

## Percepciones de embarazadas sobre tiempos de atención durante la búsqueda de ayuda para el parto en una comunidad rural de Yucatán

Dra. Elsa María Rodríguez Angulo<sup>1</sup>, Dr. Osiris Ganímedes Soberanis Aguilar<sup>2</sup>, Dra. Jolly Josefina Hoil Santos<sup>3</sup>, Psic. Ricardo Ojeda Rodríguez<sup>4</sup>

**Resumen:** La mayor parte de las muertes maternas son consideradas prevenibles, siendo el retraso en la atención de las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio una problemática que afecta principalmente a las zonas marginadas del país. El presente trabajo utilizó el modelo de las tres demoras de Thaddeus y Maine para describir las percepciones de tiempos de atención de mujeres embarazadas durante la búsqueda de ayuda, para la atención prenatal, su traslado previo al parto y su atención al llegar al hospital. Se aplicó un cuestionario a las mujeres embarazadas de la comunidad que incluyó datos sociodemográficos, antecedentes ginecoobstétricos y percepciones de tiempos de atención basados en el modelo de las tres demoras. Para la primera demora se identificó una resolución inmediata de la mayor parte de las participantes (66.67%); acorde a la segunda, el mayor porcentaje requirió más de una hora para su traslado y en cuanto a la tercera demora, se registró hasta un 90.9% de atención especializada obtenida dentro de la primera hora del arribo al hospital.

**Palabras clave:** Demoras, embarazo, tiempos de atención.

### Introducción

En 2015 se estimaron en el mundo aproximadamente 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Prácticamente todas las muertes maternas ocurrieron en países de ingresos bajos por complicaciones obstétricas, aun cuando la mayoría de ellas podrían haberse evitado (OMS, UNICEF, UNPA; 2018). Pese a las complicaciones que se presentan, la atención temprana juega un papel de suma importancia para la resolución de las mismas, siendo motivo por el cual en países de menor desarrollo, la morbimortalidad materna y sus complicaciones responden de manera directamente proporcional a las demoras en su atención. Las demoras pueden ser clasificadas en tres: demoras en la decisión de buscar el cuidado (demora 1); demoras en alcanzar el cuidado (demora 2) y demoras en recibir el adecuado cuidado una vez alcanzado el servicio de salud (demora 3) (Pacagnella et al., 2014; Thaddeus & Maine, 1994).

En México, el boletín de la semana 52 de vigilancia epidemiológica del 2017 reportó una razón total anual de mortalidad materna (RMM, muertes maternas por 100, 000 recién nacidos vivos) de 32, que representa una reducción de 9.4 puntos porcentuales respecto a lo registrado la misma fecha el año pasado. De igual manera, se reportan las principales causas de defunción: hemorragia obstétrica (24%), enfermedad hipertensiva (21.9%) y aborto (7.1%). De las 722 muertes maternas que ocurrieron en 2017, 4 fueron en Yucatán, ocupando el tercer puesto en cuanto a entidades con menor RMM (9.9), la cual es precedida por Baja California Sur (8.2) y Colima (7.4) Secretaría de Salud; 2018). En México, la muerte materna afecta principalmente a mujeres que viven en las localidades más pobres. En comparación, las mujeres que viven en localidades con mayores recursos son intervenidas a tiempo con mejor seguimiento y atención de las emergencias obstétricas, lo cual tiene impacto directo en las estrategias para la prevención de estas muertes (Hogan et al; 2016).

En Yucatán la probabilidad de morir por causa materna al provenir de un área de muy alta marginalidad fue 5.82 veces más elevada comparada con las áreas de muy baja marginalidad. Entre 2003 y 2006 se llevó a cabo una investigación en el estado de Yucatán para conocer los factores socioculturales condicionantes de la mortalidad materna, siendo los principales la juventud de las mujeres, la situación de pobreza, la baja escolaridad y las limitaciones en el acceso y la toma de decisiones para la atención médica, así como la capacidad para comunicarse, debido a que la mayoría hablaba lengua maya. Otros elementos del perfil de estas mujeres fueron el desconocimiento de los riesgos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, así como el retraso en su atención cuando se presentó la complicación. Asimismo, los mitos y la falta de planificación de los hijos también aparecieron al caracterizar a las mujeres fallecidas. Empero, en Tizimín predominó además la búsqueda de la partera al momento del parto y la falta

<sup>1</sup> La Dra. Elsa María Rodríguez Angulo es Profesora Investigadora del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" de la Universidad Autónoma de Yucatán, México. [rangulo@correo.uady.mx](mailto:rangulo@correo.uady.mx) (autor corresponsal)

<sup>2</sup> El Dr. Osiris Ganímedes Soberanis Aguilar es Médico Cirujano de las brigadas de COVID-19 de SSY y médico de consulta externa en Cacalchén, Yucatán. [osiris.g.soberanis.aguilar@gmail.com](mailto:osiris.g.soberanis.aguilar@gmail.com)

<sup>3</sup> La Dra. Jolly Josefina Hoil Santos es Profesora Investigadora del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" de la Universidad Autónoma de Yucatán, México. [hsantos@correo.uady.mx](mailto:hsantos@correo.uady.mx).

<sup>4</sup> El Psic. Ricardo Ojeda Rodríguez, es técnico académico del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" de la Universidad Autónoma de Yucatán, México. [ricardo.ojeda@correo.uady.mx](mailto:ricardo.ojeda@correo.uady.mx)

de atención obstétrica en clínicas de primer nivel (Rodríguez & Ordóñez, 2006; Rodríguez, Andueza & Montero, 2012).

Uno de los principales objetivos de los servicios de salud es el de garantizar la atención de la mujer embarazada, desde su detección temprana, hasta la resolución del embarazo y el seguimiento del puerperio. Todo lo anterior requiere una gran inversión en infraestructura del sector salud y esfuerzo por parte de todo el personal que forma parte de este, motivo por el cual es de suma importancia identificar las principales problemáticas involucradas en el proceso, ya que pueden tener repercusiones tan graves como la muerte materna.

La muerte materna, como un desenlace prevenible, es una situación que debe evitarse por todos los medios posibles. Además de ser un índice importante del desarrollo de una nación y representar una grave falla por parte de la atención de los servicios de salud, es un importante desestabilizador de la dinámica familiar que se presenta en la sociedad, debido al rol que tiene la madre en las familias para su óptimo desarrollo. Lo anterior ha tenido como consecuencia la implementación de incontables medidas, algunas sistematizadas, que han permitido contribuir a la reducción de la mortalidad materna. A pesar de tener resultados positivos, en el estado de Yucatán, aún no hay descripciones amplias sobre las medidas implementadas en las comunidades pequeñas, para la disminución de la mortalidad materna ni de una actualización de las problemáticas en temas de salud materna, como es el caso de las demoras en la atención de la mujer embarazada. El presente trabajo refiere un acercamiento a la percepción actual de las mujeres de una comunidad, para conocer sus experiencias durante la atención prenatal, su traslado para el parto y su atención al llegar al hospital.

El objetivo de este estudio fue analizar las percepciones de tiempos de demoras en la atención de la mujer embarazada en la población de Xkopteil, Chankom, Yucatán, así como proponer mejoras que contribuyan a reducir los tiempos de atención de las mujeres.

### Metodología

La muestra estudiada se conformó de 33 mujeres embarazadas que se encontraron registradas en la unidad médica rural número 33 de Xkopteil, Chankom, Yucatán y que acudieron a sus citas de control prenatal durante el período de enero de 2016 a julio de 2018. El cálculo del tamaño de la muestra se ajusta con un nivel de seguridad del 90% y límites de confianza en 5%, teniendo como universo a 168 mujeres. Al contar con el registro completo de las pacientes, se acudió a los domicilios de las participantes y previo consentimiento informado, se realizaron entrevistas a través de un cuestionario conformado de tres secciones: la primera, enfocada a la recolección de datos sociodemográficos (Edad, ocupación, estado civil y escolaridad), la segunda a antecedentes gineco-obstétricos (número de gestas, partos, cesáreas, abortos, consultas prenatales, vía de resolución del embarazo y lugar de atención del parto); y la tercera, con preguntas orientadas a la descripción de las tres demoras. Se tuvieron como prioridad el tiempo transcurrido en cada demora, el medio de transporte utilizado así como la identificación de problemáticas en la comunidad. El análisis del tercer apartado estuvo basado en el modelo de las tres demoras (Thaddeus & Maine, 1994).

Para las entrevistas se contó con el apoyo del personal de salud de la unidad para la traducción de la lengua maya, cuando fue requerido. La investigación se realizó con base en los lineamientos establecidos internacionalmente en la Declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial metodológica de la investigación; y los normados por la legislación mexicana en la Ley general de salud, Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17. Asimismo, se realizó bajo los principios de confidencialidad, autonomía, no maleficencia y beneficio para las mujeres participantes.

Se realizó captura de los datos obtenidos en hojas de Excel® y se utilizó la estadística descriptiva para calcular promedios, desviaciones estándar, porcentajes y rangos intercuartílicos. La presentación de información se encuentra en gráficas y tablas para exponer los resultados del estudio.

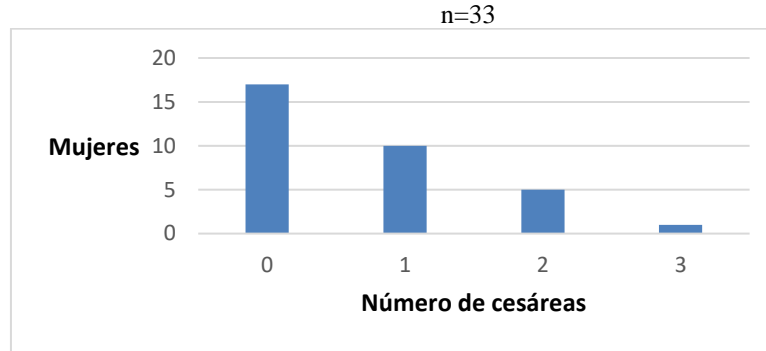
### Resultados

#### *Descripción sociodemográfica y cultural*

El rango de edad de las 33 mujeres estudiadas estuvo entre los 19 y 42 años, con media de 30 años. La ocupación de la totalidad de las participantes fueron las labores domésticas, el 96.97% se encontraban casadas y el 63.6% contaba con estudios básicos finalizados.

#### *Descripción de los antecedentes ginecoobstétricos*

El 42% de las participantes cursaban su segundo embarazo y 27% de las participantes habían cursado con al menos un parto. Respecto al número de cesáreas, 16(48.48%) mujeres habían requerido entre 1 y 3 cesáreas; esto último se presenta en la gráfica 1.



Gráfica 1. Frecuencia de mujeres según su número de cesáreas realizadas.

En cuanto a la incidencia de abortos en las pacientes, el 15.15% había cursado con al menos un aborto. El promedio de consultas prenatales de las pacientes fue de 7.5. Durante este control hasta el 45.45% de las participantes refirió haber recibido valoración por parte de una partera además de su control con un médico. En cuanto a la vía de resolución del embarazo, el 54.55% se resolvió por vía vaginal. Para la atención del parto, las mujeres fueron referidas a tres hospitales fuera de su localidad, siendo el Hospital General de Valladolid el principal lugar donde las pacientes embarazadas fueron atendidas (72.73% de las pacientes). Mientras, 8 mujeres (24.24%) fueron atendidas en el Hospital Rural de Izamal y una (3.03%) recibió atención en el Hospital General Agustín O'Horán (Mérida).

#### Descripción del modelo de las tres demoras

Con respecto al tiempo transcurrido durante la primera demora, 22 mujeres (66.67%) tuvieron respuesta inmediata (considerándose como un plazo menor a 15 minutos) en su toma de decisiones para acudir en busca de ayuda. A su vez, 4 participantes (12.12%) demoraron una hora, mientras 7 mujeres (21.21%) se retrasaron más de una hora. Se obtuvo una desviación estándar de 9.37 y un rango intercuartílico de 1 (Gráfico 2).

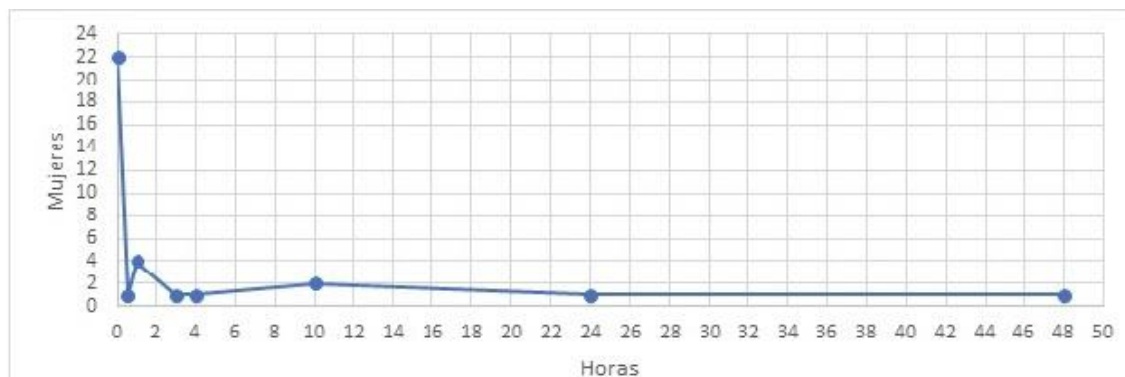


Gráfico 2. Frecuencia de tiempos de duración en horas de la primera demora.

De las 33 mujeres entrevistadas, 22 (66.67%) consideraron que la dificultad para identificar los síntomas del trabajo de parto y de urgencia obstétrica son una causa importante de demoras, mientras 11 (33.33%) mujeres opinaron que el considerar la dificultad para transportarse aumentó la demora en su toma de decisiones. Con respecto a los medios de transporte utilizados por las mujeres, se determinó que 14 (42.42%) utilizaron taxi, 10 (30.30%) fueron transportadas por un familiar en un vehículo propio y 9 (27.27%) en ambulancia solicitada al municipio. De las mujeres entrevistadas, 20 (60.61%) consideraron no haber tenido dificultades para arribar al hospital donde recibieron atención, mientras que 13 (39.39%) refirieron haber presentado algún retraso para conseguir transporte.

Con respecto al tiempo transcurrido durante la segunda demora, dos participantes (6.06%) arribaron al hospital en menos de una hora, 14 (42.42%) se demoraron una hora en llegar al hospital y 17 mujeres (51.58%) demoraron más de una hora (Gráfico 3).

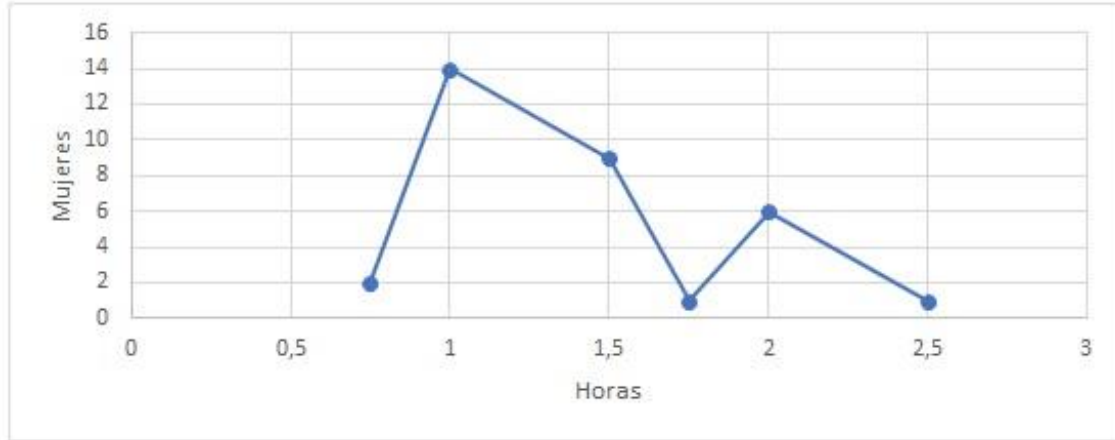


Gráfico 3. Frecuencia de tiempos de duración en horas de la segunda demora.

Los datos respectivos al tiempo transcurrido durante la tercera demora fueron de 13 mujeres (39.39%), quienes obtuvieron atención especializada inmediata, con una atención menor a 15 minutos; mientras, 13 mujeres (39.39%) recibieron atención posterior a 30 minutos. Se obtuvo una desviación estándar de 0.46 y un rango intercuartílico de 1. La mediana corresponde a la atención inmediata (Gráfico 4).

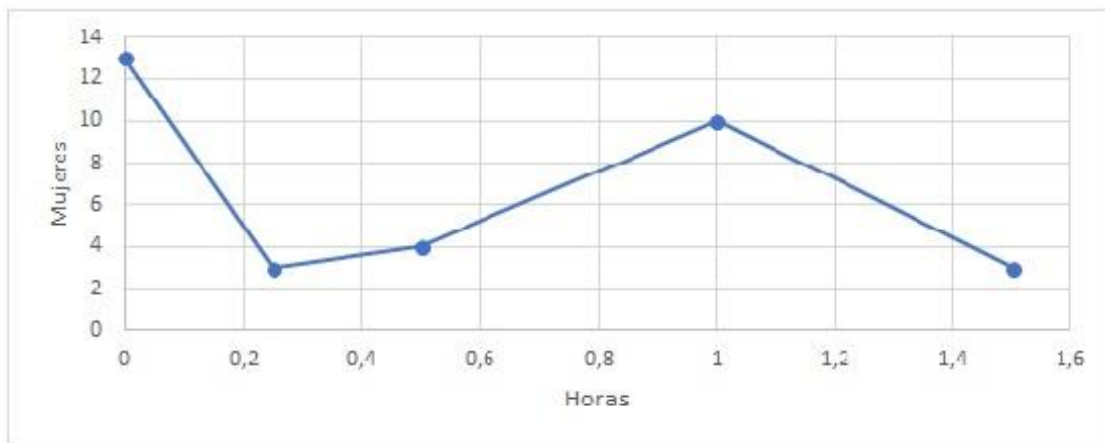


Gráfico 4. Frecuencia de tiempo de duración en horas de la tercera demora.

Del total de tiempo transcurrido de demoras, en 10 casos (30.30%) el total de tiempo fue de 2 horas, mientras el menor tiempo transcurrido fue de 45 minutos, el cual solo ocurrió en un caso (3.03%). El mayor tiempo transcurrido fue de 50 horas, que de igual manera ocurrió en un solo caso (3.03%). 14 mujeres (42.42%) necesitaron más de dos horas para recibir atención especializada (Gráfico 5).

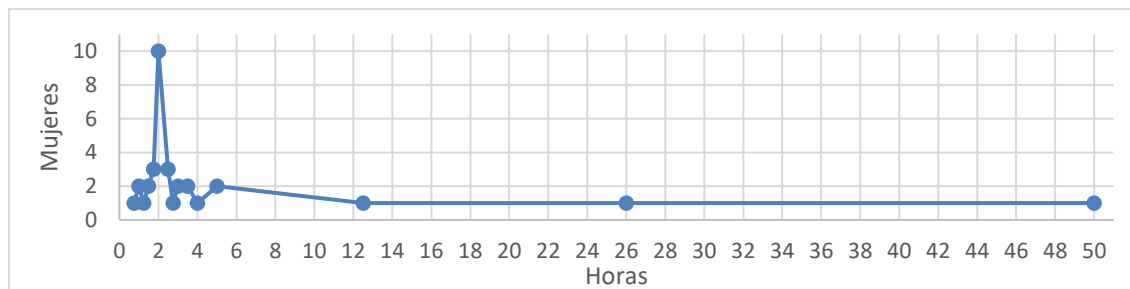


Gráfico 5. Frecuencia total de tiempo transcurrido durante las tres demoras.

Con respecto a la opinión personal de las encuestadas sobre las situaciones que se podrían mejorar en su comunidad, 16 mujeres (48.48%) percibieron que es necesario contar con una ambulancia en el centro de salud de la comunidad, 5 (15.15%) consideraron que es importante contar con un médico los fines de semana en la comunidad, y 4 mujeres (12.12%) opinaron que es necesario contar con un hospital más cercano a su localidad (Tabla 1).

Tabla 1. Percepciones de las mujeres sobre necesidades en la comunidad para reducir demoras.

Necesidades percibidas	Frecuencia	Porcentaje
Ambulancia en el centro de salud	16	48.48
Médico los fines de semana	5	15.15
Hospital más cercano a su comunidad	4	12.12
Servicios de estudios de laboratorio e imagen en su comunidad	3	9.09
Clínica con mejor infraestructura y recursos	2	6.06
Otras	3	9.09

### Conclusiones

En Yucatán se han realizado diversos estudios que abordan la situación de las mujeres embarazadas que provienen de municipios marginados, entre ellos se encuentra el trabajo de Rodríguez & Ordóñez (2006), el cual relaciona directamente la probabilidad de morir con el residir en áreas de mayor marginalidad. Es de importancia mencionar las situaciones precarias en las que viven, la dificultad para acceder a servicios especializados de salud con los recursos necesarios, así como la atención de partos por parteras empíricas. Se hace hincapié que a pesar de los avances que se han tenido en la vigilancia y cuidado de la mujer embarazada, aún existen mujeres que recurren a parteras para terminar su embarazo. Con los datos obtenidos en este estudio, 45.45% de las mujeres entrevistadas recurrieron a parteras empíricas para la valoración y seguimiento de su embarazo a pesar de contar en la comunidad con atención por parte de un médico. Esto puede verse también en estudios donde se afirma que las mujeres confían en las parteras tradicionales por encontrarse a menor distancia, pertenecer al mismo grupo cultural, así como el contar con familiares quienes influyen en las embarazadas para recibir atención por estas personas (Kolodin & Rodríguez; 2014).

De igual forma se aprecia que en el área donde se encuentra la comunidad estudiada, el Hospital General de Valladolid representa el principal centro donde se atienden a las pacientes embarazadas, con un 73% de partos atendidos. Esto ocurre a pesar de encontrarse a más de 50 km de distancia y ser el Hospital Rural de Izamal el designado para su atención de la zona. Estas prácticas que las embarazadas realizan en sus áreas de residencia requieren ser más estudiadas, para conocer cuáles son los motivos o causas que influyen para que al momento de decidir a dónde ir para su atención, sea a un hospital más lejano, que implica mayores gastos de traslado que repercuten en la economía familiar y que contribuyen a saturar los servicios de ginecoobstetricia, más en unos hospitales que en otros. El estudio de las rutas de atención de la embarazada se han iniciado en algunas áreas de Yucatán, y los primeros reportes señalan que ocurre esta misma situación en otras comunidades del Estado. Es decir, las mujeres aunque tienen un hospital asignado por los servicios de salud para ser referidas para el parto, ellas finalmente seleccionan por alguna razón otro, aunque les quede más lejos de su hogar y tengan que gastar más en su traslado.

Acorde a lo expuesto en los trabajos de Rodríguez E (2016), donde se considera que la dificultad y falta de reconocimiento de los signos y síntomas de alarma son las principales causas de demoras, en este estudio se obtuvo que el 66.67% de las mujeres entrevistadas consideraron este factor como el más importante. A pesar de ello, en la primera demora un importante número de mujeres, correspondiente al 66.67% de las entrevistadas, logró tomar la decisión de acudir en busca de atención médica de manera inmediata (antes de los primeros 15 minutos), reduciendo significativamente el tiempo necesario para llegar a su destino. Es importante señalar que 4 mujeres demoraron más de 10 horas en tomar esta primera decisión, dejando en claro que aún hay mucho que hacer para brindar una mejor capacitación para la mujer embarazada. Con la intención de reforzar lo anterior, sería de utilidad realizar intervenciones para mejorar los conocimientos de las mujeres embarazadas sobre signos de alarma de emergencias obstétricas y de trabajo de parto como se han hecho en algunas comunidades, con resultados positivos (Rodríguez, Andueza & Montero, 2012; Rodríguez, Pala & Zapata, 2014; Rodríguez, Andueza, Rosado, Ortíz & Hernández, 2012).

Todo lo anterior se resume en la duración de un traslado medio aproximadamente de una hora y media, con el 79.69% de las mujeres registradas dentro de este tiempo. El resto de las participantes pudo extender el tiempo hasta 2 horas y media en alcanzar un hospital para recibir atención especializada. A pesar de lo ya mencionado, se observó que el 60.61% de las mujeres no refirió dificultades para trasladarse. Estos datos se contrastan con los tiempos obtenidos por Rodríguez E (2016), en un estudio donde al entrevistarse a médicos especialistas jurisdiccionales de la zona oriente de Yucatán, se estimó que las mujeres tardan hasta 5 horas 55 minutos durante la segunda demora.

Contrario a lo expuesto en trabajos de Pacagnella, Cecatti, Osis & Souza (2012), así como los de Rodríguez, Montero, Andueza & Manrique (2007); y Thorsen, Stundby & Malata (2012), en donde se exponen largos períodos

de espera en la tercera demora de hasta 6 horas, en el presente estudio las pacientes no alcanzaron tales tiempos, sin embargo el 60.61% no tuvo una atención inmediata.

En este estudio se determinó que la media total del tiempo transcurrido en las tres demoras fue de 2 horas, sin encontrarse algún material bibliográfico local donde se puedan contrastar estas mediciones. Cabe mencionar que el 42.42% de las mujeres necesitaron de más de 2 horas para conseguir atención especializada y 6.06% necesitaron de más de 24 horas. Sabiendo que el tiempo promedio para que se produzca la muerte a partir del inicio de una emergencia obstétrica es de dos horas en el caso de una hemorragia postparto, 12 horas para hemorragia anteparto, 2 días para eclampsia, 3 días para un parto obstruido y 6 días en caso de sepsis, se puede entender que si una paciente hubiera presentado alguna de estas complicaciones, el riesgo de fallecer se hubiera incrementado de manera significativa, teniendo claro que aún falta mucho por avanzar en el cuidado de la mujer embarazada (OMS, UNICEF, UNFPA; 2018).

Para finalizar, se obtuvieron los datos sobre la opinión de las mujeres encuestadas sobre las situaciones que pueden mejorarse en su comunidad, donde se expone la necesidad de contar con una ambulancia para traslados en la comunidad, con un 48.48% de mujeres a favor de esta iniciativa, seguida de la necesidad de contar con médicos los fines de semana (15.15%) y de hospitales más cercanos a la población (12.12%). Estas opiniones representan la problemática de una pequeña población que pudiera ser compartida con muchas otras de la zona, como es el caso del estudio realizado por Rodríguez, Andueza y Montero (2012) en la zona de Tizimín, donde las necesidades de contar con ambulancias equipadas, médicos y hospitales más cercanos donde puedan resolverse los partos, son necesidades que de igual manera fueron expresadas. Por ello es necesario seguir insistiendo en la atención de estas poblaciones que siguen sin recibir el apoyo solicitado y que sus voces no dejen de escucharse.

Más aún, en el año 2019 se introdujo en la ciudad de Wuhan, China un nuevo coronavirus causante de enfermedad COVID-19 y se convirtió en una pandemia; esto también afecta a las embarazadas y se desconoce mucho aún sobre el impacto que tiene en su salud y la de su futuro ser (Sonja et al., 2019). Los reportes del Observatorio de la Mortalidad Materna en México refieren que hasta la semana 51 de 2020 ocurrieron 17 muertes maternas en Yucatán, más del 50% de las ocurridas hasta esta misma semana en 2019; de las cuales desconocemos cuántas han sido por COVID-19 (Observatorio de Mortalidad Materna; 2020). Sin embargo, reportes nacionales de esta misma fuente refieren que casi un 30% de las defunciones maternas son causadas por este virus, lo que ha dado un giro en la frecuencia de las causas de mortalidad materna, ya que ocupa el primer lugar seguido de la hemorragia y la preeclampsia-eclampsia; y ponen un nuevo reto que habrá que enfrentar el sistema de salud para reducir las muertes maternas por esta causa. Al inicio de la epidemia, a pesar de que se elevó mucho la morbilidad por COVID-19 en la población, el grupo de embarazadas reportadas que dieron positivas a la infección por el virus SARS-Cov2 era mínimo. Sin embargo, conforme fue avanzando la epidemia, y se pudo evidenciar el mayor riesgo de las mujeres embarazadas de padecer la forma severa de la enfermedad durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (Wainstock, Yoles, Segienko, et al., 2021). Asimismo, debido a que los ensayos iniciales de las vacunas no incluyeron a este grupo vulnerable, había incertidumbre si su aplicación sería efectiva en las embarazadas y qué daños y complicaciones podrían causar durante el embarazo, parto y el recién nacido. Un estudio realizado en embarazadas vacunadas durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, en comparación con las no vacunadas, demostró que no existieron diferencias significativas entre las prevalencias de las complicaciones maternas y del recién nacido entre los grupos (Hantoushadeh, Shamshirsaz, Aleyasin et al., 2020). Esto cambió la percepción de la población para una mayor confiabilidad hacia las vacunas en las embarazadas, la cual fue recomendada ser administrada a este grupo a partir de estos hallazgos.

A pesar del descenso de las muertes maternas en el estado de Yucatán, existen comunidades que requieren mejorar la calidad de los servicios y reducir los tiempos de atención de las embarazadas, como se refleja en los resultados de este estudio. Los aspectos como la dificultad para el reconocimiento de los signos de alarma de complicaciones obstétricas percibidos por las mujeres, así como el alargamiento del tiempo de traslado al hospital fuera de su comunidad por falta de ambulancias y la demora en la atención al llegar al hospital; todavía requieren mayor investigación para definir de manera integral sus causas y trabajar sobre ellas. Asimismo, con la llegada del virus SARS-CoV2 al Estado, el desafío al que se enfrentan los servicios de salud se ha complicado, porque a las condiciones de la falta de recursos y equipo en las comunidades se añade este padecimiento del que se desconoce el impacto que tendrá en las embarazadas y sus productos. Todos los resultados obtenidos deben ser tomados en cuenta para proponer políticas de salud dirigidas a mejorar la atención de la mujer embarazada, con estrategias dirigidas a reducir los tiempos de demora en la atención y de esta manera contribuir a la reducción de la mortalidad materna.

### *Limitaciones*

Aunque este estudio se enfocó a explorar la subjetividad de las embarazadas en una pequeña comunidad del Estado de Yucatán, explorando sus percepciones sobre los tiempos de atención durante su embarazo y parto, valdría la pena poder extender el estudio a otras comunidades para poder conocer cómo se están dando estos tiempos que podrían

estar retrasando su atención y poniendo en riesgo la sobrevivencia de la madre y el producto de la concepción. Será muy importante para el futuro poder complementar el estudio de esta problemática con datos que puedan ser cuantificables y que refuercen la evidencia cualitativa; lo anterior proporcionará mayor peso en la evidencia para la toma de decisiones, que sirva para proponer la implementación de estrategias dirigidas a reducir las barreras que causan las demoras en la atención de las embarazadas en Yucatán. Posiblemente, se pueda extender el estudio a otros Estados de la República Mexicana, donde pueden estar ocurriendo tiempos de atención a la embarazada con demora.

### Recomendaciones

Por todo lo mencionado, se propone continuar con investigaciones pertinentes sobre el tema, permitiendo obtener más datos descriptivos de diversas localidades del estado y del país, que posteriormente puedan ser utilizados para análisis de mayor impacto que permitan elaborar mejores medidas que ayuden a disminuir los casos de muerte materna en el país.

### Referencias

- Hantoushzadeh S, Shamshirsaz AA, Aleyasin A, et al. Maternal death due to COVID-19. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223:109.e1-16. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.030>
- Hogan, M., Saavedra-Avendano, B., Darney, B., Torres-Palacios, M., Rhenals-Osorio, A., Vázquez, B., Solís-Sánchez, P., Gakidou, E., & Lozano, R. (2016). Reclassifying causes of obstetric death in Mexico: a repeated cross-sectional study. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Kolodin, S., & Rodríguez, G. (2014). Estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en tres municipios de Chiapas. *Salud en Chiapas*; 1:6-10.
- Observatorio de Mortalidad Materna. Gobierno de México. (2020). Mapa de mortalidad materna de la Semana 51 de Mortalidad Materna en México. <https://public.tableau.com/profile/graciela.freyermuth#!/vizhome/Mapa512020/Mapa512020>
- OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. (2018). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Citado el 10 de febrero de 2018. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO\\_RHR\\_15.23\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf).
- Pacagnella, R.C., Cecatti, J.G., Osis, M.J., & Souza, J.P. (2012). The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. *Reproductive Health Matters*; 20:39, 155-163.
- Pacagnella, R.C., Cecatti, J.G., Parpinelli, M.A., Sousa, M.H., Haddad, S.M., Costa, M.L., Souza, J.P., & Pattinson, R.C. (2014). Delays in receiving obstetric care and per outcomes: results from a national multicenter cross-sectional study. *Pregnancy and Childbirth*; 14:159.
- Rodríguez E. (2016). Modelo preventivo de demoras en la atención de la embarazada con complicaciones obstétricas. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Rodríguez, E., Andueza, G., & Montero, L. (2012). Un abordaje cualitativo de las funciones maternas en Tizimín, Yucatán, México. *Alteridades* 22 (43): 145-158.
- Rodríguez-Angulo, E., Andueza-Pech, G., Rosado-Alcocer, L., Ortiz-Panozo, E., & Hernández-Prado, B. (2012). Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de Yucatán, ensayo controlado, aleatorizado. *Revista de Investigación Clínica*; 64 (2): 154-163.
- Rodríguez-Angulo, E., & Ordóñez-Luna, M. (2006). Mortalidad materna y marginalidad en Yucatán, México. *Rev. Biomed*; 17:237-242.
- Rodríguez, E., Montero, L., Andueza, G., & Manrique, W. (2007). Características médico-sociales de las muertes maternas en una comunidad maya de Yucatán, México. *Ginecol Obstet Mex*; 75:79-85.
- 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.
- Secretaría de Salud. (2018). Informe semanal de vigilancia epidemiológica. Defunciones maternas. Semana epidemiológica 52. Citado el 5 de febrero de 2018. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/284460/MMAT\\_2017\\_SE52.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/284460/MMAT_2017_SE52.pdf).
- Sonja, A., Rasmussen, J.C., Smulian, J.A., Lednický, T.S., Wen, D.J., & Jamieson. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*. doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.017 [Epub ahead of print]  
Link:file:///C:/Users/Elsa/Documents/PREGNANCY%20COVID%2019/Coronavirus%20Disease%202019%20(COVID-19)%20and%20pregnancy\_%20what%20obstetricians%20need%20to%20know.htm
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far too walk: Maternal mortality in context. *Soc. Sci Med*; 38: 1091-1110.
- Thorsen, V., Stundby, J., & Malata, A. (2012). Piercing together the maternal death puzzle through narratives: The three delays model revisited. *Plos one*; 7.
- T. Wainstock, I. Yoles, R. Sergienko et al., Prenatal maternal COVID-19 vaccination and pregnancy outcomes, *Vaccine*, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.09.012>

### Notas Biográficas

La **Dra. Elsa María Rodríguez Angulo** es profesor-investigador de tiempo completo del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Es Médica Cirujana, Maestra en Salud Pública, Doctora en Ciencias de la Salud desde el 24 de mayo de 2016. Su línea principal de trabajo es la prevención de la mortalidad materna, perinatal e infantil. Desde hace más de 15 años ha realizado estudios relacionados en comunidades del Estado de Yucatán, Méx. Es además catedrática de la asignatura Métodos y Técnicas de la Investigación en la Facultad de Medicina de la UADY desde el año de 1993 a la fecha. Su intención a futuro es poder continuar realizando investigación participativa-acción en la comunidad y los tres niveles de atención, así como con el personal de salud, para promover acciones de mejora para la distribución de recursos destinados a la atención del parto y la emergencia obstétrica para prevenir demoras y contribuir a reducir la mortalidad materna y perinatal.

El **Dr. Osiris Ganímedes Soberanis Aguilar** es Médico Cirujano, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán que labora en la central de epidemiología de la Secretaría de Salud de Yucatán en las brigadas de COVID-19 y de igual forma, funge como Médico General en la consulta externa de la unidad médica 24/7 de Cacalchén, Yucatán.

La **Dra. Jolly Josefina Hoil Santos** es Médica Cirujana egresada de la Facultad de Medicina de la UADY, Maestra en Antropología Social, profesora-investigadora de tiempo completo del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), con especialización en estadística. Ha colaborado en las investigaciones de mortalidad materna y perinatal y sus aportaciones son sobre técnicas de entrevista y análisis estadístico de los datos.

El **Psic. Ricardo Ojeda Rodríguez**, es técnico académico del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Desde hace más de 10 años participa en el diseño de instrumentos y entrevistas en mujeres embarazadas del Estado de Yucatán.