



ENFERMERÍA INVESTIGA



ISSN en línea: 2550-6692
ISSN: 2477-9172

<https://revistas.uta.edu.ec/revista/index.php/enfi/index>

UNA MIRADA DE ENFERMERÍA EN LAS DEMORAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD OBSTÉTRICA EN MADRES DEL SECTOR “EL CAMBIO”

A NURSING LOOK AT DELAYS IN OBSTETRIC HEALTH CARE IN MOTHERS IN “EL CAMBIO” SECTOR

Erwin Elian Sánchez Rodríguez¹ <https://orcid.org/0009-0003-5148-3671>, Kelvin Steven Camacho Lalangui¹ <https://orcid.org/0000-0001-6244-8247>, Lilian Marisol Floreano Solano² <https://orcid.org/0000-0002-4309-1358>

¹Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala

²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2025 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

Autor de Correspondencia: Lic. Mg. Lilian Marisol Floreano Solano. **Correo electrónico:** lfloreano@utmachala.edu.ec

Recibido: 09 de octubre 2024

Aceptado: 20 de diciembre 2024

RESUMEN

Introducción: La demora de atención es el retraso de la embarazada para recibir el cuidado de salud obstétrica, el modelo de Thaddeus y Maine de las “Tres Demoras” son: demora 1 por retardo en la toma de decisiones para buscar ayuda, demora 2 por retraso en llegar al centro de salud y demora 3 por enlentecimiento en recibir una atención adecuada por parte del centro de salud. **Objetivo:** Identificar las demoras en la atención de salud obstétrica en embarazadas del Subcentro de Salud “El Cambio”, mediante la aplicación de una herramienta que evalúe las causas en la toma de decisiones. **Métodos:** Investigación cuantitativa, observacional, de corte transversal, con un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple de 150 mujeres que culminaron su embarazo durante el año 2022, del Subcentro de Salud Sector “El Cambio” de la ciudad de Machala, Ecuador. **Resultados:** En la atención de salud obstétrica la demora 2 es el retraso más frecuente experimentado por las pacientes antes de llegar al centro de salud durante su proceso de parto con un porcentaje de 46,0%, en la causa se encontró una diferencia significativa $p < 0.05$ en la “falta de confianza en los servicios de salud”, en la distribución de las demoras según la edad y número de gestas se observó un mayor número

de casos en primigestas a la edad de 18 a 34 años.

Conclusiones: la demora 2 debido a un retraso en llegar al centro de salud por falta de confianza en los servicios asistenciales retrasan la atención de salud obstétrica en embarazadas del Subcentro de Salud “El Cambio”.

Palabras clave: muerte materna, atención prenatal, salud materna, complicaciones del trabajo de parto

ABSTRACT

Introduction: Delay in care is the delay of the pregnant woman in receiving obstetric health care, the Thaddeus and Maine model of the “Three Delays” are: delay 1 due to delay in making the decision to seek help, delay 2 due to delay in arrival at the health center and delay 3 due to slowness in receiving adequate care from the health center.

Objective: Identify delays in obstetric health care in pregnant women at the “Health Subcenter “El Cambio”, through the application of a tool that evaluates the causes in decision making. **Methods:** Quantitative, observational, cross-sectional research, with a simple random probabilistic sampling of 150 women who completed their pregnancy during the year 2022, from the “Health Subcenter “El Cambio” in the city of Machala, Ecuador. **Results:** In obstetric health care, delay 2 is the most frequent delay experienced by patients

before arriving at the health center during their birth process with a percentage of 46.0%, in the cause, a significant difference $p < 0.05$ was found in "lack of trust in health services", in health services" with 19.3%, in the distribution of delays according to age and number of pregnancies, a greater number of cases was observed in primigravida between 18 and 34 years of age. **Conclusions:** delay 2 due to a delay

INTRODUCCIÓN

La demora de atención, se la define como es el retraso de la embarazada para recibir el cuidado de salud obstétrica, Thaddeus y Maine en 1994, crearon el modelo de las "Tres Demoras" siendo estas: demora 1 por retardo en la toma de decisiones para buscar ayuda, demora 2 por retraso en llegar al centro de salud y demora 3 por enlentecimiento en recibir una atención adecuada por parte del centro de salud, por lo que al existir demoras que pueden originar complicaciones tanto en el embarazo como en el proceso de parto (1-3).

Así pues, el acceso a una atención perinatal es fundamental para minimizar el riesgo de muerte materna o neonatal (4), que muchas veces termina en una complicación con muerte materna o fetal, En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la mortalidad materna no es por causas accidentales, sino como resultado de una serie de "demoras" en la atención sanitaria (1,5), es decir, el tiempo que transcurre desde que se toma la decisión de buscar atención hasta el ingreso a un centro de salud (6).

En este contexto, la primera demora hace referencia al retraso en la toma de decisiones para buscar ayuda, en otras palabras, el tiempo que tarda la gestante y la familia en identificar la complicación obstétrica y solicitar asistencia médica. En el caso de las mujeres que habitan en zonas rurales la oportunidad de decidir y tener el acceso a una casa asistencial resulta más difícil, sumándole a que sus esposos se encuentran trabajando lejos del hogar reduciendo la posibilidad de ser auxiliadas (1,7).

Eventualmente, la segunda demora hace referencia a la demora desde que la madre pudo dar la señal de alarma y tomó la decisión de dirigirse a un centro de atención hasta que la alcanzó, esta demora puede estar influenciada por la distancia, la eficiencia en los medios de transporte para su traslado a la casa asistencial y su accesibilidad, la falta de recursos económicos para su pago y el miedo a ser atendidas por los servicios de salud en base a malas experiencias (8,9).

Por otra parte, la tercera demora hace alusión directamente a la rapidez con la que actúa el personal médico en la casa de salud donde asiste la gestante, a su vez esto puede estar influenciado por la cantidad de personal profesional de salud y su capacidad para actuar ante la emergencia. La falta de medicamentos, suministros e insumos y la falta

in reaching the health center due to lack of confidence in healthcare services delays obstetric health care in pregnant women at the "Health Subcenter "El Cambio".

Keywords: maternal death, prenatal care, maternal health, obstetric labor complications

de infraestructura son otros de los factores que pueden ocasionar el retraso (9,10).

El modelo de las tres demoras en el estudio de la mortalidad materna radica en comprender cuales son las determinantes sociales, culturales y políticas que contribuyen a esta problemática, esto se evidencia en una investigación realizada en Asia la cual señala que la segunda demora fue la más destacada, por el contrario, en Mozambique indican a la segunda demora como la menos notoria, predominando la primera demora. En Ruanda, la más destacada fue la segunda demora, en donde las mujeres mencionan presentar temor en los centros de salud por la criminalización del aborto (8).

Ahora bien, en base a esta problemática, si en caso de presentar una complicación obstétrica por uno de los tres retrasos y no se actúa de manera rápida, como se menciona al inicio, esto puede provocar la mortalidad materna que, de acuerdo a la OMS, se define como "el fallecimiento de la mujer durante su estado de gestación y hasta los 42 días posterior al parto, independientemente del tiempo o del lugar del embarazo, debido a una causa relacionada o agravante y no por causas accidentales" (11,12), que en todo caso refiere que, en el 2020, a nivel mundial, cerca de 287000 mujeres fallecieron durante su embarazo, en labor de parto o después del mismo. De estos datos el 95% de las muertes maternas se produjeron en países en vía de desarrollo y la mayoría se pudieron haber evitado. Solo entre África (70%) y Asia (17%) se concentra el 87% de mortalidad materna mundial estimado en el 2020 (13), por lo que la OMS recomienda llevar a cabo estudios en mujeres sobrevivientes de una muerte materna, puesto que, al trabajar con ellas permite analizar los factores que contribuyeron a la complicación obstétrica, evidenciando que por cada morbilidad materna se registra 20 sobrevivientes. Por tal razón, África y Asia acogen esta iniciativa, mientras que América Latina sigue centrándose en la muerte materna (8).

En los países de América Latina y el Caribe a plantear medidas para reducir la mortalidad materna. Jarbas Barbosa, director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), menciona que aproximadamente 8400 mujeres fallecen durante el embarazo o el parto en América Latina y el Caribe incrementando en un 15% entre 2016 y 2020 después de una disminución del 16,4% entre 1990 y 2015 (14,15); mientras que, el Ecuador ocupa el cuarto lugar en defunciones maternas, de acuerdo al

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en el 2018 se evidenciaron 137 muertes maternas representando un 41,4% en la tasa de mortalidad, en el 2019, se produjeron 123 muertes con una tasa de mortalidad del 37% y en el año 2020 el número incrementó a 191 muertes con una tasa de mortalidad del 57,6% (16), mientras que en Argentina, un estudio demostró una igualdad en las tres demoras, en México se enfatizó las demoras 1 y 3 (8).

Una situación clave que hay que considerar para la toma de decisiones en el proceso del parto dentro de las demoras es el poco o nulo conocimiento de los signos de alarma (17), lo que como consecuencia puede conllevar a una complicación obstétrica, por ende, el desconocimiento genera una pérdida valiosa de tiempo hasta que se logre reconocer la emergencia sin estar listos para resolver la problemática que se les presente.

En este sentido, en un estudio realizado en Ecuador en la provincia del Chimborazo se evidencia el predominio de la demora 1 con un 46,7%, un 38% en la demora 2 y un 16% en la demora 3 (18), por lo que, reducir la mortalidad materna constituye una de las principales metas decretadas dentro del "Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017" y que luego paso a desarrollarse en el Plan Nacional de Desarrollo "Toda una vida 2017-2021". Sin embargo, actualmente el Ecuador busca cumplir con esta meta de acuerdo con la Agenda del 2030 en relación con los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y del Objetivo 5 "Mejorar la Salud Materna" de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) (19,20).

Ante esto, todo el contexto antes mencionado, se plantea como objetivo identificar las demoras en la atención de salud obstétrica en madres del sector "El Cambio", mediante la aplicación de una herramienta que evalúe las causas en la toma de decisiones.

MÉTODOS

Investigación cuantitativa, observacional, de corte transversal. La población de estudio fueron 244 mujeres del Sector "El Cambio" de la ciudad de Machala, las cuales culminaron su embarazo durante el año 2022 y el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple se calculó a partir de fórmula finita, con el 95% de confiabilidad, 0.05 de error y la probabilidad de exposición al evento del 50%, con un resultado de 150 mujeres

Se utilizó la Encuesta de demoras en la atención de salud y su influencia en complicaciones, que consta de preguntas sociodemográficas y de características

de las demoras, con validación por comité de expertos, para verificar la confiabilidad del instrumento utilizado se empleó el Alfa de Cronbach para evaluar la correlación de los 8 ítems establecidos, los cuales se obtuvo como resultado un valor de 0,805 con 5 preguntas correlacionadas, excluyendo 3 con menos correlación, estando dentro del rango de 0,8 a 0,9. Sin embargo, es preciso recalcar que para el análisis de los resultados y el cálculo de la escala de fiabilidad se aplicó el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 29.

El análisis estadístico se realizó mediante la organización y presentación de datos absolutos transformados en porcentajes, además la contrastación de hipótesis que se aplicó fue el Chi² por ser variables cualitativas que se van a comparar a través de tablas 2x2, con el 95% de nivel de confianza, valor de p (significancia estadística) < 0.05 para lo cual se empleó la siguiente fórmula:

$$x^2 = \frac{n(ad - bc)^2}{(a + c)(b + d)(a + b)(c + d)}$$

En los aspectos éticos, se procedió a hacer firmar el consentimiento informado a las madres de familia para participar en la investigación, garantizando la confidencialidad de los nombres y apellidos, utilizando únicamente los datos estadísticos.

RESULTADOS

En el análisis de la tabla 1 que evalúa las demoras en la atención de salud en el Subcentro de Salud "El Cambio", se observa la demora 2 con un porcentaje de 46,0%, se destaca como la demora más frecuente experimentada por las pacientes durante su proceso de parto (la que establece la movilización de la mujer desde su domicilio hasta la unidad operativa), seguida por la demora 1 con un 34,0%, por el contrario, la demora 3 tiene el menor porcentaje, representando el 20,0 %. Estos hallazgos indican que la Demora 2 es la más recurrente y, por lo tanto, puede tener un impacto importante en las complicaciones obstétricas en este entorno de atención médica, debido a la falta de movilización de la embarazada. Esta información es esencial para dirigir los esfuerzos de mejora en la atención obstétrica en el Subcentro de Salud "El Cambio", enfocándose en abordarla específicamente para reducir su incidencia y, en última instancia, mejorar la calidad de la atención y reducir las complicaciones obstétricas.

TABLA 1
DEMORAS EN LA TOMA DE DECISIÓN PARA LA ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD

DEMORAS	Frecuencia N°	Porcentaje %
Demora 1	51	34,0
Demora 2	69	46,0
Demora 3	30	20,0
Total	150	100,0

En base a los resultados obtenidos al analizar las causas de demora y sus respectivas respuestas en el Subcentro de Salud “El Cambio”, se encontró una diferencia significativa $p < 0.05$ en: la demora 2 por la "falta de confianza en los servicios de salud" en

19,3%, la demora 1, está en función de "no saber a quién llamar" en 12,7% y la demora 3 la "inadecuada calidad de la atención en cuanto a identificación del riesgo y su clasificación de emergencia" en 6,7% (Tabla 2)

TABLA 2
CAUSAS PARA LAS DEMORAS EN LA DECISIÓN PARA LA ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD

	DEMORA 1	
	Frecuencia N°	Porcentaje %
¿Cuál de las siguientes causas ocasionó el retraso en la búsqueda de ayuda, para la primera demora?		
Vivienda en zona rural	5	3,3
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	7	4,7
Preferencias culturales	3	2,0
Pasar mayor tiempo sola en casa	17	11,3
No saber a quién llamar	19	12,7*
Total	51	34,0
¿Cuál de las siguientes causas ocasionó el retraso en el acceso a la atención sanitaria, para la segunda demora?		
DEMORA 2		
Obstrucción vial causada por naturaleza o por orden público	6	4,0
Falta de estructura vial y de comunicaciones	2	1,3
Falta de recursos económicos para el pago del transporte	15	10,0
Falta de transporte para el traslado al hospital	17	11,3
Falta de confianza en los servicios de salud	29	19,3*
Total	69	46,0
¿Cuáles de las siguientes causas fueron lo que ocasionaron una atención inadecuada, para tercera demora?		
DEMORA 3		
Inadecuada calidad de la atención en cuanto a identificación del riesgo y su clasificación de emergencia.	10	6,7*
Personal insuficiente y no capacitado para la atención	6	4,0
Evaluación e incumplimiento de protocolos de seguridad	2	1,3
Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados etc.	6	4,0
Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la paciente	3	2,0
Atención en áreas no acordes a su gravedad	2	1,3
Falta de los apoyos diagnósticos	1	0,7
Total	30	20,0
TOTAL GENERAL	150	100,0

*Prueba del χ^2 de Pearson ($p < 0.05$)

En la distribución de las demoras para la atención en las unidades de salud según la edad y número de gestas se observa un predominio en la edad de 18 a 34 años, primigestas con demora 1 por retraso en la

toma de decisiones para buscar ayuda representa un porcentaje de 18,1% y la demora 2 por retraso en llegar al centro de salud 13,4% (Tabla 3)

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS DEMORAS PARA LA ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE SALUD SEGÚN LA EDAD Y NÚMERO DE GESTAS

EDAD Y NÚMERO DE GESTAS			DEMORA 1		DEMORA 2		DEMORA 3		TOTAL	
			Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %
< 18	Número de gestas	1	3	2,0	2	1,3	1	0,7	6	4,0
		2	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7
		≥3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	3	2	3	2,0	1	0,7	7	4,7	
18-34 (Años)	Número de gestas	1	27	18,1	20	13,4	9	6,0	56	37,5
		2	9	6,0	22	14,8	4	2,7	35	23,5
		≥3	0	0,0	8	5,4	4	2,7	12	8,1
	Total	36	24,1	50	33,6	17	11,4	103	69,1	
> 35	Número de gestas	1	1	0,7	0	0,0	1	0,7	2	1,3
		2	1	0,7	4	2,7	0	0,0	5	3,4
		≥3	10	6,7	12	8,1	11	7,4	33	22,2
	Total	12	8,1	16	10,8	12	8,1	40	26,9	
TOTAL, GENERAL			51	34,0	69	46,0	30	20,0	150	100,0

DISCUSIÓN

La OMS afirma que la principal causa de muerte de las mujeres embarazadas es la falta de atención médica oportuna, hay muchos factores que pueden hacer que las mujeres tarden más en recibir la ayuda que necesitan. Algunas investigaciones han analizado las causas de estos retrasos en el acceso

a los servicios de salud materna. Sin embargo, no todos los estudios han abordado el problema de forma integral, sino que se han enfocado en aspectos particulares, como el tiempo y el dinero que implica el tratamiento médico, o la oferta y la demanda de los servicios de salud materna (21-24).

Una forma de analizar los factores que influyen en la mortalidad materna en los países de Latinoamérica es el modelo de las 3 demoras, que ha sido aplicado en diversas investigaciones en la región. Según la OMS (13), el contexto de pobreza y desigualdad en el que viven el 95% de las mujeres que mueren por causas maternas es determinante para su salud. Una de las principales barreras que enfrentan estas mujeres es la falta de una atención sanitaria que sea oportuna, accesible y adecuada (1).

En el presente estudio se observa que la mayoría de las gestantes que acudieron a las casas de salud enfrentaron demora 2: retraso en llegar al centro asistencial, representado un importante factor de riesgo materno- fetal, de una manera similar el estudio en la Maternidad de Caracas de Chirinos et al. en el año 2019 (9), encontró que el 95% de las mujeres embarazadas experimentaron demoras y el 48,8% tuvieron complicaciones obstétricas, siendo la disminución de los movimientos fetales la más frecuente. Asimismo, Florián en el año 2019 (25) encontró que todas las mujeres sufrieron algún tipo de demora y el 51,25% de los casos presentaron esta misma complicación. A diferencia del estudio de Pinargote et al. en el año 2019 (26), que la mortalidad materna en la Provincia de Manabí se asocia principalmente con la tercera demora, es decir, la que se produce por la falta o la mala calidad de la atención en los servicios de salud, esta demora afecta al 66% de los casos y su incidencia va en aumento cada año. Además, se mantiene la percepción de que los principales problemas que se

presentan en este aspecto son la atención deficiente por parte de personal no capacitado, las limitaciones estructurales y la escasez de insumos, esto según el estudio de Rodríguez et al. en el 2019 (27).

Rodríguez et al. en el 2019 (27) evidenció las múltiples dimensiones de la salud que influyen en las experiencias de 274 mujeres embarazadas de comunidades rurales de Yucatán, México, el estudio reveló que las participantes encontraron con 421 obstáculos para acceder a los servicios de salud, lo que evidencia las brechas y las desventajas que enfrentan las mujeres indígenas en el contexto mexicano. En este sentido, dentro del plan de parto de la mujer para poder acceder a la atención institucional, se debe no solo tener presente la decisión que debe tomar la mujer, sino también el acceso a movilización al servicio de atención de salud, lo que, de hecho, es que la comunidad, también tiene participación en este hecho vital.

En las causas de las demoras en la investigación actual en la segunda demora fue la "falta de confianza en los servicios de salud", semejante al estudio de Chirinos et al. en el año 2019 (9) y Moran et al. en el 2021 (7), establecen que entre los factores que influyen en este tipo de demora, se encuentran la falta de confianza (45%) y la dependencia de ayuda externa para desplazarse (40,6%). No obstante, otros factores que también contribuyen en la demora como el desconocimiento de los signos de alarma, la negación de la gravedad del problema y el temor a las posibles complicaciones, según lo señalado por Torres et al. en el 2020 (1).

En un estudio en un hospital de Perú de Moran et al. en el año 2021 (7), se examinó cómo la segunda demora se relacionaba con las complicaciones derivadas de la hipertensión inducida por el embarazo. Sin embargo, Rodríguez et al. y Castañeda & Hernández en el 2022 indican que la segunda demora tiene menor influencia, y que hay otros factores que precisan más la atención (28,29).

No obstante, una limitación importante para acceder a los servicios de salud es la escasez de transporte, según el estudio de Rodríguez et al. en el año 2023 (27) quienes encontraron que la falta de medios de transporte incrementó el tiempo de espera para decidir buscar ayuda.

Una de las principales preocupaciones de Salud Pública en el Ecuador es la mortalidad materna, que ha mostrado una tendencia fluctuante en los últimos años. A pesar de que se logró una reducción significativa hasta el 2015, los años 2020-2021 registraron un incremento de este indicador, con 180 y 144 fallecimientos respectivamente según Sánchez et al. en el año 2023 (23). Aunque en el 2021 presenta una disminución del 14,1% en comparación con el año anterior, la tasa sigue siendo alta con relación al 2019 y años anteriores de acuerdo con el registro estadístico de defunciones generales del 2021 (21-24).

En la investigación actual la distribución de las demoras según la edad y número de gestas se observó un mayor número de casos en primigestas a la edad de 18 a 34 años, de igual manera Álvarez et al. en el año 2018 (30), en el Departamento de Santander, Colombia, encontraron que más de la mitad de las muertes maternas (57,1%) ocurrieron en mujeres de 22 a 35 años, con una mayor frecuencia en las gestantes de más de 29 años (59%). Estos resultados son consistentes con los de Chiliquinga et al. en el año 2020 (19), que reportaron que el 23,32% y el 21% de las muertes maternas entre el 2014 y el 2018 se dieron en mujeres de 20 a 24 años y de 30 a 34 años, respectivamente. No obstante, Moran et al. en el año 2018 (7) no hallaron evidencia de una interacción entre la edad materna y la demora en la atención, lo que sugiere que otros factores pueden estar involucrados en este fenómeno.

Chirinos et al. en el año 2019 (9), observaron que las mujeres jóvenes, las amas de casa y las primigestas eran más propensas a sufrir la demoras en la búsqueda de atención y en la recepción de atención adecuada.

Se observa por lo tanto que es sumamente importante por la condición de la mujer, que se tenga que considerar las demoras en la toma de decisiones para la atención de salud en el parto, ya que de ello depende el bienestar o el riesgo que pueda presentar el binomio materno-infantil.

REFERENCIAS

1. Torres Chávez I, Ramírez Morán L, Salcedo Faytong M. Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas en Ecuador. Un estudio de revisión. *Mas Vista* 2020;2(3):104-113. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/150/487>
2. Actis V, Bedwell C, Wakasiaka S, Lavender T. Utility of the three-delays model and its potential for supporting a solution-based approach to accessing intrapartum care in low- and middle-income countries. A qualitative evidence synthesis. *Global Health Action*. 2020; 13(1):1-23. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/16549716.2020.1819052>
3. Assefa E, Berhane Y. Delays in emergency obstetric referrals in Addis Ababa hospitals in Ethiopia: a facility-based, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020; 10(6):1-7. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/6/e033771.full.pdf>
4. Poppens M, Oke R, Carvalho M, Ledesma Y, Okullu S, Goretty Ariokot M, et al. In-Hospital Obstetric Delays in Rural Uganda: A Cross-Sectional Analysis of a Hospital Cohort. *World J Surg*. 2023; 47:1426-1435. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00268-023-06964-z.pdf>

CONCLUSIONES

La demora 2 debido a un retraso en llegar al centro de salud por falta de confianza en los servicios de salud afectan la atención de salud obstétrica en embarazadas del Subcentro de Salud "El Cambio", la promoción de la confianza en los servicios de salud, la mejora de la accesibilidad al transporte y la atención médica, así como el fortalecimiento de la educación y la capacitación, son áreas clave para reducir las demoras y mejorar los resultados obstétricos.

Se deben tomar medidas para aumentar la confianza de las mujeres en los servicios de salud, mejorar el acceso al transporte y reducir los costos asociados al mismo. Además, es primordial dotar recursos adecuados, como medicamentos y personal capacitado, para garantizar una atención de calidad, así mismo, educar a las mujeres sobre los signos de complicaciones obstétricas y cómo buscar ayuda en caso de emergencia.

Es importante por lo tanto que la el personal de enfermería, contribuya a disminuir las demoras tanto en la decisión de acudir a la unidad operativa, a la movilización a la unidad operativa y en la atención misma de salud, por lo que el trabajo en los diferentes niveles de atención sea efectivo dentro de sus competencias como son la asistencial, la educativa, de gestión e investigación, debiendo en todo caso entre los diferentes niveles realizar cada una de las Enfermeras la función que correspondía tanto en el primer como segundo nivel de atención. En resumen, es necesario abordar las causas de demora para mejorar la atención obstétrica y reducir la mortalidad materna.

CONFLICTO DE INTERES

No se declaran conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Asesores Científicos: Lic. Janette Esther Eras Carranza, Mgs; Lic. Flor María Espinoza Carrión, Mgs; Lic. Linda Yovana Salvatierra Ávila, Mgs

5. Verona Balcázar M, Fernández Mogollón J, Neciosup Puican E. Características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención en casos de muerte materna, Región Lambayeque. 2011 – 2016. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*. 2019; 12(2):97-103. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/504>
6. Ayalew Tiruneh G, Melkamu Asaye M, Aklilu Solomon A, Tiruneh Arega D. Delays during emergency obstetric care and their determinants among mothers who gave birth in South Gondar zone hospitals, Ethiopia. A cross-sectional study design. *Glob Health Action* [Online] 2021; 14(1):1-8. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/16549716.2021.1953242>
7. Moran Relaiza R, López Obando L, Pérez Baldeón A. Delays in maternal care and hypertensive complications at the Sabogal hospital, Callao, Peru, 2021. Case-control Study. *Revista Colombiana Obstetricia y Ginecología* [Online] 2021; 72(4):244-255. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342021000400356
8. Rangel Flores Y, Hernández Ibarra L, Martínez Ledezma A, García Rangel M. Experiencias de mujeres sobrevivientes a morbilidad materna extrema en México, un estudio cualitativo desde el modelo de las tres demoras. *Cad Saude Pública*. 2019; 35(9):1-13. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y8tJ8SBxqZGQXDzrVMWbWz/?format=pdf&lang=es>
9. Chirinos Rodríguez A, Marchena García M, Cabrera Lozada C, González Blanco M. Atención obstétrica de emergencia: evaluación aplicando el modelo de las tres demoras. *Revista Obstétrica Ginecológica de Venezuela*. 2019. 79(4):226-237. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2019_vol79_num4_7.pdf
10. Chapman E, Ramos S, Romero M, Sciarano G. Diagnóstico rápido de los determinantes y factores contribuyentes al aumento de la mortalidad materna y perinatal durante la pandemia de COVID-19 en la región de América Latina y el Caribe. 2022. Disponible en: https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4704/1/resumen_ejecutivo_MM%20LAC%20COVID.pdf
11. Orellana Mora B, León Samaniego G. Prevalencia y factores que se asocian a la muerte materna. Universidad Estatal de Milagro. 2019. Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4565/1/PREVALENCIA%20Y%20FACTORES%20QUE%20SE%20ASOCIAN%20A%20LA%20MUERTE%20MATERNA.pdf>
12. Ramos Miguel Gutiérrez. Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021?. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2022; 68(1): 00018. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000100018&lng=es. Epub 24-Feb-2022. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v68i2407>.
13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
14. Organización Panamericana de la Salud. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america#:~:text=Alrededor%20de%208.400%20mujeres%20mueren,el%20parto%20y%20el%20puerperio>
15. Barros Raza L, Velasco Acurio E. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. *Enfermería Investiga*. 2022; 7(1): 58-66. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480>.
16. Ochoa Semería D, Rojas Ortíz M. Prevalencia de embarazos de Riesgo en el Ecuador. Universidad Católica de Cuenca. 2022. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/11209/1/6.%20Trabajo%20a%20presentar%20en%20secc%20de%20C%20D%20%281%29.pdf>
17. Escaleras Cabrera L. Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes que acuden al hospital universitario de motupe. Universidad Nacional de Loja. 2018. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20612/1/TESIS-LUZ-ESCALERAS%20%201.pdf>.
18. Inca Ruiz G, Vinuesa Orozco M, León Insuasty M. Caracterización de la muerte materna en la provincia de Chimborazo 2013-2017. *Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*. 2019; 10(2):5-13. Disponible en: <http://revistas.epoch.edu.ec/index.php/cssn/article/view/323/271>
19. Chilingua Villacis S, Alfonzo Pérez R, Guerra Velasquez M, Aguirre Fernández R, Serra Valdés M, Aguirre Posada M. Logros y desafíos para enfrentar la mortalidad materna en Ecuador, 2014 – 2018. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2020; 46(3):1-15. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2029/1542>
20. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2018. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
21. Álvarez Sierra S. Demoras en la mortalidad materna en el departamento de Santander durante los años 2012 a 2015. Universidad de Santander. 2018. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/ac891569-af89-499b-ae1d-263ca0cc4265/content>
22. Olmos Galaz K, Sánchez Fernández J. Frecuencia de la Mortalidad Materna según las tres demoras de la atención. Zona 6 del Ecuador, años 2012-2015. 2016. Disponible en:

- <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25766/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%c3%93N.pdf>
23. Sánchez Chavarría S, Macas Macas M, Jingo Ichau R, Segovia Benavides T, Heredia Villa J, Rodríguez Vaca M. Una aproximación a la muerte materna en la Amazonía ecuatoriana en el periodo 2017-2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023; 7(2):3228–3246. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5566>
 24. Registro Estadístico de Difunciones Generales del 2021. Estadísticas Vitales. 2021. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf
 25. Florián Plasencia E. Muerte materna y tipos de retraso en la atención en centros de salud de la Región La Libertad. *Revista UNIANDÉS Ciencia de la Salud* 2019; 2(1):41–49. Disponible en: <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1237/597>
 26. Pinargote Quiroz C, Mendoza Intriago T, Parrales Cevallos A, Muñoz Merchán F. Mortalidad Materna en la provincia de Manabí periodo 2013-2017. *Academia Journal*. 2019; 6(1):17–24. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/572>
 27. Rodríguez Angulo E, Oliva Peña Y, Andueza Pech G. Inequidades en el acceso a la atención de la salud materna: una mirada con perspectiva de género. *Ciencia UAT*. 2023; 1:52–67. Disponible en: <https://revistaciencia.uat.edu.mx/index.php/CienciaUAT/article/view/1719>
 28. Rodríguez Angulo E, Soberanis Aguilar O, Hoil Santos J, Ojeda Rodríguez R. Percepciones de embarazadas sobre tiempos de atención durante la búsqueda de ayuda para el parto en una comunidad rural de Yucatán. *Academia Journal*. 2022; 6(1):17–24. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/55564587e4b0d1d3fb1eda6b/t/6257540eeb8d8d7ccdd21eb5/1649890318770/OX155Rodr%C3%ADguezAngulo+--+VM2022+--+17-24.pdf>
 29. Castañeda Abascal I, Hernández Chiguil J. Mortalidad materna en Alta Verapaz, Guatemala, 2010 - 2018. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2022; 48(1):63–73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662022000100012#:~:text=Las%20488%20muertes%20maternas%20por,100%20000%20nacidos%20vivos%20registrados
 30. Álvarez Sierra S. Demoras en mortalidad materna en el departamento de Santander 2012 a 2015. *Revista de Salud Pública*. 2020; 20(6):699–706. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000600699