsable. (p.1)

Por esta razón, la educación, como quehacer de enfermería, es indispensable para formar personas guardianes de su salud y con las herramientas para involucrarse en la toma de decisiones con respecto en el cuidado médico recibido; evitando que cada día uno de cada cuatro bebés nacidos en el mundo, lo haga sin atención médica especializada. (OMS, 2016)

Por lo tanto, es nuestro deber como profesionales de salud, velar y asegurarnos de que a pesar de que las mujeres cuenten con un grado de escolaridad bajo, reciban las herramientas necesarias mediante la educación continua, para detectar signos y síntomas de alarma y crear en ellas la conciencia de buscar atención médica oportuna.

6. La mayoría eran amas de casa (37 casos), aproximadamente el 47,43%; es decir, sin trabajo remunerado, con lo cual se podría inferir la influencia de factores económicos en la toma de decisión de búsqueda de atención oportuna, ya que debido a la falta de ingreso económico propio, “el estatus de la mujer y la autonomía también afectan la decisión de buscar ayuda” (Mazza, Vallejo y González, 2012, p. 244).

El contar con un trabajo remunerado generalmente facilita a las mujeres el ejercicio de su autonomía económica, “la cual trasciende la independencia financiera, dado que conlleva de manera implícita, el acceso libre a la seguridad social directa” (INEC, 2014, p. 17).

Según Sánchez (2008) uno de los principales factores que influye es el costo, el cual se relaciona con los gastos del transporte, de la estancia de los familiares, etc. que a veces están

fuera del alcance de la familia e impide la búsqueda oportuna de la atención. Así mismo, las mujeres con menos posibilidad económica son las que presentan mayores dificultades para tomar la decisión de buscar atención calificada, por la suma de múltiples factores.

Con base en lo anterior se evidencia la dificultad generada, no solo en el acceso a un control prenatal adecuado que le permita conocimiento sobre los factores de alarma, sino que también le obstaculiza acceder a un centro médico, por no contar con un medio de transporte, lo que retrasa la decisión de buscar atención oportuna.

Según Carvalho et al. (2012), esta demora está directamente relacionada con barreras en el ámbito socioeconómico, que determina el acceso al dinero y la información; o bien el costo de los servicios. Esta barrera fue detectada en aproximadamente el 50% de la población estudiada; por lo que se refuerza la importancia de trabajar en la implementación de políticas gubernamentales que le permitan a la mujer de gozar de equidad y autonomía económica, promoviendo la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer y mejorando de esta forma la salud materna, cerrando estas brechas en busca de los Objetivos 20/30,

7. La mayoría se encontraban aseguradas (44 casos) y de ellas, la mayoría no indica el tipo de seguro (33 casos). Se podría inferir la influencia de este factor en la toma de decisión de búsqueda de atención oportuna, ya que muchas veces, el no contar con seguro, genera inseguridades sobre si le van a brindar atención; también si esta atención va a ser brindada de forma adecuada y lo más preocupante, su costo. Además, es evidente que muchas de las mujeres desconocen el hecho de que la legislación de nuestro país establece que la atención de una mujer en estado gravídico es obligatoria y gratuita, mediante su aseguramiento por parte del estado. En el estudio efectuado se registran 16 casos de tipo de aseguramiento por parte del estado y se desconoce el tipo de seguro de 33 mujeres.

A pesar de que el Derecho a la Salud implica que todas las personas deben contar con acceso a los Servicios de Salud y es una obligación del Estado velar por el cumplimiento de este derecho; aún hoy en día en la mayoría de los diferentes países a nivel mundial no se cumple con este derecho. (OMS, 2016)

Sin embargo, pese a que en Costa Rica se cuenta con seguro gratuito y obligatorio por parte del Estado, siempre se presentan inconvenientes en el momento en que las mujeres buscan acceder a él. Como se mencionó anteriormente, un informe presentado por la Defensoría de los

Habitantes solicita a la CCSS que garantice la atención prenatal a las mujeres en estado de embarazo. Esto debido a que se cuenta con registros de que: "se han denegado exámenes médicos y la entrega de medicamentos a mujeres embarazadas, así como que se han omitido entregarles la licencia por maternidad a mujeres migrantes trabajadoras aduciendo su situación migratoria" (El mundo. CR, 2018).

Esto genera inseguridades a las usuarias en caso de tener que optar por este tipo de seguro y/o inclusive algunas aún hoy en día, desconocen que cuentan con esta opción que les permita garantizar una atención oportuna y de calidad.

En general, con respecto a la Demora 1, se concluye que es causante de que la condición de salud de la mujer se vaya agravando a lo largo del tiempo y llegue a los servicios de salud en una condición más comprometedor y complicada.

● **Relación de factores sociales y educativos con la Demora 2: Demora en llegar al servicio de salud.**

Según Thaddeus et al. (1994) la : “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” (p.37).

Con base en esto, se observa dentro de los datos más relevantes, en las Tablas 6 y 7 lo siguiente:

- La edad. La mayoría, aproximadamente el 50% de las mujeres que presentaron muerte materna, se encontraban en edades mayores a los 30 años
- La residencia. La mayoría residía en el Gran Área Metropolitana (25 casos)
- La nacionalidad. La mayoría eran costarricenses (59 casos, de los cuales, 2 eran indígenas) y 18 eran extranjeras
- El estado conyugal. La mayoría vivía en unión libre (40 casos)
- La escolaridad. La mayoría contaba con nivel educativo escolar, primaria (26 casos)
- La ocupación. La mayoría eran ama de casa (37 casos) es decir, sin trabajo remunerado
- El aseguramiento. La mayoría se encontraban aseguradas (44 casos) y de estas la mayoría no indican el tipo de seguro (33 casos)

Se procederá al análisis de los factores sociales y económicos determinados como relevantes y su relación con la demora número 2: Demora en llegar al servicio de salud.

1. La mayoría correspondían a mujeres en edades mayores a los 30 años (aproximadamente el 50% de los casos); por lo que se puede inferir la dificultad de acceso en relación con la falta de autonomía de la mujer.

Según Rodríguez (2012), la segunda demora 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; entre las causas que menciona el artículo: Falta de acuerdo familiar por malas experiencias con los servicios de salud b) Falta de recursos económicos para el pago de transporte total. (p.7)

Lo anterior hace referencia a la falta de autonomía de la mujer aún hoy en día para tomar el control de su vida y velar por su seguridad.

2. La mayoría contaban con residencia en el Gran Área Metropolitana (25 casos). El 32,05% de las mujeres residían en San José, y la mayoría de la totalidad pertenecían al GAM; por lo cual se podría inferir que pese a contar con mayor accesibilidad a los servicios de salud, hay mayor dificultad para acceder a ellos. Esto podría ligarse al tráfico vial; sin embargo, no se cuenta con datos específicos sobre tiempos concretos en cada una de las pacientes y causas relacionadas con esta demora.

Además, de los datos obtenidos se registra que un 34,4% eran residentes de las provincias de Limón, Guanacaste y Puntarenas; de lo cual podría inferirse la dificultad para acceder a servicios de salud en relación con la distancia, ya que al tratarse de provincias en las cuales no se cuenta con Hospital Clase A, acceder a una atención más especializada para el manejo de alto riesgo obstétrico resulta dificultoso, debido a que deben de recorrer grandes distancias, lo que se traduce en tiempo valioso para la atención de la emergencia médica. Por lo tanto, “la accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y costo” (Sánchez, 2008, p.3).

Según Carvalho et al. (2012), en esta falta de accesibilidad a los servicios de salud, influyen factores como problemas de transporte y las distancias geográficas, entre otros.

Mazza, Vallejo y González (2012) señalan que

La diferencia entre la tasa distrital y la nacional puede ser explicada por varias razones. En primer lugar, la desigualdad en la disponibilidad de recursos, lo cual establece una



diferencia en la calidad de los cuidados obstétricos. En segundo lugar, y quizás como consecuencia de lo anterior, el distrito capital recibe pacientes procedentes de áreas rurales cercanas, quienes vienen a aumentar las cifras locales de morbilidad. Es común observar que las pacientes obstétricas de bajo riesgo son atendidas en sus regiones de origen, pero las de alto riesgo, acuden a la capital en busca de atención obstétrica, en ocasiones por iniciativa propia, en otras, referidas por instituciones de salud. La diferencia también podría estar influenciada por subregistro en las regiones vecinas (p. 242).

Debido a lo anterior, se evidencia la importancia de un control prenatal riguroso, constante y enfocado al riesgo, que permita disminuir la posibilidad de complicaciones y el acceso oportuno a las mujeres que las presenten. También, según diferentes estudios, desde la parte de seguridad social, la dificultad del estado de brindar acceso a los Servicios de Salud a toda la población radica en la pobreza, lo que impide el establecimiento de centros especializados a lo largo de un país, implicando que muchas personas tengan que recorrer grandes distancias para acceder a atención especializada, lo cual se traduce en tiempo valioso perdido para la atención médica oportuna.

3. La mayoría eran costarricenses (59 casos, de los cuales, 2 eran indígenas) y 18 eran extranjeras. Con respecto a las pacientes costarricenses, es importante enfatizar que 2 de ellas correspondían a mujeres indígenas, por lo cual se puede inferir que la demora en el acceso a los servicios de salud está relacionada con la distancia y factores culturales. En el análisis de los datos obtenidos de estas 2 indígenas, se documenta que tuvieron difícil acceso a los servicios de salud e imposibilidad de detección de los embarazos de acuerdo con su estilo de vida. “La accesibilidad es una función de la distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte, y el costo. La accesibilidad también es una función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud” (Mazza, Vallejo y González Blanco, 2012, p. 244).

Por lo tanto, con base en lo anterior se podría inferir que las mujeres que no se vieron afectadas por la distancia, lo pudieron ser por otros factores como la disponibilidad, la eficiencia y el costo del transporte. Sin embargo, pese a que se evidencia que los factores sociales y económicos están directamente relacionados con las tres demoras, no se encuentra con información suficiente en el

instrumento que permita concluir el modo en que estos factores sociales y económicos influyeron en cada una de las demoras.

4. Con respecto al estado conyugal, se registra que la mayoría vivían en unión libre (40 casos), de lo cual, se podría inferir que la demora en detectar los síntomas, decidir buscar atención y llegar al centro médico está relacionada, con el tiempo de espera para que su pareja la acompañe.

Según, Carvalho et al. (2012), en esta falta de accesibilidad a los servicios de salud, influyen factores como problemas de transporte, el costo y la pobreza (p.70)

Según Rodríguez (2012), la segunda demora se relaciona con el retraso en alcanzar la ayuda una vez reconocida la complicación por la mujer y sus familiares. Dentro de las principales causas reportadas en su estudio como originarias de este retraso se encuentran: “la falta de transporte para el traslado al hospital, falta de recursos económicos para su pago, miedo a acudir a los servicios de salud por malas experiencias” (p.7), por lo que se puede concluir que es importante para las gestantes, contar con el apoyo de sus parejas y no afrontar solas las dificultades que les genera, en medio de una emergencia, acceder a los servicios de salud.

5. La mayoría contaba con un nivel educativo escolar de primaria (26 casos), de lo cual, se podría inferir que la dificultad en llegar al servicio de salud se encuentra ligada a factores socio-económicos.

Según Carvalho et al (2012), en esta falta de accesibilidad a los servicios de salud, influyen factores como problemas de transporte, el costo y la pobreza, entre otros. También, según diferentes estudios, la dificultad para acceder a los servicios de salud se debe a inconvenientes en temas de Seguridad Social, que van desde la pobreza hasta la falta de empleo, lo que impide acceder al seguro social e imposibilita pagar por un seguro privado, en los países en los que el Estado evade la obligación de la seguridad social.

6. La mayoría eran amas de casa (37 casos); es decir, sin trabajo remunerado. De ello se podría inferir que la dificultad en llegar al servicio de salud se encuentra ligada a factores socio-económicos; ya que existe dependencia económica de las mujeres, como amas de casa, sin trabajo remunerado hacia el benefactor del hogar.

Según Carvalho et al. (2012), en esta falta de accesibilidad a los servicios de salud, influyen factores como problemas de transporte, las distancias geográficas, el costo y la pobreza.

Esta demora se asocia a factores socioeconómicos, de ahí la importancia de un control prenatal holístico enfocado a conocer no solo las condiciones de salud de la gestante, sino y más aún sus condiciones de vida.

7. La mayoría se encontraban aseguradas (44 casos), y de ellas, 33 no indican el tipo; del resto, 16 señalan contar con seguro por el estado y 12 familiar. Al no tener un dato certero del tipo de seguro con el que contaban las mujeres, con base en el dato de mayor frecuencia, se podría creer que se encontraban aseguradas por el estado, por lo cual, es posible inferir inseguridad, dudas y miedos de las pacientes para acceder a los servicios de salud.

Según Rodríguez (2012), la segunda demora se relaciona con el retraso en alcanzar la ayuda una vez reconocida la complicación por la mujer y sus familiares. Y dentro de las principales causas reportadas como origen de este retraso está el miedo a acudir a los servicios de salud por malas experiencias.

También cabe la posibilidad de que las mujeres aseguradas y en estado de embarazo, se sientan seguras ante la prioridad médica de su atención, lo que retrasa el tiempo en acceder a los centros hospitalarios.

A continuación, se procederá a analizar la relación de los factores biológicos con la Demora 3: Demora en recibir tratamiento.

▪ **Relación de factores sociales y educativos con la Demora 3: Demora en recibir tratamiento**

Según Thaddeus et al. (1994), la tercera demora consiste en:

Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las etapas 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación. (p.38).

Es importante indicar que según la OMS, la inexistencia de servicios adecuados es uno de los factores que influyen, impidiendo que una mujer en estado de embarazo busque y reciba atención oportuna.

Con base en esto, se observa dentro de los datos más relevantes, en las Tablas 6 y 7 lo siguiente:

- La edad. La mayoría, aproximadamente el 50% de las mujeres que presentaron muerte materna se encontraban en edades mayores a los 30 años
- La residencia. La mayoría residió en el Gran Área Metropolitana (25 casos)
- La nacionalidad. La mayoría eran costarricenses (59 casos, de los cuales, 2 eran indígenas) y 18 eran extranjeras
- El estado conyugal. La mayoría vivía en unión libre (40 casos)
- La escolaridad. La mayoría contaba con nivel educativo escolar, primaria (26 casos)
- La ocupación. La mayoría era ama de casa (37 casos); es decir, sin trabajo remunerado
- El aseguramiento. La mayoría se encontraba asegurada (44 casos) y de ellas 33 no indican el tipo de seguro (33 casos)

Se procederá al análisis de los factores sociales y económicos determinados como relevantes y su relación con la demora número 3: Demora en recibir tratamiento.

1. La mayoría correspondían a mujeres en edades mayores a los 30 años (aproximadamente el 50% de los casos); por lo cual, se puede inferir que independientemente de la edad de la mujer, muchas veces el retraso en recibir tratamiento se debe a la falta de personal calificado en los respectivos centros médicos y/o a la saturación del sistema debido a la desproporción demográfica en relación con los servicios ofrecidos.

Con respecto a la edad promedio de las mujeres que sufrieron muerte materna, esta corresponde a 30 años, factor que se debe de tener en cuenta a la hora de la atención, ya que se trata de mujeres clasificadas como bajo riesgo obstétrico, lo cual, también puede jugar un papel en contra de recibir tratamiento médico oportuno; sin embargo se debe de tener en cuenta que este grupo etario corresponde a las mujeres con mayor probabilidad de mortalidad materna.

2. Con respecto a la residencia, la mayoría residía en el Gran Área Metropolitana (25 casos), por lo cual, de su relación con la demora en recibir tratamiento médico se podría inferir una afectación de acuerdo con el número y la disponibilidad de personal capacitado.

Según Mazza, Vallejos y González (2012), en cuanto a las características sanitarias o de la atención obstétrica, estas hacen referencia a las debilidades en la organización sanitaria que

determinan limitaciones en el acceso, la disponibilidad, la oportunidad y calidad de la atención, que abarcan aspectos importantes como atención por parte de personal calificado.

En el GAM se puede inferir la falta de disponibilidad de personal calificado por la demanda de los servicios, Sin embargo, en las provincias más alejadas se puede deducir concretamente que falta personal especializado, la poca disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación.

De ahí la importancia de readecuar los sistemas de salud de acuerdo con las necesidades de la población.

3. La mayoría eran costarricenses (59 casos, de los cuales 2 eran indígenas) y 18 eran Extranjeras. Se puede inferir con respecto a las mujeres extranjeras e indígenas que el retraso en recibir tratamiento se puede deber a factores culturales.

Según la OMS (2016), dentro de los factores más relevantes que imposibilitan que una mujer reciba tratamiento médico oportuno, se encuentran las prácticas culturales, ya que de acuerdo con la de cada una y/o de sus familias, pueden rehusarse a recibir el tratamiento indicado por los profesionales de salud.

Según, Uribe Elías, 2008 -2009, la cultura es:

Un factor que arrastra una amalgama de circunstancias que van desde la incredulidad sobre los fenómenos biológicos como la menstruación, la gestación, el parto y el puerperio, el coito y otros como la desnudez, la confianza en el Médico y la Medicina Científica, los mitos alrededor del sexo, la religiosidad, la anticoncepción, etc, hacen de los grupos sociales, sujetos vulnerables a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se conjuga con la existencia de rezagos étnicos que impiden la incorporación de los diversos grupos sociales a las estructuras de la modernidad. (p.7)

Las prácticas culturales constituyen un factor que en múltiples ocasiones dificulta que una mujer en estado de embarazo reciba atención oportuna durante el embarazo, parto y post parto. En muchas ocasiones no llevan el control prenatal efectivo que permita velar por la adecuada evolución del embarazo y la detección de factores de riesgo oportunamente. Además, muchas

veces los partos son realizados en condiciones insalubres y sin el debido control de personal calificado; y en casos de acceder a los servicios de salud, su cultura les impide recibir el tratamiento adecuado, lo que conlleva al aumento de la tasa de mortalidad materna.

4. En relación con el estado conyugal, la mayoría vivía en unión libre (40 casos), de lo cual se podría inferir que independientemente del estado conyugal de las mujeres, el retraso en la recepción de tratamiento médico está ligado a la carencia crónica de personal capacitado, sea porque en el respectivo centro médico no se cuente con personal capacitado, o que se cuente con el personal, pero este se encuentra saturado para atender oportunamente a la cantidad de pacientes que requieren de sus servicios.

Según, Carvalho et al. (2012)

La carencia crónica de personal capacitado y de suministros esenciales; que tarde más de 30 minutos el intervalo que va desde que se decide llevar a cabo una cirugía de emergencia y el momento en que se inicia la cirugía; demoras en comenzar el tratamiento adecuado cuando la gestante llega al establecimiento; y por último, desabastecimiento de productos sanguíneos, personal que carece de conocimientos técnicos, y actitudes hostiles para con las pacientes, causados por escasez de fondos. (p.71-72)

Lo anterior evidencia que es de suma importancia detectar los factores que conllevan a fallos y carencias en los sistemas de salud, para brindar una atención óptima y tomar acciones oportunas que permitan su corrección y por ende, disminuir de este modo en una de las demoras que conllevan a una muerte materna.

5. La mayoría contaban con nivel educativo escolar de primaria (26 casos). De ello se infiere que la demora en recibir tratamiento se relaciona con la ineficacia de los servicios de salud, especialmente al factor de carencia crónica de personal capacitado y el conocimiento de las mujeres de sus derechos sanitarios.

Según, Mazza, Vallejos y González (2012), la calidad inadecuada de los servicios médicos es un contribuyente significativo a la mortalidad materna y entre los factores directamente relacionados con la demora 3 se encuentran la falta del personal médico especializado para la atención requerida.

Por lo tanto, continúan siendo evidentes los fallos en el sistema de salud en cuanto a cantidad personal especializado en relación con las gestantes que requieren atención.

6. La mayoría eran amas de casa (37 casos); es decir, sin trabajo remunerado, de lo anterior se podría inferir que al no contar con trabajo remunerado y por ende solvencia económica, únicamente podrían acceder al sistema de salud pública, que como se ha observado con anterioridad, cuenta con un sistema ineficiente y retrasos en su atención por falta de personal calificado y la demanda de la población del país.

En el 2006, solo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de partería cualificados. Esto significa que 50,000,000 de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. (OMS, 2005).

La presencia de personal calificado en la atención de salud de la mujer, preconcepcional, prenatal, parto y postparto permite el manejo adecuado, el uso de técnicas y medidas sanitarias que permitan la determinación oportuna de riesgos obstétricos en una mujer, así como su seguimiento y disminución al máximo y/o sus complicaciones durante los procedimientos que puedan conllevar a una futura muerte. Por esta razón se considera fundamental el análisis de los factores de riesgo de la mortalidad materna en el siguiente apartado.

Como queda expuesto, la pobreza juega un papel determinante en la posibilidad con la que cuenta un país, de ofrecer a la población, personal de salud calificado y especializado, que permita herramientas como un control sanitario óptimo y de calidad y la educación necesaria para identificar factores de riesgo y contribuir de esta forma a la disminución de las tasas de mortalidad materna.

7. La mayoría se encontraban aseguradas (44 casos), aunque 33 no indican el tipo de seguro. De lo anterior se podrían inferir demoras en la recepción de tratamiento debido a no contar con seguro para su atención médica y/o trámites burocráticos en los diferentes servicios de salud para acceder a la atención médica.

Como se mencionó anteriormente, un informe presentado por la defensoría de los habitantes señala que : "se han denegado exámenes médicos y la entrega de medicamentos a mujeres embarazadas, así como que se han omitido entregarles la licencia por maternidad a mujeres migrantes trabajadores aduciendo su situación migratoria". (El mundo, CR. 2018).

Debido a lo anterior, se debe promover que todo el personal de los respectivos centros médicos tengan conocimiento de La ley General de Salud (N°5395) la cual establece que toda madre tiene derecho a recibir atención en el periodo de embarazo y en el parto no importa si es asegurada o no. (Artículo 12)

Con esta ley, el gobierno busca garantizar en materia de Mortalidad Materna, que cada una de las gestantes que se encuentren en el territorio nacional, independientemente de su nacionalidad y su condición de aseguramiento, reciban atención médica, oportuna, de calidad y sin discriminación, lo que favorecería un control prenatal eficaz y efectivo de cada gestante para determinar factores de riesgo, minimizarlos y tratarlos en busca de un embarazo, parto y postparto seguro y sin riesgos.

- **Objetivo Número 3**

**Caracterización de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte y su relación con las tres demoras**

Con respecto al Objetivo Número.3 Caracterización de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte y su relación con las tres demoras, se determina que la mayoría de los casos registran relación con estos factores, de ahí la importancia del establecimiento de políticas a nivel nacional que estandarice la atención y garanticen una atención óptima, oportuna y de calidad para cada una de las mujeres.

La caracterización de la atención es explorada en las Tablas 8, 9 y 10, correspondientes a control prenatal; las 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17, correspondientes a atención de emergencias, las 18 y 19, correspondientes a atención hospitalaria, 20, 21 y 22, correspondientes a atención del aborto, 23, 24, 25 y 26, correspondientes a atención de labor de parto, 27, 28, 29, 30 y 31, correspondientes a atención de parto, 32, 33, 34, 35, 36, 37 y 38, correspondientes a atención post parto y post aborto, 39, 40, 41, 42, y 43 correspondientes a atención de la muerte.

- **Relación de características de la atención obstétrica con la Demora 1 Decisión de búsqueda de atención**

Según Thaddeus et al. (1994):

La 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 (p.38).

Con base en esto, se observa dentro de los datos más relevantes obtenidos, las siguientes características de la atención obstétrica:

- Atención de Control prenatal. La mayoría de las mujeres registran control prenatal (63 casos), cantidad de controles (46 con menos de 8 controles y 9 con más de 8 controles). Esta captación fue temprana en 41 casos y tardía en 12; y se efectuó en su mayoría en EBAIS (44 casos). En el 50% de los casos no se indica si se efectuaron exámenes de rutina. Se identifica riesgo en 35 mujeres y se clasifican 32 ARO y 17 BRO.
- Atención de emergencia. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 40% no señala tiempos (hora de ingreso, atención, atención obstétrica y egreso), diagnóstico de ingreso (32 casos no indican). Sin embargo, de los diagnósticos indicados la mayoría corresponden a: preeclampsia (5 casos), óbito fetal (2), parto extrahospitalario (2). Más del 30% de los casos no indican personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, detección de factores de riesgo, referencia, observaciones, diagnósticos de egreso, ni internamiento (sin embargo, de los que se indica, 24 son en maternidad).
- Atención hospitalaria. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. La mayoría de los casos (más del 60%) no señala tiempos de ingreso ni tiempo transcurrido desde la admisión a la atención; sin embargo, de los que registran se documenta: 20 min (1 caso), 1h (4 casos), 2h (1 caso), 3-6h (5 casos), 7-10h (1 caso), más de 10h (2 casos), más de 30h (1 caso). Tampoco se registra servicio de ingreso (45 casos) y de los que lo hacen, se indican 14 en maternidad. Tampoco se registra referencia, examen físico, ni quien brindó la atención, lo cual, evidencia fallo en el llenado del instrumento, lo que crea vacíos en la información obtenida.
- Atención del aborto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% (43 casos) no señala tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso). Con respecto al tipo de aborto, 43 casos no indican, y de los registrados, 1 fue inducido y 4 espontáneos. Tampoco se indica si ingresa con referencia, o el servicio de

internamiento (de los que sí se registran hay 1 en ginecología y 5 en maternidad), tratamiento médico y/o quirúrgico, control de SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, si se presenta hemorragia o infección, condición de egreso (44 casos no indican) y de los que tienen registros hay 1 viva y 3 fallecidas; diagnóstico de egreso (43 casos no indican) y de los registros: hay 3 con shock séptico, 1 LIU, 1 Ca peritoneal, lo cual evidencia fallos en el llenado del instrumento, pues lo registrado como no indica correspondería a no aplica ya que no hubo aborto. Existe un fallo en el sistema de referencia.

- Atención de la labor de parto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 60% (50 casos), no indica tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso) ni si fue referida, el personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, llenado del partograma, detección de factores de riesgo como ARO 20, BRO3. El diagnóstico de ingreso más frecuente es embarazo y labor de parto; las complicaciones más frecuentes son sangrado, coagulopatía, traslado, y de los registrados se indican 7 expulsivos y 20 SOP.
- Atención del parto. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% no señala tiempos; y más del 40% no indica datos en los siguientes ítems. Sin embargo, se hace referencia a las cantidades registradas de tipo de parto (30 cesáreas y 11 partos), recién nacido (35 vivos y 10 muertos), presentación (25 cefálicos-1 pélvico), duración expulsivo (46 no indican), placenta (20 completa, 2 incompleta), desgarro; (37 no indica -2 afirmativo), episiorrafia (36 no indican- 6 afirmativo), membranas ovulares (48 íntegras, 16 rotas), líquido amniótico (11 meconizado, 10 claro). Las complicaciones indicadas de mayor frecuencia corresponden a eclampsia, sepsis, ruptura uterina, sangrado, PCR. La mayoría indica atención en hospital.
- Atención Post parto - Post aborto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención, tales como profesional que atiende, complicaciones en llamada, examen físico, referencia, detección de factores de riesgo, clasificación en ARO y/o BRO (54 casos). Hay fallos en el sistema de referencia y contrareferencia y llenado del

instrumento. Con respecto a signos de alarma después de egreso hay 30 con datos que no aclaran, y 30 con sintomatología.

- Atención de la muerte. Con respecto al lugar de la muerte, la mayoría señala en hospital público; 35 no señala quien las atendió, y de los que indican, la mayoría refieren médico y enfermera. Las causas de mayor frecuencia de muerte son obstétrica directa (29), obstétrica indirecta (12), no obstétrica indirecta (7), no obstétrica directa (3), 43 casos prevenibles, 18 no prevenibles, prevenibles en el I y II nivel de atención, atribuible a Servicios de Salud, personal sanitario, condiciones biológicas y condiciones de vida.

Se procederá al análisis de las características de la atención obstétrica determinadas como relevantes y su relación con la demora número 1: Demora en identificar signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención.

1. Atención de control prenatal. La mayoría de las mujeres registran control prenatal en EBAIS, 41 con captación temprana y 12 tardía), con menos de 8 controles (46 casos) y más de 8 controles (9 casos), 35 mujeres con identificación de riesgo (32 ARO y 17 BRO) y el 50% de los casos no indica si se efectuaron exámenes de rutina. Por lo tanto, en relación con la Demora 1 (demora en identificar signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención), se podría inferir que la calidad del control prenatal no es adecuada, lo que evidencia los fallos por parte del profesional en uno de los pilares primordiales de la atención: “la educación”. Además, expone la falta de información sobre signos y síntomas de alarma y la importancia de decidir buscar atención médica oportuna.

En el estudio, efectuado por Ordaz-Martínez KY, Rangel R, Hernández-Girón C (2010): “Se encontró que la mayoría de las mujeres tuvieron control prenatal, con un adecuado número de consultas, lo que los hace dudar de la calidad de este control debido al desenlace” (p.35).

También es importante considerar que la Organización Mundial de la Salud ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación. Con el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho.

2. Atención de emergencia. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 40% no señala tiempos (hora de ingreso, atención, atención obstétrica y egreso), en cuanto al diagnóstico de ingreso, de los indicados la mayoría corresponden a preeclampsia (5 casos), óbito fetal (2), parto extrahospitalario (2). Más del 30% de los casos no indica personal que atiende, control SV, examen físico, examen Gineco-obstétrico, detección de factores de riesgo, referencia, observaciones, diagnósticos de egreso, ni internamiento; sin embargo, de los indicados 24 corresponden a maternidad, por lo cual, en relación con la Demora 1 (demora en identificar signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención), y con base en la sintomatología común del diagnóstico de ingreso, se podría inferir un fallo en la detección de signos y síntomas de alarma por ineficiencia en la educación brindada.

Según Rodríguez (2012), dentro de las causas que conllevan a la Demora 1 se encuentra: “la falta de reconocimiento de los signos de alarma o de la gravedad de la condición” (p.10). Por esta razón, se debe priorizar en un control prenatal y atención de cada consulta, eficiente, eficaz y con enfoque de riesgo.

3. Atención hospitalaria. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 60% no señala tiempos de ingreso, ni tiempo transcurrido desde la admisión a la atención; sin embargo, de los que registran se documentan 20 min (1 caso), 1h (4 casos). 2h (1 caso), 3-6h (5 casos), 7-10h (1 caso), más de 10h (2 casos), más de 30h (1 caso). Tampoco registran servicio de ingreso (45 casos) y de los registrados la mayoría (14 casos) fueron en maternidad; así como referencia, examen físico, ni quien brindó la atención, lo cual, evidencia fallo en el llenado del instrumento que crea vacíos en la información obtenida. De esta manera, en relación con la Demora 1 (demora en identificar signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención), se podría inferir un fallo en la detección de los signos y síntomas de alarma y de la gravedad de la condición, por lo cual, ingresan a los servicios médicos con una condición delicada que amerita la hospitalización.

Según Rodríguez (2012), esta demora está directamente relacionada con el tiempo en que la mujer y su familia reconocen que tiene una complicación y buscan ayuda y según la OMS (2016) está directamente relacionada con la falta de información y es causante de que la condición de salud de la mujer se vaya agravando a lo largo del tiempo y llegue a los servicios de salud en una condición más comprometedor y complicada de salud.

4. Atención del aborto. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% (43 casos) no señala tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso). Con respecto al tipo de aborto, 43 casos no indican y de los registrados señalan 1 inducido y 4 espontáneos. Tampoco se indica si ingresa con referencia, servicio de internamiento (de los que si se registran: 1 en ginecología y 5 en maternidad), tratamiento médico y/o quirúrgico, control de SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, si se presenta hemorragia o infección, condición de egreso (44 casos no indican) y de los registros: 1 viva y 3 fallecidas, ni diagnóstico de egreso (43 casos no indican) y de los registros son 3 shock séptico, 1 LIU, 1 Ca peritoneal; lo cual evidencia fallos en el llenado del instrumento, ya que lo registrado como no indica, correspondería a no aplica ya que no hubo aborto. Además hay fallo en el sistema de referencia, por lo que en relación con la Demora 1 (demora en identificar signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención), se podría inferir un fallo en la detección de signos y síntomas de alarma relacionados con falta de información, una vez más atribuible posiblemente a la ineficiencia de la educación brindada en el I nivel de atención.

Según la OMS (2005) los abortos peligrosos constituyen la quinta causa de muerte materna a nivel mundial, y la atención por parte de personal calificado es indispensable para velar por la seguridad materna; mientras que las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de las muertes maternas.

También en el estudio efectuado por Ordaz-Martínez KY, Rangel R, Hernández-Girón C (2010), se refleja el aborto en tercer lugar (11.2%) de causa de muerte; lo que constituye cifras alarmantes para los sistemas de salud y de importancia en seguimiento, control y minimización de factores relacionados.

5. Atención de la labor de parto. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 60% (50 casos) no señala tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso), ni si fue referida, personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, llenado del partograma, detección de factores de riesgo ARO 20 y BRO3. El diagnóstico de ingreso más frecuente es embarazo y labor de parto. Las complicaciones más frecuentes son sangrado, coagulopatía, traslado, y de los registrados se indican 7 expulsivo y 20 SOP. Por lo tanto, en relación con la Demora 1 (demora en identificar signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención), se podría inferir un fallo en la detección de signos y síntomas

de alarma, de que necesita atención y en decidir buscar atención por desconocimiento de parte de la familia gestante, muchas veces relacionados a fallos propios de las características del sistema de salud, que van desde una atención generalizada, con tiempos estandarizados para cada consulta, hasta pobreza en la calidad de la atención brindada, tanto en contenido como en trato humanizado.

Las características sanitarias o de la atención obstétrica hacen referencia a las debilidades en la organización sanitaria que determinan limitaciones en el acceso, la disponibilidad, la oportunidad y calidad de la atención. (Mazza, Vallegos y González Blanco, 2012)

“Las causas de la mortalidad materna están directamente relacionadas con factores como la calidad de los servicios obstétricos y perinatales” (Ordaz-Martínez, Rangel Hernández-Girón, 2010, p.357). Y la mala calidad de los servicios influye a su vez en la toma de decisiones de las mujeres y reduce la posibilidad de una atención oportuna (Carvalho et al., 2012). Por lo tanto, es imprescindible que los sistemas de salud velen por la atención brindada, que sea eficiente, eficaz y oportuna, sin priorizar la cantidad sobre la calidad ni el contenido, ya que de esto depende la disminución de las tasas de mortalidad materna.

6. Atención del parto. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% no señala tiempos, y más del 40% no indica datos en los siguientes ítems. Sin embargo, se hace referencia a las cantidades registradas: tipo de parto (30 cesáreas y 11 partos), recién nacido (35 vivos y 10 muertos), presentación (25 cefálicos-1 pélvico), duración expulsivo (46 no indica), placenta (20 completa, 2 incompleta), desgarro; (37 no indica -2 afirmativo), episiorrafia (36 no indican- 6 afirmativo), membranas ovulares (48 íntegras, 16 rotas), líquido amniótico (11 meconizado, 10 claro). Entre las complicaciones de las indicadas, las de mayor frecuencia corresponden a eclampsia, sepsis, ruptura uterina, sangrado, PCR. La mayoría indican atención en hospital por lo cual, en relación con la Demora 1 (demora en identificar signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención), se podría inferir que al igual que en la atención de labor de parto, hay fallos en la detección de signos y síntomas de alarma, de que necesita atención y en decidir buscar atención, relacionados con la falta conocimiento que tiene la familia gestante, muchas veces relacionados con fallos propios de las características del sistema de salud en cuanto a la calidad de la atención brindada

Un control prenatal óptimo se define como: “un control adecuado en cantidad, calidad, contenido y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es claro ejemplo de promoción de salud y de medicina preventiva” (Schwarcz, 2012, p.175).

Al tomar como referencia lo anterior, se evidencian enormes vacíos en la atención brindada desde el control prenatal; el cual, es el cimiento de todo el proceso relacionado con la gestación, el parto y el post parto; y por medio del cual se podrían detectar riesgos y trabajar en su atención a fin de velar por la salud y seguridad de las mujeres

7. Atención Post parto - Post aborto. La mayoría (más del 50%) no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención: profesional que atiende, complicaciones en llamada, examen físico, referencia, detección de factores de riesgo, clasificación en ARO y/o BRO (54 casos). Hay fallos en el sistema de referencia y contrareferencia y llenado del instrumento. Con respecto a signos de alarma después de egreso, hay 30 con datos que no aclaran, y 30 con sintomatología; por lo cual, en relación con la Demora 1 (demora en identificar signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención), se podría inferir fallos en el sistema de referencia y contrareferencia, que permita que una vez la mujer egrese del centro médico se le pueda brindar seguimiento en el primer nivel de atención, educando sobre signos y síntomas de alarmas relacionados con su proceso.

Un sistema de salud óptimo permite ofrecer a la población, personal de salud calificado y especializado, con herramientas como un control sanitario adecuado, de calidad y con la educación necesaria para identificar factores de riesgo y contribuir de esta forma a la disminución de las tasas de mortalidad materna.

8. Atención de la muerte. Con respecto al lugar de la muerte la mayoría indica en hospital público, no señala quién los atiende; sin embargo, de los registrados la mayoría refieren médico y enfermera. Las causas de mayor frecuencia de muerte son causa obstétrica directa (29), obstétrica indirecta (12), no obstétrica indirecta (7), no obstétrica directa (3), 43 casos prevenibles 18 casos no prevenibles, prevenibles en el I y II nivel de atención, atribuibles a servicios de salud, personal sanitario, condiciones biológicas y condiciones de vida. Por lo tanto, en relación con la Demora 1 (demora en identificar signos y síntomas de alarma y decidir buscar atención), se podría inferir un fallo en el quehacer educativo, directamente relacionado con las

características de la atención manejada en el sistema sanitario y propias del profesional que brinda la atención.

El acceso a la información es una herramienta que le permite a la persona tomar conciencia y ser vigilante de su estado de salud, estar alerta a factores de riesgo y decidir oportunamente la búsqueda de atención médica sanitaria, a fin de disminuir complicaciones por falta de conocimiento.

Por esta razón, la educación como quehacer de enfermería, es indispensable para formar personas guardianes de su salud y con las herramientas para involucrarse en la toma de decisiones.

▪ **Relación de características de la atención obstétrica con la Demora 2: Demora en llegar al servicio de salud**

Según, Thaddeus et al (1994): “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” (p.37).

Con base en esto, se observa dentro de los datos más relevantes con respecto a las características de la atención obstétrica, lo siguiente

- Atención de control prenatal. La mayoría de las mujeres registran control prenatal (63 casos), cantidad de controles (46 con menos de 8 controles y 9 con más de 8 controles). Esta captación fue temprana en 41 casos y tardía en 12. Y se efectuó en su mayoría en EBAIS (44 casos). En el 50% de los casos no se indica si se efectuaron exámenes de rutina; se identifica riesgo en 35 mujeres y se clasifican 32 ARO y 17 BRO.
- Atención de emergencia. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 40% no señala tiempos (hora de ingreso, atención, atención obstétrica y egreso), diagnóstico de ingreso (32 casos no indican); sin embargo, de los diagnósticos indicados la mayoría corresponden a preeclampsia (5 casos), óbito fetal (2), parto extrahospitalario (2). Más del 30% de los casos no indican personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, detección de factores de riesgo, referencia, observaciones, diagnósticos de egreso, ni internamiento (sin embargo, de los que se indica 24 son en maternidad).



- Atención hospitalaria. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. La mayoría de los casos (más del 60%) no señala tiempos de ingreso ni tiempo transcurrido desde la admisión a la atención; sin embargo, de los que registran se documenta: 20 min (1 caso), 1h (4 casos). 2h (1 caso), 3-6h (5 casos), 7-10h (1 caso), más de 10h (2 casos), más de 30h (1 caso). Tampoco registran servicio de ingreso (45 casos) y de los que se registran se indican 14 en maternidad; ni referencia, examen físico, ni quien brindó la atención, lo cual evidencia fallo en el llenado del instrumento que crea vacíos en la información obtenida.
- Atención del aborto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% (43 casos) no señala tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso). Con respecto al tipo de aborto, 43 casos no indican y de los registrados hay 1 inducido y 4 espontáneos. Asimismo no se indica si ingresa con referencia, servicio de internamiento (de los que si se registran: 1 en ginecología y 5 en maternidad), tratamiento médico y/o quirúrgico, control de SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, si se presenta hemorragia o infección, condición de egreso (44 casos no indican) y de los registros: 1 viva y 3 fallecidas, ni diagnóstico de egreso (43 casos no indican) y de los registros hay con 3 shock séptico, 1 LIU, 1 Ca peritoneal, lo cual, evidencia fallos en el llenado del instrumento, ya que lo registrado como no indica, correspondería a no aplica ya que no hubo aborto). Hay un fallo en el sistema de referencia
- Atención de la labor de parto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 60% (50 casos) no señala tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso); tampoco indica si fue referida, personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, llenado del partograma, detección de factores de riesgo de ARO 20, BRO3. El diagnóstico de ingreso más frecuente es embarazo y labor de parto. Las complicaciones más frecuentes son sangrado, coagulopatía y traslado; de los registrados se indican 7 expulsivo y 20 SOP.
- Atención del parto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% no señala tiempos. Y más del 40% no indica datos en los siguientes ítems, aunque se hace referencia a las cantidades registradas: tipo de parto (30 cesárea-11 parto), recién nacido (35 vivos-10 muertos), presentación (25 cefálicos-1

pélvico), duración expulsivo (46 no indican), placenta (20 completa, 2 incompleta), desgarro; (37 no indica -2 afirmativo), episiorrafia (36 no indican- 6 afirmativo), membranas ovulares (48, íntegras, 16 rotas), líquido amniótico (11 meconizado, 10 claro). Entre las complicaciones indicadas, las de mayor frecuencia corresponden a eclampsia, sepsis, ruptura uterina, sangrado, PCR. La mayoría indican atención en hospital.

- Atención Post parto - Post aborto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención (más del 50%), profesional que atiende, complicaciones en llamada, examen físico, referencia, detección de factores de riesgo y clasificación en ARO y/o BRO (54 casos). Se presentan fallos en el sistema de referencia y contrareferencia y llenado del instrumento. Con respecto a signos de alarma después de egreso hay 30 con datos que no aclaran y 30 con sintomatología.
- Atención de la muerte. Con respecto al lugar de la muerte, la mayoría señala hospital público, 35 no indica quién las atiende, y de los que se indican la mayoría refieren médico y enfermera. Las causas de mayor frecuencia de muerte son causa obstétrica directa (29), obstétrica indirecta (12), no obstétrica indirecta (7), no obstétrica directa (3), 43 casos prevenibles y 18 no prevenibles, prevenibles en el I y II nivel de atención, atribuibles a servicios de salud, personal sanitario, condiciones biológicas y condiciones de vida.

Se procederá al análisis de los características de la atención obstétrica determinados como relevantes y su relación con la Demora número 2: Demora en llegar al servicio de salud.

1. Atención de control prenatal. La mayoría de las mujeres registran control prenatal, en EBAIS, 41 con captación temprana y 12 tardía, con menos de 8 controles (46 casos) y más de 8 controles (9 casos); 35 mujeres con identificación de riesgo (32 ARO y 17 BRO) y en el 50% de los casos no se indica si se efectuaron exámenes de rutina, por lo cual, en relación con Demora2: Demora en llegar al servicio de salud. se podría inferir que las pacientes no están asistiendo al centro hospitalario al control prenatal, ya que la mayoría (46 de los casos) registran menos de 8 controles de atención prenatal.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación.

Con este nuevo modelo de atención prenatal recomendado por la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. Y se recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación.

Según Carvalho et al. (2012)

En esta falta de accesibilidad a los servicios de salud, influyen factores como problemas de transporte, las distancias geográficas, el costo y la pobreza: (...) las barreras económicas, organizativas y socioculturales controlan el uso de los servicios. El acceso será influenciado por la distribución de los establecimientos de salud, la distancia, el transporte y los costos. Las mujeres que terminan teniendo resultados maternos negativos viajan distancias mayores, pasan por un mayor número de establecimientos y llegan al establecimiento adecuado más tarde (p.71).

Estos factores afectan a cada una de las mujeres, en diferente medida, pero en conjunto conllevan al incremento de las tasas de muerte materna en nuestro país.

2. Atención de emergencia. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 40% no señala tiempos (hora de ingreso, atención, atención obstétrica y egreso), diagnóstico de ingreso (32 casos no indican); sin embargo, de los diagnósticos indicados la mayoría corresponden a preeclampsia (5 casos), óbito fetal (2), parto extrahospitalario (2). Más del 30% de los casos no indican personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, detección de factores de riesgo, referencia, observaciones, diagnósticos de egreso, ni internamiento (sin embargo, de los que se indica 24 son en maternidad). Se registra 1 paciente trasladada en estado crítico en ambulancia y 2 partos atendidos en ambulancia, por lo cual, en relación con la Demora 2: Demora en llegar al servicio de salud. Se establece que, de acuerdo con el sistema de salud, se cuenta con ambulancias de la Cruz Roja a disposición de la población para el traslado de emergencia al centro médico en caso de ser requerido. En el estudio se registran 3 traslados en ambulancia; sin embargo, no se cuenta con acceso a información para evaluar el tiempo de respuesta de este sistema, desde el tiempo en contactar al servicio 911, entre el traslado de ambulancia al lugar en el que se encontraba la

paciente, el transcurrido desde entonces hasta llegar al centro médico ni distancias recorridas; por lo cual, pese a contar con este recurso, es imposible determinar si se presentaron fallos.

Según Rodríguez ( 2012)

La segunda demora 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; entre las causas que menciona el artículo: Falta de acuerdo familiar por malas experiencias con los servicios de salud, Falta de recursos económicos para el pago de transporte total (p.7).

En una emergencia el tiempo es valioso y se debe buscar que la paciente, una vez que haya detectado los síntomas, sea trasladada con carácter prioritario al centro médico.

3. Atención hospitalaria, atención del aborto, atención de la labor de parto, atención del parto y atención de la muerte. Con respecto a este tipo de atención, la paciente se encuentra ya hospitalizada en el servicio respectivo, por lo cual, no se puede concluir si existe relación directa entre la atención obstétrica y la demora en llegar al servicio de salud-

Según datos obtenidos, tan solo 14 (17.94%) de las mujeres fueron referidas de EBAIS a otro nivel de atención, 34 (43.58%) no indican si presentaron referencia a otro nivel de atención. De las 45 mujeres ingresadas por el servicio de emergencias, 23 fueron referidas. De las 47 personas ingresadas para hospitalización, 17 fueron referidas; 3 de las mujeres ingresadas para atención de aborto registran haber sido referidas. Solo 5 de las pacientes ingresadas para labor de parto registran haber sido referidas, Sin embargo, se desconoce si fueron trasladadas en ambulancia, por sus propios medios y si hubo alguna demora entre la atención obstétrica, ser referidas y el traslado al centro hospitalario

Se determina que en caso de un traslado de un centro médico a otro de mayor especialidad, sí podría existir relación con la demora en llegar al servicio de salud requerido. Sin embargo, la información obtenida del instrumento no permite efectuar este respectivo análisis.

Y específicamente con la Atención Post parto - Post aborto. El instrumento no permite identificar si correspondía a una paciente domiciliaria u hospitalaria, para determinar requerimiento de traslado a centro médico y demora relacionada con él. Sin embargo, los

diferentes estudios relacionados con esta demora evidencian dentro de los factores determinantes que se encuentran dificultades relacionadas al transporte para acceso al centro médico.

▪ **Relación de características de la atención obstétrica con la Demora 3: Demora en recibir tratamiento.**

Según Thaddeus et al.(1994), la tercera demora consiste en

La Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las etapas 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación (p.243).

Con base en esto, se observa dentro de los datos más relevantes con respecto a las características de la atención obstétrica lo siguiente:

- Atención de control prenatal. La mayoría de las mujeres registran control prenatal, en EBAIS, 41 con captación temprana y 12 tardía, con menos de 8 controles (46 casos) y más de 8 controles (9 casos); 35 mujeres con identificación de riesgo (32 ARO y 17 BRO)
- Atención de emergencia. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 40% no señala tiempos (hora de ingreso, atención, atención obstétrica y egreso), diagnóstico de ingreso (32 casos no indican); sin embargo, de los diagnósticos indicados la mayoría corresponden a preeclampsia (5 casos), óbito fetal (2), parto extrahospitalario (2). Más del 30% de los casos no indican personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, detección de factores de riesgo, referencia, observaciones, diagnósticos de egreso, ni internamiento (sin embargo, de los que se indica 24 son en maternidad).
- Atención Hospitalaria. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. La mayoría de los casos (más del 60%) no señala tiempos de ingreso ni tiempo transcurrido desde la admisión a la atención; sin embargo, de los que registran se documenta: 20 min (1 caso), 1h (4 casos). 2h (1 caso), 3-6h (5 casos), 7-10h (1 caso), más de 10h (2 casos), más de 30h (1 caso). Tampoco registran servicio de ingreso (45 casos)

y de los que se registran se indican 14 en maternidad; ni referencia, examen físico, ni quien brindó la atención, lo cual evidencia fallo en el llenado del instrumento que crea vacíos en la información obtenida.

- Atención del Aborto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% (43 casos) no señala tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso). Con respecto al tipo de aborto, 43 casos no indican y de los registrados hay 1 inducido y 4 espontáneos. Asimismo no se indica si ingresa con referencia, servicio de internamiento (de los que si se registran: 1 en ginecología y 5 en maternidad), tratamiento médico y/o quirúrgico, control de SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, si se presenta hemorragia o infección, condición de egreso (44 casos no indican) y de los registros: 1 viva y 3 fallecidas, ni diagnóstico de egreso (43 casos no indican) y de los registros hay con 3 shock séptico, 1 LIU, 1 Ca peritoneal, lo cual, evidencia fallos en el llenado del instrumento, ya que lo registrado como no indica, correspondería a no aplica ya que no hubo aborto). Hay un fallo en el sistema de referencia.
- Atención de la labor de parto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 60% (50 casos) no señala tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso); tampoco indica si fue referida, personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, llenado del partograma, detección de factores de riesgo de ARO 20, BRO3. El diagnóstico de ingreso más frecuente es embarazo y labor de parto. Las complicaciones más frecuentes son sangrado, coagulopatía y traslado; de los registrados se indican 7 expulsivo y 20 SOP.
- Atención del parto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% no señala tiempos. Y más del 40% no indica datos en los siguientes ítems, aunque se hace referencia a las cantidades registradas: tipo de parto (30 cesárea-11 parto), recién nacido (35 vivos-10 muertos), presentación (25 cefálicos-1 pélvico), duración expulsivo (46 no indican), placenta (20 completa, 2 incompleta), desgarro; (37 no indica -2 afirmativo), episiorrafia (36 no indican- 6 afirmativo), membranas ovulares (48 íntegras, 16 rotas), líquido amniótico (11 meconizado, 10 claro). Entre las complicaciones indicadas, las de mayor frecuencia corresponden a eclampsia, sepsis, ruptura uterina, sangrado, PCR. La mayoría indican atención en hospital.

- Atención Post parto - Post aborto. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención (más del 50%), profesional que atiende, complicaciones en llamada, examen físico, referencia, detección de factores de riesgo y clasificación en ARO y/o BRO (54 casos). Se presentan fallos en el sistema de referencia y contrarreferencia y llenado del instrumento. Con respecto a signos de alarma después de egreso hay 30 con datos que no aclaran y 30 con sintomatología.
- Atención de la muerte. Con respecto al lugar de la muerte, la mayoría señala hospital público, 35 no indica quién las atiende, y de los que se indican la mayoría refieren médico y enfermera. Las causas de mayor frecuencia de muerte son causa obstétrica directa (29), obstétrica indirecta (12), no obstétrica indirecta (7), no obstétrica directa (3), 43 casos prevenibles y 18 no prevenibles, prevenibles en el I y II nivel de atención, atribuibles a servicios de salud, personal sanitario, condiciones biológicas y condiciones de vida.

Se procederá al análisis de las características de la atención obstétrica determinadas como relevantes y su relación con la demora número 3: Demora en recibir tratamiento médico.

1. Atención de control prenatal. La mayoría de las mujeres registran control prenatal en EBAIS, 41 con captación temprana y 12 tardía, con menos de 8 controles (46 casos) y más de 8 controles (9 casos), 35 mujeres con identificación de riesgo (32 ARO y 17 BRO) y el 50% de los casos no indica si se efectuaron exámenes de rutina, por lo cual, en relación con Demora 3 (Demora en recibir tratamiento médico), se podría inferir que se encuentra relacionado con la disponibilidad de personal capacitado.

La provisión de cuidados obstétricos depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación (Thaddeus et al.).

Según informes de la OMS (2015) solamente el 40% de las embarazadas de países de ingresos bajos realizaron las consultas prenatales recomendadas; lo cual disminuye la posibilidad de un buen control prenatal, efectuado por especialista, con enfoque de riesgo y de calidad.

Según, J. de la Torre (2006): “ la mayoría de mujeres inmigrantes hacen un escaso uso de los servicios sanitarios y en la atención prenatal, con consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas, en comparación a las nativas” (p15) .

2. Atención de emergencia. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 40% no señala tiempos (hora de ingreso, atención, atención obstétrica y egreso), diagnóstico de ingreso (32 casos no indican); sin embargo, de los diagnósticos indicados la mayoría corresponden a preeclampsia (5 casos), óbito fetal (2), parto extrahospitalario (2). Más del 30% de los casos no indican personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, detección de factores de riesgo, referencia, observaciones, diagnósticos de egreso, ni internamiento (sin embargo, de los que se indica 24 son en maternidad). Por lo tanto, en relación con Demora 3: Demora en recibir tratamiento médico, se podría inferir que se encuentra ligado a la carencia crónica de personal capacitado, sea porque el respectivo centro médico no disponga de personal capacitado, o que no se cuente con disponibilidad de personal especializado porque se encuentra saturado, para atender oportunamente a la cantidad de pacientes que requieren de sus servicios.

Algunos establecimientos que brindan atención obstétrica integral de emergencia reciben un gran número de casos de mujeres en graves condiciones, pero a menudo no cuentan con políticas claras que establezcan en qué consiste un tratamiento adecuado para los trastornos que pueden poner en riesgo sus vidas. En países de bajos recursos la mala calidad de la atención que se brinda, incluso en establecimientos terciarios, contribuye a la mortalidad materna ya sea directamente (porque sus estándares de atención de emergencia están por debajo del nivel óptimo) e indirectamente (porque impiden el uso del servicio de salud). La mala calidad de los servicios influye a su vez en la toma de decisiones de las mujeres y reduce la posibilidad de una atención oportuna. (Carvalho, et al., 2012).

Lo anterior evidencia que los fallos y carencias detectados en los sistemas de salud, obstaculizan una atención óptima y de calidad, que permita tomar acciones oportunas, con la finalidad de disminuir una de las demoras que conllevan a una muerte materna.

Como queda expuesto, la pobreza juega un papel determinante en la posibilidad con la que cuenta un país de ofrecer a la población, personal de salud calificado y especializado, que permita herramientas como una atención sanitaria óptima y de calidad, con enfoque a la educación y disminución de riesgo, contribuyendo de este modo a la disminución de las tasas de mortalidad materna.



3. Atención hospitalaria. La mayoría no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 60% no señala tiempos de ingreso, ni tiempo transcurrido desde la admisión a la atención; sin embargo, de los que registran se documentan 20 min (1 caso), 1h (4 casos), 2h (1 caso), 3-6h (5 casos), 7-10h (1 caso), más de 10h (2 casos), más de 30h (1 caso). Tampoco registran servicio de ingreso (45 casos) y de los registrados la mayoría (14 casos) fueron en maternidad; así como referencia, examen físico, ni quien brindó la atención, lo cual, evidencia fallo en el llenado del instrumento que crea vacíos en la información obtenida. Por lo tanto, en relación con la Demora 3: Demora en recibir tratamiento médico, se podría inferir en relación con los fallos en las características propias del sistema de salud, el personal capacitado (cantidad y disponibilidad), disponibilidad de suministros para la atención (medicamentos e insumos) e infraestructura (disponibilidad de quirófanos) del servicio de salud.

Como refieren Carvalho et al. (2012) esta demora está directamente relacionada con

La carencia crónica de personal capacitado y de suministros esenciales; que tarde más de 30 minutos el intervalo que va desde que se decide llevar a cabo una cirugía de emergencia y el momento en que se inicia la cirugía; demoras en comenzar el tratamiento adecuado cuando la gestante llega al establecimiento; y por último, desabastecimiento de productos sanguíneos, personal que carece de conocimientos técnicos, y actitudes hostiles para con las pacientes, causados por escasez de fondos” (p.71-72)

Por lo tanto, es importante analizar las debilidades y fortalezas del sistema de salud y efectuar una reestructuración a fin de velar por las mejores condiciones de las mujeres y de este modo disminuir las tasas de mortalidad materna

4. Atención del Aborto. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% (43 casos) no señala tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso). Con respecto al tipo de aborto, 43 casos no indican y de los registrados señalan 1 inducido y 4 espontáneos. Tampoco se indica si ingresa con referencia, servicio de internamiento (de los que si se registran: 1 en ginecología y 5 en maternidad), tratamiento médico y/o quirúrgico, control de SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, si se presenta hemorragia o infección, condición de egreso (44 casos no indican) y de los registros: 1 viva y 3 fallecidas, ni diagnóstico de egreso (43 casos no indican) y de los registros son 3 shock séptico, 1 LIU, 1 Ca peritoneal; lo

cual evidencia fallos en el llenado del instrumento, ya que lo registrado como no indica, correspondería a no aplica ya que no hubo aborto. En cuanto al fallo en el sistema de referencia, se podrían inferir en relación con las características propias del sistema de salud tal como personal capacitado (cantidad y disponibilidad), disponibilidad de suministros para la atención (medicamentos e insumos) e infraestructura (disponibilidad de quirófanos) del servicio de salud

La Hemorragia y la Infección son las causas primordiales que llevan a la muerte a una mujer en la etapa reproductiva. Y están relacionadas con una intervención tardía, inseguridad, manejo no definitivo, todos relacionados con impericia, falta de recursos, falta de experiencia, burocratismo excesivo, ausencia de normas de manejo, falta de supervisión, equipos médico-quirúrgicos deficientes y faltos de colaboración. (Sánchez, 2008, p.3).

Como se ha observado con anterioridad, la demora en recibir atención obstétrica está directamente relacionada con los fallos del sistema de salud mencionados.

5. Atención de la labor de parto. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 60% (50 casos) no señala tiempos (fecha y hora de ingreso y egreso), ni si fue referida, personal que atiende, si hubo control SV, examen físico, examen gineco-obstétrico, exámenes, llenado del partograma, detección de factores de riesgo ARO 20 y BRO3. El diagnóstico de ingreso más frecuente es embarazo y labor de parto. Las complicaciones más frecuentes son sangrado, coagulopatía, traslado, y de los registrados se indican 7 expulsivo y 20 SOP. Por lo tanto, se podrían inferir fallos en las características propias del sistema de salud tales como personal capacitado (cantidad y disponibilidad), disponibilidad de suministros para la atención (medicamentos e insumos) e infraestructura (disponibilidad de quirófanos) del servicio de salud.

La calidad inadecuada de los servicios médicos es un contribuyente significativo a la mortalidad materna, (...) entre los factores directamente relacionados con la demora 3 se encuentran la falta del personal médico, la necesidad de referencia a otro centro de salud para recibir atención especializada y/o requerida. El principal motivo de referencia determinado de su análisis fue la falta de atención obstétrica en el centro de salud. (Mazza, Vallejoy González Blanco, 2012, p.11).

Por tanto, se hace evidente la necesidad de personal de salud especializado en la atención Gineco-obstétrica, con la pericia y la capacidad profesional para la atención de la familia gestante, la identificación de factores de riesgo y la anticipación y tratamiento oportuno de posibles complicaciones.

6. Atención del parto. La mayoría no indican respuesta en los ítems planteados en esta atención. Más del 50% no señala tiempos, y más del 40% no indica datos en los siguientes ítems. Sin embargo, se hace referencia a las cantidades registradas: tipo de parto (30 cesáreas y 11 partos), recién nacido (35 vivos y 10 muertos), presentación (25 cefálicos-1 pélvico), duración expulsivo (46 no indica), placenta (20 completa, 2 incompleta), desgarro; (37 no indica -2 afirmativo), episiorrafia (36 no indican- 6 afirmativo), membranas ovulares (48 íntegras, 16 rotas), líquido amniótico (11 meconizado, 10 claro). Entre las complicaciones de las indicadas, las de mayor frecuencia corresponden a eclampsia, sepsis, ruptura uterina, sangrado, PCR. La mayoría indican atención en hospital, por lo que se podría inferir una relación con los fallos en las características propias del sistema de salud que incluyen personal capacitado (cantidad y disponibilidad), disponibilidad de suministros para la atención (medicamentos e insumos) e infraestructura (disponibilidad de quirófanos) del servicio de salud.

Las características sanitarias o de la atención obstétrica hacen referencia a las debilidades en la organización sanitaria que determinan limitaciones en el acceso, la disponibilidad, la oportunidad y calidad de la atención. (Mazza, Vallegos y González Blanco, 2012. p.257),

Según datos de la OMS (2016) una de estas deficiencias corresponde a falta de personal capacitado (cantidad y disponibilidad). No obstante, el tipo de atención requerida por estas mujeres es especializada, con la capacidad de identificar y actuar oportunamente ante las principales causas de muerte materna, como lo son las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), correspondientes a la causa de más del 27% de las muertes maternas en las regiones en desarrollo y aproximadamente el 16% en las regiones desarrolladas. También se registran las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia), que corresponde a la tercera causa de muerte materna; las complicaciones en el parto, (como el parto obstruido) y los abortos peligrosos; que constituyen respectivamente la cuarta y quinta causa de muerte materna a nivel mundial.

En el 2006, solo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de partería cualificados. Esto significa que 50, 000,000 de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. (OMS, 2005)

Por lo tanto, es indispensable contar con dichos especialistas desde el I nivel de atención y en todos los niveles que involucra el proceso.

7. Atención Post parto - Post aborto. La mayoría (más del 50%) no indica respuesta en los ítems planteados en esta atención: profesional que atiende, complicaciones en llamada, examen físico, referencia, detección de factores de riesgo, clasificación en ARO y/o BRO (54 casos). Hay fallos en el sistema de referencia y contrarreferencia y llenado del instrumento. Con respecto a signos de alarma después de egreso, hay 30 con datos que no aclaran, y 30 con sintomatología. Por lo tanto, se podría inferir fallos en las características propias del sistema de salud tales como personal capacitado (cantidad y disponibilidad), disponibilidad de suministros para la atención (medicamentos e insumos) e infraestructura (disponibilidad de quirófanos) del servicio de salud.

Como se puede observar, las causas de muerte en el post parto y post aborto, son prevenibles y tratables por parte de personal de salud capacitado, bajo protocolos de salud y no deberían representar un porcentaje tan elevado como causantes de muertes maternas. Inclusive ante una emergencia hemorrágica durante el embarazo, el parto o el post parto, la atención especializada inmediata y oportuna y la capacidad resolutive por parte de personal capacitado, es indispensable para determinar la causa y el tratamiento adecuado a fin de disminuir la hemorragia y hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

8. Atención de la muerte. Con respecto al lugar de la muerte la mayoría indica en hospital público, no señala quién los atiende; sin embargo, de los registrados la mayoría refieren médico y enfermera. Las causas de mayor frecuencia de muerte son causa obstétrica directa (29), obstétrica indirecta (12), no obstétrica indirecta (7), no obstétrica directa (3), 43 casos prevenibles 18 casos no prevenibles, prevenibles en el I y II nivel de atención, atribuibles a servicios de salud, personal sanitario, condiciones biológicas y condiciones de vida. Se podrían inferir fallos en las características propias del sistema de salud tales como personal capacitado (cantidad y disponibilidad), disponibilidad de suministros para la atención (medicamentos e insumos) e infraestructura (disponibilidad de quirófanos) del servicio de salud.

Según Uribe ( 2008) la muerte obstétrica:

Es aquella resultante de complicaciones del embarazo, cualquiera que sea su momento (embarazo, parto y puerperio), de las intervenciones motivadas por el mismo, omisiones, tratamientos incorrectos o derivada de una cadena de eventos o resultado de cualquiera de los anteriores antes mencionados (p.2).

Según la OMS (2016) la mayoría de estas muertes son evitables pues existen soluciones profilácticas y terapéuticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte. Según datos obtenidos del análisis de la Comisión Nacional de Muerte Materna, además de haber sido evitables, también son atribuibles a servicios de salud, personal sanitario, condiciones biológicas y condiciones de vida,

De ahí la importancia de una atención holística por parte de personal calificado, “que vele por una atención adecuada en cantidad, calidad, contenido y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, con promoción de salud y de medicina preventiva”.( Schwarcz, 2012, p.175), que garantice la prevención de la mortalidad materna. Por lo tanto, es necesario tomar medidas sanitarias que permitan que las mujeres gestantes sean valoradas inicialmente y de manera pronta por parte de estos profesionales, a modo de clasificar la paciente insitu y determinar la prioridad de su atención.

# CAPÍTULO V

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

Con base en el análisis de los datos obtenidos con respecto a cada uno de los objetivos planteados se concluye:

Con respecto a las características biológicas, de las mujeres que presentaron muerte materna, desde el enfoque de las tres demoras en Costa Rica, 2012-2015:

- Gran parte de las mujeres eran conocidas sanas, no presentaban antecedentes heredo familiares o antecedentes personales patológicos y personales no patológicos y contaban con consultas prenatales solo en primer nivel de atención (EBAIS). Por lo tanto, es necesario que se capacite al personal de salud sobre la clasificación de riesgo obstétrico, la cual es cambiante y debe valorarse en cada consulta prenatal, ya que en algún caso puede variar su nivel de riesgo y requerir controles en el tercer nivel de atención.
- La existencia de un grave fallo en la detección de signos y síntomas de alarma, es decir, la demora 1, lo cual, está directamente ligado a la calidad del control prenatal brindado, por lo cual, se considera de importancia evaluar si la atención en Costa Rica esta atención se está brindando por personal especializado en gineco obstétrica, así como evaluar la calidad y el contenido de la misma, ya que se determina la importancia de una atención integral a la familia gestante, en la que se evalúe de forma dinámica y constante los factores de riesgo obstétrico y se eduque en cuanto a la identificación temprana de signos y síntomas de alarma. Es de suma importancia que se tomen medidas oportunas para disminuir los factores que contribuyen a la demora 1 “Demora en detectar signos y síntomas de alarma y tomar la decisión de buscar atención médica” ya que de esta demora se generan en efecto dominó la demora 2 y 3.

En cuanto a las características sociales y educativas, de las mujeres que presentaron muerte materna desde el enfoque de las tres demoras. en Costa Rica, 2012-2015, se concluye que:

- Se detecta un alto riesgo social en muchas de las mujeres ya que presentan baja escolaridad, no poseen empleo y son amas de casa, las cuales necesitan más atención del personal de salud, apoyo y herramientas para enfrentar el proceso de embarazo y futuras complicaciones.
- Las características sociales y educativas están directamente relacionados con la demora 2 “Demora en llegar al servicio del salud”, sin embargo, se detecta que no se está ahondando en la consulta prenatal sobre los aspectos sociales y educativos de la familia gestante, lo cual, evidencia la importancia de que el control prenatal sea efectuado por personal especializado en Gineco Obstetricia, que brinde dentro del control prenatal la consulta domiciliaria, en la cual se evalúen los factores sociales y educativos del riesgo, ya que los mismos están directamente relacionados con las 3 demoras. desde la identificación de signos y síntomas de alarma y tomar la decisión de buscar atención , así como la demora en llegar al servicio de salud y la demora en recibir tratamiento oportuno.

Y con respecto a las características de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna desde el enfoque de las tres demoras. Costa Rica, 2012-2015, se concluye que:

- La atención que se les brinda a las mujeres embarazadas en cada consulta debe incluir educación sobre signos y síntomas de alarma; además de la utilización efectiva, racional y oportuna de los servicios de salud disponibles, en especial en el primer nivel de atención, ya que es donde se captan todos los embarazos y se llevan los controles de bajo riesgo obstétrico. De esta forma, las mujeres embarazadas pueden identificar complicaciones a tiempo y acudir lo más antes posible a algún establecimiento de salud.
- En la atención de la labor, las complicaciones más frecuentes que se registran son sangrado y coagulopatía.
- Con respecto a la atención de parto, las complicaciones que más se presentaron fueron las siguientes: eclampsia, sepsis, ruptura uterina y sangrado.

- En el posparto muchas mujeres presentaron sintomatología de riesgo; por lo tanto, la educación por parte del personal de salud para detectar signos y síntomas de alarma para consultar en este periodo es de suma importancia.
- En la prevención de muerte materna en las mujeres embarazadas se debe capacitar al personal de salud para tener una visión de atención integral y holística, que no solo abarque las condiciones biológicas, sino también las sociales, psicológicas y familiares, ya que según la valoración que realiza la Comisión de Muerte Materna, en cada caso presentado se tiene el resultado de que la causa obstétrica de mayor frecuencia presente fue la directa, prevenible en el I y II nivel de atención y atribuible a servicios de salud, personal sanitario, condiciones biológicas y condiciones de vida.
- Según datos obtenidos del análisis de la Comisión de Muerte Materna, además de haber sido evitables, también son atribuibles a servicios de salud, personal sanitario, condiciones biológicas y condiciones de vida. De ahí, la importancia de una atención holística por parte de personal calificado: “que vele por una atención adecuada en cantidad, calidad, contenido y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, con promoción de salud y de medicina preventiva”(Schwarcz, p.175), y que garantice la prevención de la mortalidad materna. Por ello, se debe tomar medidas sanitarias que permitan que las mujeres gestantes sean valoradas inicialmente y de manera pronta, por parte de estos profesionales, a modo de clasificar la paciente insitu y determinar la prioridad de su atención.
- Pese a que en el país se cuenta con una guía detallada de la atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica, no se están cumpliendo con los criterios establecidos en la misma esto dado a que según refieren Thaddeus et al: la provisión de cuidados obstétricos depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos y de la infraestructura del servicio de salud, del ahí la importancia de que se tomen medidas sanitarias para brindar una atención eficaz y oportuna en cada uno de los niveles de atención, para la disminución de las tasas de mortalidad materna a nivel nacional.



Es importante concluir a nivel general, que se determina en los respectivos años en estudio que la mayoría de las muertes maternas que se presentaron fueron prevenibles en el I y II nivel de atención y atribuibles a servicios de salud, personal sanitario, condiciones biológicas y condiciones de vida, de ahí la importancia de contar con profesional capacitado en todo nivel de atención, sin menospreciar la importancia del primer nivel de atención y de la función y la capacidad del profesional especializado en este nivel, ya que tiene la posibilidad de una captación temprana y la expertise para una evaluación constante y holística, valorando tanto factores de riesgo patológicos como de condiciones de vida de la familia gestante y su entorno familiar; sin embargo, por deficiencia en los servicios de salud, no se cuenta con esta figura en todos los EBAIS del primer nivel de atención, lo cual pone en riesgo uno de los pilares de la atención prenatal. Es por esta razón, que se recalca la importancia de que los entes sanitarios evalúen la necesidad de contar con esta figura en todos los niveles de atención.

Por otro lado, con base en el análisis de los datos obtenidos se concluye, con respecto al instrumento de recolección de datos vigente en el país en relación con la muerte materna, que es imposible la obtención de datos concretos y fidedignos que permitan estadísticas y estudios; y en el caso de esta tesis, la caracterización completa de las mujeres que sufren muerte materna en Costa Rica, debido a lo siguiente:

- Es un instrumento abierto, en el cual se obtiene como respuesta común de muchos ítems sumamente valiosos la opción de *no indica*, lo que impide establecer conclusiones de los objetivos propuestos. Así mismo, se considera que es un problema que se generará en futuras investigaciones que involucren este mismo instrumento.
- Al tratarse de un instrumento con muchas respuestas abiertas, se encuentran datos ambiguos que muchas veces no responden concretamente a la pregunta realizada, ya que no guían al personal que recaba la información en el tipo de respuesta que se desea obtener; sino que la interpretación de la pregunta es diferente para cada persona. Por lo tanto, se considera prioritario la estandarización del documento.
- En varios casos no se registra, para dicha muerte materna, el llenado del instrumento; por lo cual, no se cuenta con información al respecto y no se puede efectuar la respectiva investigación por parte de la Comisión de Muerte Materna.

- El análisis de una muerte materna es un proceso delicado, que involucra la recolección de cada uno de los instrumentos de los respectivos centros médicos en los diferentes niveles de atención de salud, por parte del personal de la Comisión Nacional de Muerte Materna. Una vez que este cuente con la información completa, se inicia el análisis del caso a fin de determinar si corresponde a una muerte materna, si esta pudo ser prevenible o no y ofrecer recomendaciones a los centros de salud involucrados en la atención. Por esto, se determina que además de ser un proceso delicado, este tipo de formulario genera que el profesional necesite de un tiempo mayor para su análisis debido a que es abierto y muchas veces no responde a las necesidades concretas del analista. Por lo tanto, se requiere tanto de la implementación de un formulario más amigable y concreto para el profesional que lo lleva a cabo, como para su análisis; así mismo, de ser posible sería importante contar con mayor personal que contribuya en la realización y análisis de estos casos, lo cual permite llevar un registro actualizado.

## Recomendaciones

Luego de establecer las conclusiones anteriores, se recomienda lo siguiente:

1. Estandarizar el documento mediante preguntas más concretas, específicas y de ser posible cerradas, donde se brinden los diferentes tipos de respuesta más comunes a la pregunta, con opción de que el personal amplíe con alguna especificación o se presente la opción de “otros”. Tanto la estandarización del instrumento, como la elaboración de un documento más amigable, permite agilizar el proceso de llenado para el personal y la obtención de la información idónea para el análisis de cada muerte materna.
2. Capacitar al personal en cuanto al llenado del instrumento, ya que obtener la información requerida depende de la calidad de las respuestas presentadas en el formulario; por lo cual, es de suma importancia capacitar al profesional en su llenado y lo que se requiere lograr con cada una de las preguntas planteadas. Así mismo, se debe concientizar al personal de salud sobre la importancia de recolectar adecuadamente esta información, no solo para el análisis de cada muerte materna por parte de la Comisión de Muerte Materna; sino también para la comunidad científica y sus investigaciones.
3. Digitalizar la información, puesto que el llenado del instrumento se realiza a mano, en hojas de papel, lo que se traduce en más retraso en el tiempo que se toma completarlo, su traslado para poder recibirlo en cada establecimiento de salud e iniciar la investigación; y, una vez que está lleno hay demora para enviarlo de vuelta al Ministerio. Por lo tanto, sería idónea la digitalización de la información y el llenado del instrumento por medio de algún sistema digital que permita tenerlo en una base de datos que sea accesible para todos los miembros de la comisión. Además de que ayudaría a tener una copia segura de los datos obtenidos.
4. Crear más ítems que permitan obtener información importante en el caso de mujeres extranjeras e indígenas, pues en este estudio se tienen 18 muertes maternas correspondientes a mujeres extranjeras, de las cuales no se cuenta con información adicional; por ejemplo, la condición de residencia y permanencia, si es regular o irregular. Datos como estos son importantes en las mujeres inmigrantes ya que, situaciones como una condición de residencia irregular se convierte en un mayor factor de riesgo social para una mujer embarazada. Por lo tanto, se recomienda indagar en estos temas para tener más información sobre estas mujeres y poder brindarles una mejor atención.

# CAPÍTULO VI

## BIBLIOGRAFÍA

- \_\_\_\_\_ . Defensoría: CCSS debe garantizar atención prenatal a mujeres en estado de embarazo. *El Mundo Hoy*.(9 de abril de 2018).
- Acuña, M. B. (2006). *¿Cómo se elabora el proyecto de investigación?* Caracas-Venezuela: BL consultores Asociados.
- Águila Setién, Sonia I. (2012). A strategy to decrease the mother mortality. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(2), 281-289.
- Alfaro, K. y Montero, E. (2013). Aplicación del modelo de Rasch, en el análisis psicométrico de una prueba diagnóstica en matemática. *Revista digital Matemática, Educación e Internet* 13(1). Obtenido de [http:// www.tecdigital.itcr.ac.cr/revistamatematica/ARTICULOS\\_V13\\_N1\\_2012/RevistaDigital\\_Montero\\_V13\\_n1\\_2012/index.html](http://www.tecdigital.itcr.ac.cr/revistamatematica/ARTICULOS_V13_N1_2012/RevistaDigital_Montero_V13_n1_2012/index.html)
- Amezcua, Manuel. (2010). Investigación Aplicada en Cuidados de Salud. *Index de Enfermería*. 19(4), 237-239.
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de Investigación- Introducción a la metodología científica*. . Caracas- Venezuela.: Editorial Episteme. Sexta Edición.
- Ávalos, A. (2017). CCSS cobra atención a embarazadas que no pueden pagar seguro. *La Nación*, 16 de febrero
- Barrantes Echeverría, Rodrigo (2014). *Investigación: un camino al conocimiento: un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto*. San José, Costa Rica; EUNED.
- Briozzo et al. (2002). El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay.: Situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Revista Médica del Uruguay*, 18(1), 4-13.
- Cabezas Cruz, Evelio. (2006). Evolución de la mortalidad materna en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1)

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). *Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas*. San Jose, Costa Rica: Área Publicaciones e impresos. subarea de impresos. Caja costarricense de Seguro social.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). *Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. Costa Rica: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/prenatal.pdf>.
- Carvalho et al. (2013). El papel de las demoras en la atención de la mortalidad y morbilidad materna graves: una ampliación del marco conceptual. RC Pacagnella et al. / *Temas de Salud Reproductiva*. (7):68-77.
- Cataño, Octavio. Mortalidad materna y factores de riesgo asociados. Estudio de casos y controles. Área metropolitana de Medellín. Octubre 1 de 1988 - septiembre 30 de 1989. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. Vol. 43 No. 3- 1992
- Comisión Nacional de Muerte Materna (2001). *Sistema Nacional de evaluación de mortalidad materna. Recolección de información para el estudio de muertes maternas*. En:file:///c:/users/mfram/downloads/costa%20rica%20instrumento%203%20an%c3%a1sismm%20(1).pdf
- Crago, Jennifer (2013). La muerte materna es prevenible. *FIGO*.
- Decreto Ejecutivo: 35262 del 13/02/2009: Oficialización de la “Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico”. Poder Ejecutivo. Fecha de vigencia desde 29/05/2009
- Decreto: 39009 - IN2015033103.(2015). *La Gaceta n° 102*. San José, Costa Rica.
- Donoso S, Enrique. (2006). Mortalidad materna en Chile, 2000-2004. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(4),246-251
- Donoso y Oyarzún. (2004). Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(1), 14-18.
- Donoso, E., Carvajal, J. A., Vera, C., & Poblete, J. A. (2014). La edad de la mujer como factor de. *Rev. Med Chile*, 142: 168-174.

- El Carpio Ancaya, Lucy.(2013). Situation of maternal mortality in Perú, 2000 - 2012. *Rev. Perú. med. exp. salud pública, Lima*, v. 30, n. 3, jul. 2013.
- Elu, María del Carmen, & Santos Pruneda, Elsa. (2004). Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatología y reproducción humana*, 18(1), 44-52.
- Hernández, Fernández y Baptista. (2014) *Metodología de la Investigación*. Sexta edición. Mc Graw Hill. México.
- Hernández, Bernardo et al. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos, México. *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 36, n. 5, p. 521-528, sep. 1994. ISSN 1606-7916.
- Hernández, Olga. (2011) Ministerio de Salud. Dirección de garantía de acceso a los servicios de salud. Sistema de análisis de mortalidad materna e infantil.
- Herrera Murgueitio, Julián Alberto y Herrera-Escobar, Juan Pablo. (2014). Mortalidad materna evitable: meta del milenio como propósito nacional. *Revista Monitor Estratégico*. ISSN 22561307. N. 6. Pág. 4-9.
- Herrera M, Mario. (2003). Mortalidad materna en el mundo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 536-543.
- INEC. (2014). *Mortalidad materna y su evolución reciente*. San José, Costa Rica.
- INEC. (2014). *Mortalidad materna y su evolución reciente*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de estadística y censos.
- INEC. (2015). *Mortalidad materna y su evolución reciente*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de estadística y censos.
- INEC. (2017). *Mortalidad materna y su evolución reciente*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INEC. (2018). *Defunciones maternas 2000 - 2015: Proceso de búsqueda y reclasificación*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos ; Ministerio de Salud.
- Ley N°5395 Ley General de Salud (1973).*La Gaceta*. San José, Costa Rica. p. 1122
- López Tejeda, Valquiria y Pérez Guarachi, Javier Félix. (2011). Técnicas de recopilación de datos en la investigación científica. *Revista de Actualización Clínica Investiga*. La Paz, vol.10

- Mazza et al. (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(4), 233-248.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Sistema de las Naciones Unidas. (2010). *Objetivos de desarrollo del milenio, segundo informe país*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud Costa Rica (1974). *Ley N°5395 Ley General de Salud*. Editorial Investigaciones Jurídicas (3° ed.). San José, Costa Rica.
- Morales-Osorno, Bernardo; Martínez, Diana Milena; Cifuentes-Borrero, Rodrigo. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre Enero del 2003 y Mayo del 2006. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, [S.l.], v.58, n. 3, p. 184-188, July 2016. ISSN 2463-0225.
- OMS. (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud y OMS
- OMS. (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE -10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM*.
- Ordaz-Martínez KY, Rangel R, Hernández-Girón C. Factores de riesgo asociado con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. *Ginecol Obstet Mex*. 2010;78 (7):357-364.
- Organización de las Naciones Unidas (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3)*, Santiago.
- Pinedo, Adolfo et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna.. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. [S.l.], v. 41, n. 3, p. 52-54, Aug. 2015. ISSN 2304-5132
- Puerta, Vicent (2011). *El diseño de investigación y los conceptos involucrados*.
- Reidl Martínez, Lucy María. (2012). El diseño de investigación en educación: conceptos actuales. *Investigación en educación médica*, 1(1), 35-39

- Rendón, Lisa, Langer, Ana, & Hernández, Bernardo. (1995). Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 21(1), 8-10.
- Rodríguez-Angulo, Elsa. (2012). Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a. *Revista Biomed*, 23-32
- Rodríguez-Angulo E, Palma-Solís M, Zapata-Vázquez R. (2014). Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender? *Ginecol Obstet Mex.* 82:647-658
- Rodríguez Rojas, Yuber Liliana y Rodríguez Hernández, Andrea. (2012). Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de latino américa y el caribe. *Movimiento Científico*. Vol.6 (1): 132-143
- Salazar, Miguel et al. La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. [S.l.], v. 45, n. 2, p. 124-130, jul. 2015. ISSN 2304-5132.
- Sánchez, W. (2008). *Las tres demoras de las complicaciones obstétricas*, Hospital Regional Dr Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Febrero- julio 2007. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, centro de investigaciones y estudios de la salud. En <https://repositorio.unan.edu.ni/6805/1/t440.pdf>
- Schwarcz, Ricardo et al. (2012). *Obstetricia*. Buenos Aires: Ateneo
- Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. Cuarta edición. Editorial Ilmusa, México
- Távara, Luis et al. Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 38.
- Thaddeus S, Maine D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* Apr;38(8):1091-110.
- Veiga de Cabo, et al. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 54(210), 81-88.



**Anexos**

**Adjunto número 1**

Instrumento N 3. Adjunto

1



*MINISTERIO DE SALUD  
REPÚBLICA DE COSTA RICA*

*CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL*

*DIRECCION DE GARANTIA AL  
ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

*DEPARTAMENTO MEDICINA PREVENTIVA  
SECCION SALUD DE LA MUJER*

---

**DOCUMENTO OFICIAL PARA ANALISIS DE CASO DE MUERTE  
MATERNA**

**INSTRUMENTO N° 3**

**Revisado y actualizado por:  
Comisión Nacional de Mortalidad Materna  
Comisión Regional de Mortalidad Materna M.S/CCSS  
Comités Hospitalarios de Mortalidad Materna**

**Costa Rica  
2001**

2



MINISTERIO DE SALUD  
REPÚBLICA DE COSTA RICA

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE GARANTIA AL ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTO MEDICINA PREVENTIVA  
SECCION SALUD DE LA MUJER

## SISTEMA NACIONAL DE EVALUACION DE MORTALIDAD MATERNA

Recolección de información para el Estudio de Muertes Maternas

### Instrumento No. 3

#### I. IDENTIFICACION DEL CASO

1. Nombre de la fallecida: \_\_\_\_\_

2. Edad \_\_\_\_ años. 3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

4. Nacionalidad \_\_\_\_\_ 5. No. Cédula o expediente \_\_\_\_\_

6. Estado conyugal \_\_\_\_\_

7. Residencia: Provincia \_\_\_\_\_ Cantón \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

Otras señas: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

8. Escolaridad: \_\_\_\_\_ 9. Ocupación \_\_\_\_\_

10. Asegurada: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Tipo de Seguro: Directo \_\_\_\_\_  
Familiar \_\_\_\_\_  
Por el Estado \_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

#### II. ATENCION PRENATAL.

1. Antecedentes Patológicos Familiares:

	SI	NO
Diabetes Mellitas		
Hipertensión Arterial		
Cardiopatías		
Tuberculosis		
Cáncer		
Otras especifique:		

3

## 2. Antecedentes patológicos personales y socioculturales:

	SI	NO
Diabetes Mellitas		
Hipertensión Arterial		
Sangrado		
Cardiopatías		
Cirugía pélvica uterina		
Infecciones a repetición		
Drogadicción		
Tabaquismo		
Violencia Intrafamiliar		
Otra. Especifique:		

## 3. Antecedentes Obstétricos:

Gestas \_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_ Partos \_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_

No consignado en el expediente \_\_\_\_\_

## 4. Fecha de último parto:

Mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

## 5. Período intergenésico con el actual

embarazo: \_\_\_\_\_ años

## 6. Terminación del último parto:

Espontáneo: \_\_\_\_ Inducidos: \_\_\_\_\_

Conducido \_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_

Cesárea \_\_\_\_\_

## 7. Fecha de último aborto:

mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

## EMBARAZO ACTUAL

1. Peso Anterior: \_\_\_\_\_ kilos

2. Talla \_\_\_\_\_ cm

3. FUR: \_\_\_\_\_

4. FPP \_\_\_\_\_

5. Edad gestacional: \_\_\_\_ semanas

6. Control Prenatal: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

7. No. de consultas \_\_\_\_\_

8. Captación del embarazo:

1° trimestre \_\_\_\_\_

2° trimestre \_\_\_\_\_

3° trimestre \_\_\_\_\_

## 9. Lugar del control prenatal, nombre del establecimiento:

Público \_\_\_\_\_

Privado \_\_\_\_\_

Mixto \_\_\_\_\_

4

10. Esta vacunada contra el tétanos?  
Si \_\_\_ No \_\_\_

11. Fecha de aplicación de la  
vacuna \_\_\_\_\_

12. Exámenes de laboratorio indicados y reportados:

	1 trimestre		2 trimestre		3 trimestre	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Grupo						
RH						
HTO						
HB						
VDRL						
Glicemia						
Orina						
Papanicolau						
HIV						
Otros						

Especifique \_\_\_\_\_

13. Otros estudios complementarios indicados y reportados

	1. trimestre		2. trimestre		3. trimestre	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ultrasonido obstétrico						
Amniocentesis						
Monitoreo fetal						
Otro						

Especifique \_\_\_\_\_

14. Medicamentos de rutina indicados  
SI \_\_\_ NO \_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

15. Referencia a otro nivel  
SI \_\_\_ NO \_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

16. Ganancia de peso:

	SI	NO
Insuficiente		
Adecuado		
Sobrepeso		

5

## 17. Identificación de factores de riesgo

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

## 18. Clasificación del riesgo: Alto \_\_\_\_\_ Bajo \_\_\_\_\_

## 19. Atenciones en cada consulta:

No. de consulta	2	3	4	5	6	7
Fecha						
Examen físico inicial completo						
Peso anterior al embarazo						
Examen obstétrico						
Peso						
Edad gestacional						
Presión arterial						
Altura uterina						
Movimientos fetales (mayor de 16 semanas)						
Frecuencia cardíaca fetal (mayor de 16 semanas)						
Detección de factores de riesgo						

Observaciones \_\_\_\_\_

**III. INTERNAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO**

1. Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ 2. Hora de ingreso \_\_\_\_\_

3. Ingresó al servicio de \_\_\_\_\_ 4. Referida por \_\_\_\_\_

5. Tiempo transcurrido desde admisión a la valoración por el gineco-obstetra días \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_

6. Examen físico de ingreso: SI\_ NO \_  
Explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**IV. ATENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS**

1. Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ 2. N° de expediente: \_\_\_\_\_

3. Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ 4. Hora de ingreso \_\_\_\_\_

5. Hora de atención \_\_\_\_\_ 6. Diagnóstico de ingreso \_\_\_\_\_

6

## 7. Control de signos vitales

	SI	NO
Presión arterial		
Pulso		
Respiración		
Temperatura		

Observaciones \_\_\_\_\_

8. Examen físico completo SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ 9. FUR \_\_\_\_\_

10. FPP \_\_\_\_\_

11. Edad gestacional \_\_\_\_ semanas

12. Antecedentes obstétricos:

Gesta \_\_\_\_ Para \_\_\_\_

Aborto \_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_

13. Indicación de exámenes de laboratorio

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

14. Examen obstétrico:

	SI	NO
Maniobras de Leopold		
Altura uterina		
Tacto vaginal		
Valoración de bienestar fetal		
Control frecuencia cardiaca fetal		

15. Detección factores de riesgo SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

16. Indicación de medicamentos: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

17. Referencia SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

18. Permanencia en sala de observación SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

19. Internamiento SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

7

20. Atendida por: Médico gineco-obstetra \_\_\_\_\_  
 Médico general \_\_\_\_\_  
 Enfermera obstetra \_\_\_\_\_  
 Enfermera general \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

21. Hora en que fue atendida por el ginecoobstetra \_\_\_\_\_

22. Indicación de exámenes de laboratorio.

	SI	NO
Grupo		
RH		
Hematocrito		
Hemoglobina		
Glicemia		
Orina		
HIV		
Otros:		

23. Horas de estancia en el servicio de emergencias \_\_\_\_\_ 24. Fecha de egreso \_\_\_\_\_

25. Diagnóstico de egreso \_\_\_\_\_

26. Condición de egreso: Con patología: Referida al servicio de: \_\_\_\_\_  
 Traslado al Hospital: \_\_\_\_\_  
 Internamiento (servicio) \_\_\_\_\_  
 Fallecida \_\_\_\_\_

#### V. ATENCION DURANTE EL ABORTO

1. Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ 2. Hora de internamiento \_\_\_\_\_

3. Referida por \_\_\_\_\_ 4. Internada en el servicio de \_\_\_\_\_

5. Examen físico de ingreso: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

6. Edad gestacional \_\_\_\_\_ semanas

7. Manejo de la amenaza de aborto  
 ambulatorio \_\_\_\_\_  
 hospitalario \_\_\_\_\_

8. Tipo de aborto:  
 Espontáneo \_\_\_\_\_  
 Inducido \_\_\_\_\_



8

9. Complicaciones: Hemorragia \_\_\_\_  
 Infección \_\_\_\_  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

10. Tratamiento médico: SI \_ NO \_  
 Especifique: \_\_\_\_\_

11. Tratamiento quirúrgico SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
 Especifique \_\_\_\_\_

12. Control de signos vitales:

	SI	NO
Presión arterial		
Pulso		
Respiración		
Temperatura		

Observaciones: \_\_\_\_\_

13. Fecha de egreso \_\_\_\_\_ 14. Hora de egreso \_\_\_\_\_

15. Condición de egreso: Viva \_\_\_\_ Traslado \_\_\_\_ Muerta \_\_\_\_

16. Días de estancia hospitalaria \_\_\_\_\_

17. Diagnósticos de egreso: \_\_\_\_\_

#### VI. INTERNAMIENTO DURANTE LA LABOR DE PARTO – PARTO

##### LABOR DE PARTO

1. Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ 2. Hora de ingreso \_\_\_\_\_

3. Referida por \_\_\_\_\_ 4. Diagnóstico de ingreso \_\_\_\_\_

5. Valoración de ingreso por:

Médico gineco-obstetra	
Médico General	
Enfermera (o) Obstetra	
Enfermera (o)	
Otros:	

6. Examen físico de ingreso:  
 SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
 Especifique: \_\_\_\_\_

7. Condición membranas ovulares:  
 Integras \_\_\_\_ Rotas (hora) \_\_\_\_  
 Características del líquido  
 amniótico: \_\_\_\_\_

9

## 8. Control de signos vitales

	SI	NO
Temperatura		
Pulso		
Respiración		
Presión arterial		

## 9. Exámenes de laboratorio de rutina

	SI	NO
Grupo		
RH		
Hematocrito		
Hemoglobina		
VDRL		

## 10. Examen obstétrico:

	SI	NO
Maniobras de Leopold		
Altura uterina		
Tacto vaginal		
Valoración de bienestar fetal		
Control frecuencia cardiaca fetal		

11. FUR \_\_\_\_\_

FPP \_\_\_\_\_

12. Periodo intergenésico:

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

13. Edad gestacional \_\_\_\_\_ semanas

Especifique \_\_\_\_\_

14. Llenado de partograma SI \_\_\_ NO \_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

15. Complicaciones SI \_\_\_ NO \_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

16. Detección factores de riesgo:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

17. Clasificación de riesgo:

Bajo \_\_\_\_\_

Alto \_\_\_\_\_

18. Complicaciones: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

19. Traslado:

Sala de expulsivo \_\_\_\_\_

Sala de operaciones \_\_\_\_\_

Referencia a otro establecimiento \_\_\_\_\_

Fallecida \_\_\_\_\_

10

## ATENCION DEL PARTO

## 1. Tipo de parto

	SI	NO
Espontáneo		
Inducido		
Conducido		
Cesárea electiva		
Cesárea emergente		
Forceps		

2. Presentación fetal:

Cefálico \_\_\_\_  
 Pélvico \_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_

3. Recién Nacido:

Vivo \_\_\_\_  
 Muerto \_\_\_\_

4. Duración del período expulsivo \_\_\_\_\_ 5. Tipo de alumbramiento \_\_\_\_\_

6. Duración periodo de alumbramiento \_\_\_\_\_

7. Placenta: Completa \_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_

8. Episiotomía SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

9. Desgarro SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

10. Condición de membranas ovulares:

Integras \_\_\_\_

Rotas (hora) \_\_\_\_

11. Características del líquido amniótico: \_\_\_\_\_

12. Complicaciones:

Especifique \_\_\_\_\_

13. Medicación: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_

14. Transfusión sanguínea

	SI	NO	Cantidad
Sangre total			
Glóbulos rojos			
Plaquetas			
Plasma crioderivados			

15. Lugar de atención del parto

Especifique \_\_\_\_\_

16. Observaciones:

Médicas: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Enfermería: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

17. Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VII. ATENCION DEL POSPARTO - POSABORTO AMBULATORIO**

1. Presenta luego del egreso signos y síntomas de alarma SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Especifique \_\_\_\_\_

2. Cuál fue la sintomatología? \_\_\_\_\_

3. Profesional con que consulta \_\_\_\_\_

4. Establecimiento de salud donde  
consulta \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. Tuvo control posparto? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Explique \_\_\_\_\_

7. Establecimiento donde se controló el posparto  
\_\_\_\_\_

8. Historia del control posparto:

Fecha \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

Número de días posparto \_\_\_\_\_

8. Examen físico completo:

SI \_\_\_ NO \_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

9. Control de signos vitales:

	SI	NO
Presión arterial		
Pulso		
Respiración		

10. Detección de factores de riesgo

SI \_\_\_ NO \_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

11. Clasificación del riesgo:

Bajo \_\_\_ Alto \_\_\_

12. Indicación de tratamiento

SI \_\_\_ NO \_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

13. Le entregaron referencia

SI \_\_\_ NO \_\_\_

A dónde? \_\_\_\_\_

14. Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12

**IX. ATENCION AL MOMENTO DE LA MUERTE**

1. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Edad gestacional \_\_\_ semanas  
 Días posparto o posaborto \_\_\_\_\_
2. Lugar de ocurrencia:  
 Hospital Público \_\_\_ Privado \_\_\_  
 Clínica: \_\_\_\_\_  
 Ambulancia: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_
3. Periodo durante el que ocurrió la muerte:  
 Embarazo \_\_\_\_\_  
 Parto \_\_\_\_\_  
 Posparto \_\_\_\_\_  
 Posaborto \_\_\_\_\_
4. Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y el fallecimiento:  
 Inicio signos de alarma \_\_\_ horas  
 Búsqueda de la atención \_\_\_ horas  
 Atención brindada a las \_\_\_ horas  
 Falleció a las \_\_\_\_\_ horas

5. Atendida por:

Médico gineco-obstetra	
Medico residente gineco-obstetricia	
Médico internista	
Médico general	
Enfermera (o) obstetra	
Enfermera (o) general	
Otro (especifique):	

6. Autopsia: SI \_\_\_ NO \_\_\_
7. Número de autopsia \_\_\_\_\_
8. Lugar de la autopsia:  
 Hospital \_\_\_\_\_  
 Medicatura forense \_\_\_\_\_
9. Diagnósticos finales derivados de la autopsia:  
 1. \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_
10. Causa de muerte obstétrica:  
 Causa básica \_\_\_\_\_  
 Causa directa \_\_\_\_\_
11. Causa de muerte no obstétrica:  
 Causa básica \_\_\_\_\_  
 Causa directa \_\_\_\_\_
12. Observaciones generales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

13



*MINISTERIO DE SALUD  
REPÚBLICA DE COSTA RICA*

*CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL*

*DIRECCION DE GARANTIA AL  
ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

*DEPARTAMENTO MEDICINA PREVENTIVA  
SECCION SALUD DE LA MUJER*

---

**Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna  
Instructivo Instrumento N° 3  
Recolección de información para el estudio de Muertes Maternas**

**Revisado y actualizado por:  
Comisión Nacional de Mortalidad Materna**

**Costa Rica 2001**

## I. ATENCION PRENATAL

- ✓ Antecedentes patológicos personales y socioculturales  
Marque con una x en cada columna, la presencia del dato en el expediente clínico
- ✓ Antecedentes Obstétricos  
En los espacios consignados debe llenarse con números, no con letras. Ejemplo:  
Gesta: 3
- ✓ Periodo intergenésico:  
Es el espacio (tiempo) que existe entre la terminación del último embarazo y el actual.
- ✓ Embarazo actual:
  - Peso anterior: Significa el peso corporal de la usuaria antes de quedar embarazada
  - Número de consultas: Total de consultas para control prenatal que ha tenido durante el embarazo
- ✓ Exámenes de laboratorio: Toda mujer embarazada debe ser tamizada por HIV previo consentimiento firmado.
- ✓ Ganancia de peso:
  - Insuficiente: Ganancia de peso mensual por debajo de 1 Kilo
  - Adecuado: Ganancia de peso por mes de 1 a 2 Kilos
  - Sobrepeso: Ganancia de peso mensual por encima de los 2 kilos
- ✓ Identificación de factores de riesgo:
  - Factor de riesgo: Es aquella condición o trastorno que se encuentra latente o presente y que puede poner en riesgo la vida de la madre o el niño (a). Ejemplo: Hipertensión arterial.
  - Clasificación del riesgo: Se realiza en base a factores de riesgo detectados: es dinámico. Los hay de dos tipos: Alto riesgo: Ejemplo: embarazada más cardiopatía
  - Bajo riesgo: la que no tiene factores de riesgo evidente
- ✓ Atenciones en cada consulta:
  - Marque con una x en cada columna, la presencia del dato en el expediente clínico.
  - Examen obstétrico: Incluye las maniobras de Leopold y el examen vaginal
  - Antecedentes obstétricos: Llenar con números: no con letras.

15

**II. ATENCION DURANTE EL PARTO**

- ✓ Tratamiento médico anote si se administraron o no medicamentos y cuales
- ✓ Tratamiento quirúrgico: Anote si se le practicó alguna cirugía a la fallecida, ejemplo: legrado Uterino.

**III. ATENCION DEL POSPARTO O POSABORTO HOSPITALARIO.**

- ✓ Posparto hospitalario: Es el periodo comprendido entre la finalización del parto y el momento del egreso de la paciente.
- ✓ Posparto ambulatorio: Es el espacio comprendido entre el egreso hospitalario y los cuarenta días después del parto.



- **Adjunto número 2**

Carta de solicitud de autorización para uso de datos de la comisión de muerte materna

San José, Costa Rica, Mayo 12, 2017

Dra. Olga Hernández Chaves.  
Coordinadora de la Comisión Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna,  
Perinatal e Infantil,  
Ministerio de Salud.

Estimada Dra. Hernández.

Por medio de la presente, la Licda María Fernanda Ramírez Calderón y mi persona Licda. Marilyn Salas Méndez E7541, enfermeras de profesión, actualmente estudiantes de la Maestría de Gineco - Obstetricia y perinatología de la Universidad de Costa Rica, cursando el cuarto semestre, solicitamos su permiso para obtener acceso al registro de datos de Defunciones Maternas en Costa Rica, registrado por la Comisión Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna, con la finalidad de realizar una investigación que nos permita establecer un perfil de las mujeres que han sufrido muerte materna y caracterizar esta población, iniciando y cumpliendo de esta forma con nuestra tesis de graduación "*Características biológicas, geográficas, socio-culturales y educativas, y de la atención obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna: un análisis desde el enfoque de las tres demoras. Costa Rica. 2012-2016*", el cual será sometido a la comisión del programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, para optar al grado y título de Maestría Profesional en Ginecología Obstetricia y Perinatología.

Agradecemos de antemano toda su colaboración.

  
\_\_\_\_\_  
Licda. Marilyn Salas Méndez  
304040948

- **Adjunto Número 3**

Carta de solicitud de autorización para uso de datos de la comisión de muerte materna



PPCE Programa de Posgrado en  
Ciencias de la Enfermería

18 de mayo de 2017

PPCE-286-2017

Dra. Olga Fernández Chaves

**Comisión Nacional de Vigilancia de Muerte Materna**

**Asunto:** Solicitud de apoyo

Estimada doctora:

El motivo de la presente es solicitar el apoyo a las estudiantes de la Maestría de Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, Marilyn Salas Méndez, cédula de identidad 3-0404-0948 y María Fernanda Ramírez Calderón, cédula de identidad -0473-0866, puedan tener acceso a las Bases de datos de la Comisión Nacional de Vigilancia de Muerte Materna; esto debido a que las estudiantes se encuentran realizando su Trabajo Final de Investigación Aplicada con el tema "*Características biológicas, sociales y educativas y de la atención obstétrica desde el enfoque de las tres demoras a las mujeres que presentaron muerte materna entre 2012-2016*", para optar por el título de Master en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

Agradeciendo de antemano la colaboración brindada a las estudiantes, atentamente,

  
Dra. Ligia Rojas Valenciano  
Coordinadora de la maestría



C. Archivo

PCV

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

