

# IQEN

INFORME QUINCENAL  
EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Volumen 23 número 20 - Bogotá, D.C. - 31 de octubre de 2018

Factores identificados en las unidades de análisis  
de los casos de Mortalidad Materna en Colombia, 2017 ..... 261

**Ministro de Salud y Protección Social**

Juan Pablo Uribe Restrepo

**Directora General Instituto Nacional de Salud**

Martha Lucía Ospina Martínez

**Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública**

Franklyn Edwin Prieto Alvarado

**Comité Editorial**

Franklyn Edwin Prieto

Oscar Eduardo Pacheco

Pilar Zambrano

Cecilia Saad

Luis Fernando Fuertes

Paola Elena León

**Diseño y Diagramación**

Alexander Casas Castro

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

**Instituto Nacional de Salud**

Avenida calle 26 n.º 51-20

Bogotá, D.C., Colombia

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Los datos y análisis pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones enviadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad, y todas deberán ceñirse a las normas y principios éticos nacionales e internacionales.

El comité editorial del IQEN agradece el envío de sus contribuciones a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; mayor información en el teléfono 220 77 00, extensiones 1382, 1486.

Cualquier información contenida en el IQEN es de dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

**Cita sugerida:**

Muñoz Lozada C. M., Cortés Molano N. P., Perdomo Ospina D. C., González Sarmiento N. F., Parra Piza S. M. Certificación de personas en salud pública, Colombia, 2017; 23 (13):164 -176 Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2023%202018%20num%2013.pdf>

## Factores identificados en las unidades de análisis de los casos de Mortalidad Materna en Colombia, 2017

María Eugenia Pinilla Saraza

### Resumen español

**Introducción:** El análisis de las causas de la mortalidad materna a través de la revisión de los hallazgos de cada caso permite identificar cada uno de los factores desencadenantes, así como los determinantes sociales y de los sistemas de salud. El objetivo fue analizar de los hallazgos de las unidades de análisis de las mortalidades maternas desarrolladas durante el 2017 e identificar los factores, determinantes sociales y los servicios de salud relacionados con la ocurrencia de las muertes.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los hallazgos generados en las unidades de análisis de las mortalidades maternas, a través del uso de del aplicativo Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, basado en la web (SVEMMBW) durante el 2017; se realiza análisis mediante categorías de mujer y familia, comunidad y sistema de salud.

**Resultados:** Entre los principales aspectos identificados en el análisis de la mortalidad materna en la

categoría mujer y familia se encuentran la subvaloración en busca de la atención en salud (51,4%); en la categoría comunidad, la falta de reconocimiento de las señales de alarma y autonomía para la toma de decisiones con 36,7 % y 36,2 % respectivamente, y las barreras geográficas, físicas y económicas para el acceso oportuno a los servicios de salud se observan en 18,6 % y 11,0 % de los casos analizados; en la categoría sistema de salud, en el sistema de referencia y contrarreferencia se presentó deficiencia en la inducción a la demanda de servicios preventivos en 156 casos (74,3 %), y de la calidad de la atención durante el control prenatal en 82 casos (39 %).

**Conclusión:** El estudio de las categorías de análisis por determinantes de la mortalidad materna permite tener las diferentes variables que son desencadenantes de este evento, principalmente en los aspectos relacionados con la calidad de atención del sistema de salud.

### Palabras Clave

Mortalidad materna, unidad de análisis, Sistema de vigilancia de la mortalidad materna.

## Introducción

La mortalidad materna es el resultado de la suma de múltiples factores determinantes relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan las redes sociales, los niveles educativo, económico y familiar, en los que se desarrolla la mujer y lo relacionado con su estado de salud, antecedentes patológicos, gineco-obstétricos y acceso a los servicios promoción y prevención.

La mortalidad materna en el país de acuerdo con los datos oficiales del DANE muestra un comportamiento fluctuante, para 2015 y 2016 se mantiene en 476 casos (1) con una razón de 73,5 casos, lo cual indica un aumento al compararla con los datos del periodo 1998 a 2014, donde la razón de mortalidad materna presentaba una disminución, oscilando entre 91,4 a 53,6 casos por cada 100.000 nacidos vivos. De acuerdo con los datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), un leve aumento para el 2015 con 51,1 casos, en el año 2016 con 49,3 casos y el año 2017 se presenta una razón de mortalidad materna de 51,4 casos por cada 100.000 nacidos vivos. (2)

El 82,8 % de esas muertes es evitable de acuerdo con las conclusiones de los casos analizados durante el 2017; la cifra disminuiría significativamente interviniendo directamente en la calidad de los servicios de salud con la atención oportuna de los factores de riesgo.

La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación, y serían 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. Las principales complicaciones causantes del 75 % de las muertes maternas son las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto y los abortos peligrosos. (3)

En ese contexto es fundamental realizar el análisis de los principales hallazgos en cada una de las muertes maternas tempranas, por ello la puesta en marcha del plan de análisis del sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna basado en la Web y los datos recolectados generan información útil que permite comprender otros factores y determinantes sociales relacionados con la muerte. También, a partir del análisis se desarrollará la toma de decisiones en los diferentes niveles con el fin de evitar nuevas muertes. (4)

Se propone dentro del sistema la realización de un análisis individual en donde se determinen las situaciones que llevaron a la muerte materna, explorando cada situación frente a la explicación del caso, la evitabilidad del mismo y las acciones de carácter preventivo y de control, y posterior a los análisis individuales, un análisis agrupado que busca identificar patrones comunes de ordenes territorial, socio económico, cultural, asociados al sistema de salud que expliquen el conjunto de muertes maternas analizadas.

El sistema de vigilancia epidemiológica basado en la web es una herramienta que permite determinar los hallazgos en los momentos de las unidades de análisis con cuatro categorías definidas: Mujer, Familia, Comunidad y Sistema de Salud las cuales permiten incorporar de manera integrada las dimensiones sociales desde las cuales se presentan las situaciones que determinan la mortalidad materna. (4)

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es El objetivo fue analizar de los hallazgos de las unidades de análisis de las mortalidades maternas desarrolladas durante el 2017 e identificar los factores, determinantes sociales y los servicios de salud relacionados con la ocurrencia de las muertes.

## Metodología

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los hallazgos generados en las unidades de análisis de los casos de mortalidad materna en el sistema de vigilancia de mortalidad materna basado en la web (SVEMMBW) del año 2017. Los casos de mortalidad materna solo son analizados cuando corresponden a la categoría “tempranos”, que es una muerte de una mujer durante la gestación y hasta el día 42 posparto.

Los datos se obtuvieron de las conclusiones del análisis de los casos de muerte materna en donde se enumeran cada uno de los factores médicos y no médicos que, según el análisis y conclusiones del comité departamental o distrital, contribuyeron con la ocurrencia de la muerte materna, en el marco de los determinantes sociales y agrupados en las categorías de mujer, familia, comunidad y servicios de salud.

Se realizó la depuración y validación de los datos, verificación de los hallazgos generados en cada una de las unidades de análisis realizando el ajuste de acuerdo con la definición de análisis por determinantes

Se realiza el análisis mediante la herramienta Excel, se calcularon frecuencias absolutas, relativas y análisis univariados, a partir de los informes de hallazgos de cada una de las unidades de análisis del SVEMMBW.

### Tipo de variables y su nivel de medición

Las variables del estudio fueron causa básica de defunción, causas agrupadas y específicas de la muerte materna, así como las categorías definidas como ordenadoras del análisis por el sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web: mujer, familia, comunidad y sistema de salud

El análisis de la categoría mujer, familia y comunidad permite identificar las principales condiciones relacionadas con la vulnerabilidad social y la autonomía de la

mujer. En la categoría servicios de salud está incluido el acceso a los servicios de promoción y prevención, el sistema de referencia y contrarreferencia, y las principales causas de muerte materna (hemorragia obstétrica, trastornos hipertensión asociados al embarazo, sepsis, y eventos tromboembólicos).

Se realiza análisis cuantitativo apoyado en los reportes generados por el sistema y posteriormente desarrollar un análisis cualitativo en donde se identifiquen los determinantes sociales.

### Consideraciones Éticas

El presente estudio corresponde a un estudio sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993, por ser descriptivo retrospectivo basado en la revisión de unidades de análisis de mortalidad materna; se respetó la confidencialidad de los datos individuales y la transparencia en la información, dado que no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables.

### Resultados

Para el 2017 se notificaron 513 casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), de los cuales 333 corresponden a muertes maternas tempranas, 132 muertes tardías y 48 muertes maternas por causas coincidentes. Se evidencia una disminución en las muertes maternas tempranas en el 2017 con respecto al 2015 en el 3,2 % (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Muertes relacionadas con el embarazo por tipo, Colombia, 2017**

| Año  | Temprana | Tardía | Coincidente | Total |
|------|----------|--------|-------------|-------|
| 2015 | 344      | 106    | 45          | 495   |
| 2016 | 326      | 129    | 36          | 491   |
| 2017 | 333      | 132    | 48          | 513   |

De las 333 muertes maternas tempranas notificadas en el Sivigila, las entidades territoriales ingresan al sistema de vigilancia de mortalidad materna basado en web 284 casos. De este total de casos de muerte materna notificados en el sistema web, se realizó el proceso de vigilancia completo hasta la generación de la unidad de análisis o informe técnico de la muerte de 210 casos.

### Categoría Mujer y familia

Fueron identificados los siguientes factores; la subvaloración en busca de la atención en salud en un 51,4 % y la falta de vínculo laboral en el 43,8 %, donde el 30 % de los casos analizados, las mujeres no identificaron las señales de alarma y en el 36,7 % no actuó al momento de identificar los signos y síntomas de alarma. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Situaciones halladas en las unidades de análisis de mortalidad materna. Categoría mujer y familia, Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web, Colombia, 2017.

| Situación (es) hallada (s) por factor  | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Subvaloración en buscar atención en salud                                    | 108        | 51,4       |
| No estaba vinculada laboralmente   | 92         | 43,8       |
| La mujer fallecida no reconoció y actuó ante las señales de peligro o alarma | 77         | 36,7       |
| Falta de autonomía de la mujer para la toma de decisiones                    | 76         | 36,2       |
| Ingreso económico bajo   | 68         | 32,4       |
| No reconoció señales de peligro o alarma                                     | 63         | 30,0       |
| Nivel educativo bajo   | 40         | 19,0       |
| Falta de recursos económicos para acceder a servicios de salud               | 36         | 17,1       |
| No conocía sus derechos para acceder a los servicios de salud                | 25         | 11,9       |
| Evidencia de uso de prácticas no seguras                                     | 20         | 9,5        |

### Categoría comunidad

Se identifica que las barreras geográficas, físicas y económicas para el acceso oportuno a los servicios de salud representan el 29,5 %, seguido de la falta de medios de comunicación para llegar al servicio con 4,3 % de los casos. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Situaciones halladas en las unidades de análisis de mortalidad materna. Categoría comunidad, Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web, Colombia, 2017.

| Situación (es) hallada (s) por factor  | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Barreras geográficas, físicas o económicas para el acceso oportuno a los servicios de salud      | 62         | 29,5       |
| Falta de medios de comunicación para llegar al servicio  | 9          | 4,3        |
| Dificultades de acceso a redes de apoyo  | 5          | 2,4        |
| Problemas de orden público que afecto el acceso a los servicios de salud                         | 3          | 1,4        |
| Dificultades de acceso a redes de apoyo comunitario, a pesar de existir en el área de influencia | 2          | 1,0        |

### Categoría sistema de salud

En el análisis de las actividades de promoción y prevención se encuentra que existe deficiencia en la inducción a la demanda de servicios preventivos en 156 casos (74,3 %), se presentaron fallas en la calidad de la atención durante el control prenatal en 82 casos (39 %), el sistema de salud no brindó información suficiente sobre señales de riesgo en el 31,4 % de los casos. (Ver tabla 4)

**Tabla 4. Atenciones relacionadas con promoción y prevención, Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web, Colombia, 2017.**

| Situación (es) hallada (s) por factor   | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Deficiencia en la inducción a la demanda de servicios preventivos   | 156        | 74,3       |
| La mujer fallecida no realizó consulta preconcepcional  | 129        | 61,4       |
| Hubo deficiencias de la calidad de la atención durante el control prenatal NO relacionadas con la condición de que la llevó a la muerte     | 82         | 39,0       |
| El servicio de salud no brindó la información suficiente sobre señales de riesgo y peligro para facilitar la toma de una decisión informada | 66         | 31,4       |
| La Mujer no planificaba porque no quería, estaba buscando la gestación  | 49         | 23,3       |
| La Mujer no planificaba por otro motivo   | 24         | 11,4       |
| La Mujer no planificaba por qué No tuvo acceso  | 9          | 4,3        |
| No asistió a control prenatal o dejó de asistir a alguna cita porque es lejano el sitio de atención   | 3          | 1,4        |
| No asistió a control prenatal o dejó de asistir a alguna cita porque no lo consideró importante   | 3          | 1,4        |

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web, Colombia 2017.

Los aspectos relacionados con el **sistema de referencia y contrarreferencia** son el inadecuado sistema con el 26 %, los factores administrativos con el 19 % y la remisión oportuna al especialista con el 14,8 % de los casos analizados. (Ver tabla 5)

**Tabla 5. Atención de la mujer. Sistema referencia y Contrarreferencia, Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web, Colombia, 2017.**

| Situaciones halladas por factor  | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Inadecuado funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia                                      | 56         | 26,7       |
| Factores administrativos o económicos que limitaron la accesibilidad y/o la oportunidad en la atención       | 40         | 19,0       |
| No fue oportuna la remisión para algún especialista  | 31         | 14,8       |
| Existieron demoras en la autorización  | 11         | 5,2        |
| Falta de camas UCI adulto en el nivel superior de atención   | 9          | 4,3        |
| Dificultades o retrasos de índole administrativo inherentes a alguno de los centros reguladores involucrados | 7          | 3,3        |
| Falta de disponibilidad del medio de transporte necesario (ambulancia terrestre, aérea o fluvial)            | 7          | 3,3        |
| No remisión a otros profesionales  | 7          | 3,3        |
| Falta de camas obstétrica en el nivel superior de atención   | 5          | 2,4        |
| No referencia a un especialista o subespecialista  | 4          | 1,9        |
| No autorización de un servicio porque la aseguradora no tiene contrato                                       | 4          | 1,9        |

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web, Colombia 2017.

Atención de la mujer de acuerdo con principales causas de mortalidad materna

El perfil de las causas agrupadas de mortalidad materna muestra en primer lugar la hemorragia obstétrica con el 17,1 %, seguido del trastorno hipertensivo del embarazo con el 14,7 %, sepsis obstétrica 9,3 % y eventos tromboembólicos con 3,6 %. (Ver tabla 6)

**Tabla 6. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, 2017.**

| Tipo  | Causa agrupada                              | Casos                   | Porcentaje |
|---|---|-------------------------|------------|
| Directa   | Hemorragia obstétrica                       | 57                      | 17,1       |
|   | Trastorno hipertensión asociado al embarazo | 49                      | 14,7       |
|   | Sepsis obstétrica                           | 31                      | 9,3        |
|   | Eventos tromboembólicos                     | 12                      | 3,6        |
|   | Otras causas directas                       | 11                      | 3,3        |
|   | Desconocida /Indeterminada                  | 6                       | 1,8        |
|   | Embolia de líquido amniótico                | 4                       | 1,2        |
|   | Complicaciones del aborto                   | 3                       | 0,9        |
|   | Derivada del tratamiento                    | 2                       | 0,6        |
|   | Indirecta                                   | Otras causas indirectas | 56         |
| Sepsis no obstétrica                                |   | 27                      | 8,1        |
| Eventos tromboembólicos como causa básica indirecta |   | 10                      | 3,0        |
| Sepsis de origen pulmonar                           |   | 7                       | 2,1        |
| Oncológica  |   | 6                       | 1,8        |
| Cardiovascular                                      |   | 2                       | 0,6        |
| Cerebrovascular                                     |   | 2                       | 0,6        |
| Lupus eritematoso sistémico                         |   | 1                       | 0,3        |
| Tuberculosis  |   | 1                       | 0,3        |
| Varicela  |   | 1                       | 0,3        |
| En estudio  |   | 37                      | 11,1       |
| Desconocida / indeterminada                         | Muerte obstétrica de causa no especificada  | 8                       | 2,4        |

De acuerdo a las unidades de análisis se determinó que el 82,8% de las muertes maternas tenían posibilidad de intervención, que su tratamiento podría cumplir más con las guías de práctica clínica en la unidad obstétrica u otros servicios antes de la admisión, o por otras circunstancias, como transporte inadecuado, desconfianza en los servicios, omisión de la paciente en buscar consejo o recomendaciones terapéuticas y otras condiciones similares, el 11,6 % fueron no evitables y el 4,3 % no tenían información suficiente.

En la atención de la hemorragia obstétrica se presentaron 57 casos de mortalidad materna, donde los principales factores que afectan la atención en salud son, la deficiencia en la calidad durante el proceso de atención con el 82,5 %, la falta de vigilancia adecuada del puerperio 24,6 % y el diagnóstico inoportuno de la hemorragia en 24,6 %. Es importante tener en cuenta que el diagnóstico y la clasificación del estado de choque suman 27 casos, y es el segundo factor identificado. (Ver tabla 7)

**Tabla 7. Atención de la mujer con hemorragia obstétrica, Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web, Colombia, 2017.**

| Situaciones halladas por factor (Hemorragia obstétrica)  | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Hubo deficiencia de la calidad durante el proceso de atención por atención de la mujer con hemorragia obstétrica | 47         | 82,5       |
| No se realizó vigilancia adecuada del puerperio.   | 14         | 24,6       |
| No se clasificó el estado de choque.   | 14         | 24,6       |
| El diagnóstico de la hemorragia fue inoportuno.  | 13         | 22,8       |
| Se realizó de manera inoportuna algún procedimiento y/o intervención quirúrgica, estando indicado.               | 12         | 21,1       |
| La (s) transfusión (es) se inició de manera inoportuna.  | 11         | 19,3       |
| La decisión para el tratamiento quirúrgico fue inoportuna.   | 9          | 15,8       |
| El procedimiento quirúrgico para tratamiento de la causa de la hemorragia no fue pertinente.                     | 8          | 14,0       |
| El cuidado después de la reanimación fue inadecuado  | 8          | 14,0       |
| La reposición de líquidos para la reanimación fue inadecuada después del diagnóstico del estado de choque.       | 8          | 14,0       |
| No se administró una transfusión, estando indicada.  | 7          | 12,3       |
| No se realizó manejo activo del alumbramiento.   | 5          | 8,8        |

En la atención de la mujer con Preeclampsia/eclampsia se identificaron como factores que afectaron la calidad de la atención los siguientes; deficiencias de forma general durante el proceso de atención con el 59,3 %, manejo de manera inadecuada de la sospe-

cha de preeclampsia en el 44,4 %, el diagnóstico no fue oportuno en el 18,5 % de los casos y se encuentran deficiencias en el uso de sulfato de magnesio y los antihipertensivos en el momento de la atención en 12 casos analizados. (Ver tabla 8)

**Tabla 8. Atención de la mujer con Preeclampsia/eclampsia, Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web, Colombia, 2017.**

| Situaciones halladas por factor (Trastorno hipertensivo del embarazo)   | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Hubo deficiencia de la calidad durante el proceso de atención por atención de la mujer con preeclampsia/eclampsia | 32         | 59,3       |
| No se manejó de manera adecuada ante una sospecha de preeclampsia   | 24         | 44,4       |
| El diagnóstico de la preeclampsia fue inoportuno.   | 10         | 18,5       |
| El sulfato de magnesio no se usó de manera oportuna.  | 7          | 13,0       |
| La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio no fueron las recomendadas.                     | 5          | 9,3        |
| No se utilizaron los antihipertensivos indicados de manera adecuada.  | 5          | 9,3        |
| No se utilizaron los antihipertensivos indicados de manera oportuna.  | 5          | 9,3        |
| No se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio.                           | 2          | 3,7        |
| No se utilizó el sulfato de magnesio, estando indicado.   | 2          | 3,7        |
| No se vigilaron los signos de intoxicación por sulfato.   | 2          | 3,7        |
| Se utilizó diazepam para el control de convulsiones.  | 2          | 3,7        |

Se identifican cinco factores que afectan la calidad de atención de las sepsis obstétricas; deficiencias de la calidad durante el proceso de atención en el 69,7 % de casos, no se realizó control del foco infeccioso en

el tiempo indicado en 17 casos, el diagnóstico fue inoportuno en 13 casos y la selección inadecuada del antibiótico se presentó en 7 casos analizados. (Ver tabla 9)

**Tabla 9. Atención de la mujer con sepsis (sea de origen obstétrico o no), Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web, Colombia, 2017.**

| Situaciones halladas por factor (Atención sepsis)   | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Hubo deficiencia de la calidad durante el proceso de atención por atención de la mujer con sepsis (sea de origen obstétrico o no) | 23         | 69,7       |
| No se realizó control de foco infeccioso en las primeras 12 horas, estando indicado.  | 17         | 51,5       |
| El diagnóstico del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica fue inoportuno.   | 13         | 39,4       |
| En las primeras 2 horas después del diagnóstico de sepsis no se iniciaron antibióticos.   | 9          | 27,3       |
| La selección del antibiótico fue inadecuada.  | 7          | 21,2       |

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web, Colombia 2017.

En la atención de los casos de muerte materna donde la causa agrupada fueron los eventos tromboembólicos, las principales deficiencias de atención se en-

cuentran en el manejo de la profilaxis anticoagulante, que sumados aportan el 15,7%. (Ver tabla 10)

**Tabla 10. Atención de la mujer con eventos tromboembólicos, Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web, Colombia, 2017.**

| Situación (es) hallada (s) por factor   | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Hubo deficiencia de la calidad durante el proceso de atención por atención de la mujer con eventos tromboembólicos  | 18         | 8,6        |
| Deficiencia en tratamiento Profiláctico para enfermedad tromboembólicos estando indicada  | 15         | 7,1        |
| El tratamiento anticoagulante no se inició oportunamente a pesar de la sospecha de la presencia del fenómeno trombo-embólico.   | 4          | 1,9        |
| Durante el proceso de atención, No se sospechó de manera oportuna el diagnóstico.   | 4          | 1,9        |
| Durante el proceso de atención, La mujer fallecida tuvo factores de riesgo para enfermedad tromboembólicos (sea durante el control prenatal, en alguna hospitalización o en el posparto). | 3          | 1,4        |

## Discusión

Los resultados del presente análisis muestran como la muerte materna es dada por múltiples factores, donde los determinantes sociales trascienden de los factores exclusivamente médicos, y se reconoce como un problema social en la medida que su ocurrencia está relacionada con el entorno político y económico, así como con factores sociales y macro estructurales. (5)

Las acciones promocionales y el acceso a los servicios de salud mostraron deficiencias, identificando que la subvaloración de la mujer en el momento que requiere atención se presentó en el mayor porcentaje de los casos, dado en parte por la no identificación de los factores de alarma, el bajo nivel educativo y el hecho de que no identificaron las señales de peligro. La autonomía de la mujer juega aquí un papel fundamental porque no cuenta con los elementos que le permitan reconocer las señales de alarma para acceder de forma oportuna a los servicios de salud, existe consenso a nivel regional en las estrategias para mejorar la salud materno-infantil, entre las cuales destacan: aumentar la demanda y valoración social de los servicios de salud, que incluyan las demandas originadas desde la comunidad, sistemas de salud eficientes en redes de acuerdo a complejidad. (6)

El hecho de que no se reconozcan los derechos en salud se suma la presencia de barreras geográficas, físicas y económicas para el acceso a los servicios de salud, lo cual genera una mayor dificultad para que las mujeres accedan de forma oportuna a los mismos, y no se brinde la atención en el momento que se requiere, estudios en Latinoamérica concluyen que la gran mayoría de los problemas de salud son atribuibles a amplios factores determinantes sociales, que nos llevan a una salud precaria: la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la falta de acceso a la educación y los servicios de salud, y la exclusión social de ciertos grupos de la población,<sup>1</sup> otras de las razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas naturales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna infantil incluyen el costo, el temor, el maltrato recibido, el tiempo de espera, el desconocimiento, la vergüenza y la distancia al centro asistencial más cercano. (8)

Otros factores identificados en el componente de acciones promocionales son las deficiencias en la inducción a la demanda de los servicios preventivos, el hecho de que no se realiza consulta preconcepcional y la deficiencia de los programas de planificación fa-

1

miliar; aunque la evidencia nos muestra que un serie de intervenciones básicas puede evitar la mayoría de muertes maternas y de recién nacidos (desde la planificación familiar para el control de la natalidad hasta la disponibilidad y accesibilidad a atención prenatal, posnatal y el parto atendido por un profesional), dichas intervenciones no cuentan con la calidad y la cobertura necesarias, especialmente para las mujeres de los grupos menos favorecidos en los países de renta media y baja, (9) siendo la reducción de la fecundidad una manera efectiva de reducir las muertes maternas, ya que disminuyen la cantidad de veces que una mujer se expone al embarazo y sus posibles complicaciones, la contribución de la planificación familiar a la sobrevivencia de las mujeres está ampliamente documentada, estimándose que podría reducir hasta 32 % de las muertes maternas (5).

Las deficiencias en el sistema de referencia y contra-referencia son otro aspecto a considerar, se encuentra un inadecuado funcionamiento del mismo con presencia de factores administrativos o económicos que afectaron la oportunidad en la atención del de los casos, no es oportuna la remisión al especialista, existen demoras en la autorización, falta de camas de UCI en un nivel superior de atención entre otros aspectos que afectan directamente la calidad de atención, estudios muestran que una mujer perteneciente al quintil más rico de la población en uno de los 54 países con gran carga de mortalidad materna, tiene 4,6 veces más probabilidades de ser atendida por un profesional cualificado en el parto —el momento más peligroso para las madres— que una mujer del quintil más pobre de la población, otra señal de la dimensión del problema es que, aunque en promedio la cobertura de atención profesional en el parto es ligeramente superior al 60%, en los 54 países estudiados, la cobertura dentro de estos países oscila entre el 10% y el 100%, convirtiéndola en la intervención menos equitativa. (10)

También se encontraron fallas de calidad en la atención durante el control prenatal, este hallazgo afecta la

oportuna identificación y manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos que ayudan a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de factores de riesgo (3) para garantizar el nacimiento de un recién nacido sano con la anticipación de los problemas mediante el seguimiento de la gestante y la enseñanza de los síntomas y signos de alarma. (11)

Frente a la atención en los servicios de salud, se encuentra que las principales causas de mortalidad son la hemorragia obstétrica, seguido del trastorno hipertensivo del embarazo, sepsis obstétrica y eventos tromboembólicos, se estableció que el 82,8 % podrían ser evitables, no solo por los determinantes sociales, sino por la atención de los servicios de salud donde se encuentran deficiencias importantes. Sólo el 53% de los partos en los países en desarrollo tiene asistencia profesional (médicos-matronas), siendo las principales causas de mortalidad materna en los países en desarrollo las hemorragias 25%, sepsis 15%, aborto 13%, eclampsia 12% (12)

Los principales hallazgos en la atención en salud para hemorragia obstétrica identificados incluyen el hecho de que no se vigiló el puerperio y que no se clasificó el estado de choque; en la atención de preeclampsia/eclampsia se incluyó el manejo inadecuado ante la sospecha de preeclampsia y el diagnóstico inoportuno; en los eventos tromboembólicos, las principales deficiencias de atención se encuentran en el manejo de la profilaxis anticoagulante, y la atención a la mujer con sepsis presentó deficiencias de la calidad durante el proceso de atención. Aunque la mayoría de las complicaciones obstétricas no se pueden predecir ni prevenir, pueden ser tratadas una vez detectadas, por lo tanto todas las mujeres deben tener acceso a los cuidados obstétricos de emergencia, tal como lo define la OMS. En la relación entre causas y muertes existen factores influyentes tales como la baja cobertura de la atención, la falta de accesibilidad y calidad de

los servicios, la baja calidad de la atención y la falta de capacidad resolutoria de las emergencias obstétricas.

El abordaje integral de la mujer debe hacerse teniendo en cuenta los enfoques de derechos, género, diferencial y curso de vida antes, durante y después del evento obstétrico como estrategia del componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, el cual implica el reconocimiento de la salud materna no solo como

la ausencia de enfermedades durante el embarazo, parto y postparto, sino que la mujer gestante pueda disfrutar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente, de tal manera que este momento del ciclo vital permita sustraer a la mujer de la mirada exclusivamente biológica o médica, y que sea también abordada desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos.

## Conclusiones

Las unidades de análisis de mortalidad materna realizadas durante el 2017 permitieron evidenciar las principales causas de mortalidad materna en el país, enmarcadas dentro de los determinantes sociales en salud, siendo los aspectos relacionados con la atención primaria los que más afectan el evento.

El sistema de salud afecta directamente la calidad de atención y aumenta los factores de riesgo, porque fa-

vorece las barreras de acceso en aspectos como la referencia oportuna a servicios de mayor complejidad, sin embargo, ese mismo sistema, evidencia disminución de la mortalidad.

Las muertes maternas se pueden evitar en su gran mayoría, desarrollando acciones puntuales frente a cada uno de los factores identificados en los casos de muerte materna.

## Recomendaciones

Los determinantes sociales afectan directamente la atención en salud materna; la pobreza, la falta de acceso a los servicios de salud, la falta de educación son grandes limitantes, se requiere una mayor cohesión social y el fortalecimiento de los derechos en salud, por lo que se requiere crear políticas públicas las cuales permitan dar respuesta a las necesidades identificadas y disminuir las brechas.

La multiplicidad de factores asociados a las muertes maternas requiere que cada uno de los sectores trabaje en el desarrollo de planes que permitan abordar cada factor identificado de forma específica y determinando los responsables y su cumplimiento.

La ruta de atención materna infantil y los modelos de atención materna deben definir la atención integral de las mujeres gestantes más allá de la definición de acciones,

trascendiendo a garantizar la atención integral y disminuyendo barreras de acceso a los servicios de salud.

Las acciones promocionales son las prioritarias a fortalecer en el sector salud, el mejoramiento de los programas de planificación familiar, el acceso a consulta preconcepcional, la educación en salud sexual y reproductiva, el acceso temprano y con calidad al control prenatal y el fortalecimiento de la educación a la mujer gestante

En el momento de la atención es fundamental identificar de forma oportuna el riesgo obstétrico, el diagnóstico y manejo adecuado y el acceso a los servicios requeridos, para lo cual debe mejorar la capacitación del personal de salud, fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y garantizar el acceso a los servicios especializados.

## Bibliografía

1. DANE. Boletín técnico estadísticas vitales. Bogotá: DANE; 2017.
2. salud INd. Informe de periodo 2017. 2017..
3. Herrera JA. Evaluación del riesgo obstétrico en el control prenatal. Colombia médica. 2002.
4. salud Ind. Sistema de vigilancia de la mortalidad materna basado en la web. 2011..
5. Mariana Romero SREÁ. Modelos de análisis de la morbi- mortalidad materna. 2010;(3).
6. González R. SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS AMÉRICAS. P. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. v.75 n.6 Santiago 2010. Disponible en: <http://dx.doi.org/10>.
7. Ramos S RMKAMRdR. Para que cada muerte materna importe.. 2004.
8. Rev Obstet Ginecol Venez v.68 n.1 Caracas mar. 2008 Mortalidad materna en la región bolivariana de Latino-américa: área crítica. Pedro Faneite. Comité de Mortalidad Materna de la Región Bolivariana, Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología.
9. UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities#sthash.pUubxqua.dpuf>.
10. Barros A, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi A, França G, Bryce J, Boerma JT, Victora CG. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. The Lancet. 2012; 3.
11. Escuela de Medicina - Pontificia Universidad Católica de Chile. Control prenatal. Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/pa-ginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control\\_prenatal.html](http://escuela.med.puc.cl/pa-ginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html).
12. Rev. chil. obstet. ginecol. v.68 n.6 Santiago 2003. MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO\*Dr. Mario Herrera M. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262003000600015&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262003000600015&script=sci_arttext&tlng=en).
13. social Mdp. Modelo integral de atención en salud Bogotá; 2015.
14. Herrera M. Mortalidad materna en el mundo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2003;; p. Volumen 8 Numero 6.
15. Alkema L CDHDZSMAGA. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030. systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group; 2016.
16. Observatorio de igualdad de género dalyec. Indicadores mortalidad materna América latina y el Caribe. CEPAL - Naciones Unidas; 2016.
17. Salud OMdI. Informe de Mortalidad materna. Instituto Nacional de salud; Febrero 2018.

18. Hernández YLRRAR. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE Yuber Liliana Rodríguez Rojas1 Andrea Rodríguez Hernández. Disponible en:; Mov.cient.Vol.6 (1): 132-143 ISSN: 2011-7191. Enero a Diciembre de 2012.
19. SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS AMÉRICAS. Rogelio González P. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. v.75 n.6 Santiago 2010. Disponible en: <http://dx.doi.org/10>.
20. Rev Obstet Ginecol Venez v.68 n.1 Caracas mar. 2008 Mortalidad materna en la región bolivariana de Latino-américa: área crítica. Pedro Faneite. Comité de Mortalidad Materna de la Región Bolivariana, Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología.
21. Escuela de Medicina - Pontificia Universidad Católica de Chile. Control prenatal. Disponible en:[http://escuela.med.puc.cl/pa-ginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control\\_prenatal.html](http://escuela.med.puc.cl/pa-ginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html). x