



**Factores de Riesgo Asociados a la Mortalidad Materna en el Distrito de Turbo Durante
el Periodo 2019 - 2021**

Emaluz Villalba Rico, Jackson Córdoba Álvarez y Eder Charris González

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Urabá (Antioquia)

Programa Especialización en Gerencia de Proyectos

Mayo de 2022

**Factores de Riesgo Asociados a la Mortalidad Materna en el Distrito de Turbo Durante
el Periodo 2019 - 2021**

Emaluz Villalba Rico, Jackson Córdoba Álvarez y Eder Charris González

Trabajo de Grado Presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia de
Proyectos

Asesor(a)

Liliam María Sánchez Correa

Administradora de Empresas

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Urabá (Antioquia)

Programa Especialización en Gerencia de Proyectos

Mayo de 2022

Dedicatoria

En el presente trabajo de grado deseamos dar gracias primero y especialmente a Dios, por ser el quien nos inspira y nos brindó la fortaleza necesaria para continuar en el proceso de formación para alcanzar uno de los objetivos más importantes y estratégicos de nuestra vida, ser Especialistas en Gerencia de Proyectos.

También agradecemos especialmente, a nuestros padres, por el amor, trabajo y su sacrificio, gracias a su apoyo pudimos lograr recorrer este camino y así convertirnos en los profesionales y personas que somos hoy en día. Es importante mencionar que ha sido un orgullo y un privilegio compartir con ustedes, son los mejores padres.

Igualmente agradecemos a nuestros demás familiares por estar siempre atentos y dispuestos a brindarnos su apoyo incondicional a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

Por último, a las personas que nos brindaron su apoyo, aportando sus conocimientos para que el estudio se desarrolle con total éxito.

A las familias en donde hoy hay un lugar vacío y hace falta una madre o una esposa, esperamos encuentren fuerza, consuelo y paz.

En memoria de todo el personal de salud que perdió la vida en la lucha contra la enfermedad de SARS-CoV-2.

Agradecimientos

Damos agradecimiento a Dios por darnos su bendición en nuestra vida, por guiar nuestro camino a lo largo de la existencia, por ser ese apoyo y fortaleza que requeríamos en momentos de dificultad, frustración y debilidad en el transcurrir de este proceso de formación.

Gracias a nuestros padres: Antonio y Emma Luz; Carmen Rosario; Francisco Antonio y Leyland Jeanneth, por ser principalmente promotores de sueños, por confiar y creer en nosotros, por los consejos, valores y principios que nos inculcaron.

Agradecemos también a los docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios Sede Bello y Sede Urabá, por compartir sus conocimientos a lo largo del proceso de formación de la especialización, de manera especial, reconocemos a la docente Lilian María Sánchez Correa asesora del proyecto de grado, quien nos guio con paciencia y rectitud como docente.

Agradecemos igualmente a la Secretaría Distrital de Salud de Turbo, al Hospital Francisco Valderrama del Distrito de Turbo y a la Seccional de Salud de Antioquia por su apoyo y suministro de la información relacionada con la temática de nuestro proyecto.

Y finalmente agradecemos a nuestros apoyos y soporte emocional como lo son esposa, novio y novia, que con su amor nos motivan a ser mejores cada día. Gracias por siempre estar a nuestro lado, los amamos.

Contenido

1

Lista de Tablas.....	7
Lista de Figuras.....	8
Lista de Anexos.....	9
Resumen.....	10
Abstract	11
Introducción	13
CAPÍTULO I	15
1 Problema de Investigación.....	15
1.1 Descripción del Problema	15
1.2 Formulación del Problema	17
1.3 Justificación.....	17
1.4 Objetivos	21
1.4.1 Objetivo general.....	21
1.4.2 Objetivos específicos.....	21
CAPÍTULO II	23
2 Marco Teórico	23
2.1 Marco Conceptual.....	25
2.2 Marco Legal.....	27
CAPITULO III	29
3 Metodología.....	29
3.1 Población.....	29
3.2 Muestra.....	30
3.3 Criterios de selección	30

3.4	Criterios de inclusión.....	30
3.5	Criterios de exclusión.....	30
3.6	Descripción y operacionalización de Variables.....	30
CAPITULO IV		34
4	Análisis	34
5	Conclusiones	47
6	Recomendaciones	49
Referencias.....		51
Anexos.....		55

Lista de Tablas

Tabla 1. Marco normativo con relación a las maternas.....	27
Tabla 2. Variables de estudio	31

Lista de Figuras

Figura 1. Grupo de Edad.....	34
Figura 2. Número de Gestaciones	35
Figura 3. Antecedentes de Partos	36
Figura 4. Antecedentes de Cesárea.....	37
Figura 5. Antecedentes de Abortos.....	38
Figura 6. Control Prenatal	39
Figura 7. Edad Gestacional	40
Figura 8. Evento Relacionado con la Muerte	41
Figura 9. Hemorragia Obstétrica	42
Figura 10. Infección Respiratoria	43
Figura 11. Sepsis.....	44
Figura 12. Tiempo de Espera en Domicilio.....	45
Figura 13. Tiempo de Espera en Urgencias.....	46
Figura 14. Causas Directas e Indirectas.....	47

Lista de Anexos

Anexo A. Matriz de datos estadísticos mortalidad materna 2019 - 2021	55
Anexo B. Análisis de datos de mortalidad materna en el Distrito de Turbo.....	55
Anexo C. Propuesta de intervención de factores de riesgo.....	55

Resumen

La emergencia que surgió derivada de la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2, de la cual se reportó el primer caso en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, República Popular de China, el 31 de diciembre del año 2019, desde este momento la humanidad se enfrentó a condiciones sociales, económicas y de salud, adversas que nunca antes vividas en la modernidad.

Durante la pandemia del SARS-CoV-2, los médicos especialistas en enfermedades respiratorias fueron quienes más casos atendieron; sin embargo, se observó un impacto importante en otras áreas de la salud, como la obstetricia. Según el informe de UNFPA (2020), en Colombia para el año 2020 se produjeron 100 muertes más que el año anterior, lo que equivale a un 24% más, en relación con el comportamiento de este fenómeno, se observó un aumento de muertes maternas en la subregión de Urabá y analizando específicamente el comportamiento de este indicador en el Distrito de Turbo se identifica que cuenta con un mayor número de mortalidad materna durante los años 2019 al 2021, como lo demuestran los datos estadísticos reportados en informe de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2020). En el mencionado informe se logran identificar importantes factores de riesgo y las principales causas de mortalidad materna como principal factor del evento en el Distrito de Turbo.

El presente análisis se enfoca en identificar los principales factores riesgo asociados a la mortalidad materna durante los años 2019 al 2021, en el Distrito de Turbo, realizando principalmente la identificación de los principales factores asociados con la mortalidad en maternidad, así como las principales causas de mortalidad materna en el Distrito de Turbo y, por último, el planteamiento de acciones que permitan reducir el fenómeno en el municipio de Turbo.

Este estudio tiene un enfoque mixto donde se contemplan aspectos tanto cualitativos como cuantitativos correspondientes al fenómeno estudiado; por otra parte, el estudio tiene un alcance descriptivo transversal y toma como población a mujeres en estado de gestación que fallecieron en el

Distrito de Turbo entre el año 2019 hasta el 2021, por causas directas o indirectas asociadas al embarazo, parto o puerperio y que fueron reportadas en informe presentado por la Secretaria Distrital de Salud del Distrito de Turbo (2020), donde se identificó como muestra para el periodo de análisis un total de 20 casos.

Palabras clave:

Mortalidad Materna, Factores de Incidencia, Causas de Muerte, Embarazo y Evento de Interés en Salud Pública.

Abstract

The emergency that arose from the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic, of which the first case was reported in the city of Wuhan, Hubei province, People's Republic of China, on December 31, 2019, since this moment humanity faced social, economic and health conditions, adverse that never before experienced in modernity.

During the SARS-CoV-2 pandemic, doctors specialized in respiratory diseases were the ones who treated the most cases; however, an important impact was observed in other areas of health, such as obstetrics. According to the UNFPA report (2020), in Colombia for the year 2020 there were 100 more deaths than the previous year, which is equivalent to 24% more, in relation to the behavior of this phenomenon, an increase in maternal deaths was observed in the Urabá subregion and specifically analyzing the behavior of this indicator in the District of Turbo, it is identified that it has a higher number of maternal mortality during the years 2019 to 2021, as shown by the statistical data reported in the report of the Sectional Secretary of Health and Social Protection of Antioquia (2020). In the aforementioned report, it is possible to identify important risk factors and the main causes of maternal mortality as the main factor of the event in the District of Turbo.

The present analysis focuses on identifying the main risk factors associated with maternal mortality during the years 2019 to 2021, in the District of Turbo, mainly identifying the main factors associated with maternal mortality, as well as the main causes of death. maternal mortality in the District of Turbo and, finally, the approach of actions that allow reducing the phenomenon in the municipality of Turbo.

This study has a mixed approach where both qualitative and quantitative aspects corresponding to the phenomenon studied are contemplated; on the other hand, the study has a cross-sectional descriptive scope and takes as its population pregnant women who died in the District of Turbo between 2019 and 2021, due to direct or indirect causes associated with pregnancy, childbirth or puerperium and who were reported in a report presented by the District Secretary of Health of the Turbo District (2020), where a total of 20 cases were identified as a sample for the analysis period.

Keywords:

Incidence Factors, Maternal Mortality, Causes of Death, Pregnancy and Event of Interest in Public Health.

Introducción

Durante el año 2019 mediante la vigilancia que ejerce el Instituto Nacional de Salud, reportó el impacto que para el estado Colombiano suponía la pandemia del Covid-19, el cual dejó un total de 63 mil fallecimientos, de los cuales 577 correspondían a mujeres en estado de embarazo, al validar el sistema de vigilancia de salud pública del Ministerio de Salud y Protección Social, se consultó el comportamiento del indicador de Mortalidad Materna en el periodo comprendido entre el 2018 al 2020, en este se evidenció un aumento del 12% para el año 2020 con relación al año anterior, es importante resaltar que el indicador venía presentando descenso hasta el año 2018 con un promedio de 2%, según datos entregados por la Revista Colombiana Salud Libre (2020).

Si bien existen factores que inciden negativamente en la salud de las maternas, situación que no ha podido ser controlada, los esfuerzos realizados denotaban una disminución en su incidencia al finalizar el año 2018, no obstante la situación de pandemia de la Covid-19, si bien supuso un reto mayor para la intervención del riesgo en salud en todas sus etapas, su presencia generó un impacto negativo en ese camino recorrido, generando mayor vulnerabilidad en las maternas, y convirtiéndose con el paso del tiempo en la tercera causa de muerte para esta población superado por las Hemorragias Obstétricas, y los trastornos hipertensivos asociados al embarazo.

Por tanto, este comportamiento y su aumento en cifras de muertes de las mujeres en estado de gestación genera una alarma que fundamenta la necesidad de análisis; por otra parte, conocer los factores que se presentan, identificar e incluso proponer las estrategias que propendan por disminuir el indicador son elementos fundamentales en el análisis de la mortalidad de gestantes en el Distrito de Turbo; en este sentido, se evidencia que la pandemia trajo consigo un aumento implícito en la mortalidad materna, especialmente en la población vulnerable, donde la falta de intervención de los determinantes sociales incrementan y predisponen aún más a esta población de sufrir los embates de una enfermedad desconocida. Esta situación trajo consigo el fallecimiento de un gran número de

mujeres embarazadas en el Distrito de Turbo a consecuencia de causas indirectas, donde la cronicidad y las falencias sociales hicieron el escenario propicio para los resultados obtenidos.

Para el logro de los objetivos del estudio y con el fin de identificar los factores de riesgo asociados a estas muertes, se hizo una compilación de todo el informe emitido por muertes maternas del periodo 2019 al 2021 presentado por la Secretaría de Salud del Distrito de Turbo, con el fin de identificar las causas directas e indirectas que causaron estas muertes, para ello se utilizó una matriz de datos estadísticos; además, se profundizó en el análisis de las epicrisis de cada una de las mujeres que hicieron parte de la muestra, determinando así las causas y los factores de riesgo asociados a su muerte.

Con todos los datos recolectados y teniendo en cuenta un panorama más amplio de la problemática identificada, se procedió a realizar una descripción detallada de todos y cada uno de los factores identificados, apoyado el análisis de las referencias bibliográficas consultadas; además, teniendo en cuenta que según los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015), en su objetivo tres (3) promulga que “En su línea estratégica de Salud y Bienestar, cuyo objetivo es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Por lo tanto, se hace necesario encontrar soluciones que minimicen su incidencia, mediante recomendaciones a los entes de salud, para que hagan una identificación temprana de las mujeres en gestación evitando así una futura muerte.

CAPÍTULO I

2 Problema de Investigación

2.1 Descripción del Problema

En la actualidad con todos los avances de la ciencia en materia de salud y tecnología no es aceptable que los índices de mortalidad materna sean tan altos, según el análisis es aún más preocupante que dichas muertes se consideren prevenibles, y la causa de esta problemática social se asocia a la falta de infraestructura hospitalaria en países subdesarrollados en especial en las zonas rurales e igualmente atribuible a la falta de recurso humano idóneo que aporte a la disminución de este indicador. (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2020, pág. 238).

Según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) Colombia 2020, realizado por la Dirección de Epidemiología y Demografía donde se indica que:

En el mundo cada día se producen aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, casi todas en países en desarrollo y en su mayoría podrían ser evitadas. Como parte del compromiso de los países en su contribución a la reducción de este problema, en la Agenda de Desarrollo Sostenible se pactó el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número tres (3), donde una de las metas es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

Para 2015 la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2020, pág. 228).

El 99% de estas muertes maternas ocurren en países en desarrollo; como consecuencia de gestación, parto, y puerperio, siendo consideradas estas como causas prevenibles, entre estas se encuentran:

- Las Hemorragias postparto.

- Infecciones Bacteriana.
- La no detección temprana de la Preeclampsia y su tratamiento para evitar trascender a la Eclampsia.

Este es un problema de Salud pública, lo cual repercute en el componente social, político e institucional, este tipo de situaciones se presentan con mayor frecuencia en la población vulnerable, aquella que, por los diferentes determinantes sociales, no cuenta con la posibilidad de acceso al sistema de seguridad social en salud, aun viviendo en Colombia determinado como un Estado Social de Derecho, y donde la Salud conforme a lo definido en la Ley 1751 de 2015, Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen derechos “A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad”.

La OMS estima que aproximadamente ocurren 585.000 mil muertes al año, la frecuencia de mortalidad materna es de 270 por 100 mil nacidos vivos, el 88% es en países subdesarrollados, el 11% corresponde a los países desarrollados, cabe resaltar que estas diferencias se encuentran marcadas en la situación socio cultural de las usuarias, lugares de residencia zona urbana a rural, formación profesional, con carencia o estudios incompletos, afiliación o no al Sistema de Salud.

Según el Análisis de la Situación de Salud -ASIS- Colombia (2020), realizado por la Dirección de Epidemiología y Demografía donde se indica que:

Aunque la tasa de mortalidad neonatal es un 13,5 veces más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último. Así mismo, el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,075, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de

NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificadores. (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2020, pág. 236).

2.2 Formulación del Problema

Según la Organización Panamericana de la Salud (2020), en un estudio presentado en el Seminario sobre Riesgo Reproductivo, organizado por la Asociación de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria -AVSC-, La mortalidad materna en Latinoamérica es un problema de salud y refleja la desigualdad existente en la Región, que se expresa en la pérdida de más de 28.000 mujeres anualmente a consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, del parto y del posparto.

Por lo planteado anteriormente, se hace necesario e importante analizar cuáles son los factores de riesgo asociados con los fallecimientos de mujeres en proceso de gestación en el Distrito de Turbo analizando datos correspondientes al periodo comprendido entre el año 2019 al 2021. Este estudio permitirá plantear acciones y/o estrategias que faciliten la disminución del impacto de estos factores de riesgo en la mortalidad materna en el Distrito de Turbo, aportando como consecuencia al mejoramiento de los indicadores de salud del Distrito de Turbo.

2.3 Justificación

Los motivos que llevan a investigar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna son los altos índices que se presentan a nivel Mundial y específicamente los indicadores negativos de mortalidad materna del Distrito de Turbo, tal como se relaciona en la descripción del problema; encontrando una oportunidad para explorar el impacto de este indicador y lo que este representa a nivel social, político, y económico.

El embarazo, el parto y el puerperio necesitan una adecuada atención en salud a nivel municipal y especialmente en el Distrito de Turbo, es importante que estos sean eventos positivos donde prime la

vida evitando así un grave problema de salud pública y social. Existen importantes brechas que están relacionadas con el índice de mortalidad materna entre estos están, la educación, la desigualdad económica, acceso a los servicios básicos, la calidad de los servicios de salud (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2020, pág. 231). La mortalidad materna afecta directamente la sociedad, si la incidencia de mortalidad es mayor habrá una mayor cantidad de niños huérfanos retrasando el desarrollo integral de los mismos.

Según el Análisis de la Situación de Salud -ASIS- Colombia (2020), realizado por la Dirección de Epidemiología y Demografía donde se indica que:

El quintil que agrupa los departamentos más pobres del país (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) experimenta una razón de mortalidad 5,48 veces más alta que el quintil de los departamentos con menor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina). Así mismo, el 70% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,255, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificado. (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2020, pág. 231)

La mujer siempre ha jugado un papel activo socialmente, contribuyendo en la sociedad, en la economía, en la crianza de los hijos, entre otros aspectos importantes de la sociedad. El trabajo femenino en el ámbito privado es fundamental; además, de ser madres, muchas trabajaban con una doble vida de madre, esposa y mujer trabajadora. (Nieto Morales, Vásquez Fernández, & Nieto Cabrera, 2020, pág. 55)

Desde la década de los años 70 del pasado siglo XX, la mujer comienza a realizar grandes cambios en el trabajo remunerado o empleo, que le permite adquirir poder en el mercado laboral, tomar decisiones, compatibilizar el empleo con la vida familiar y cuidado de los hijos. Las mujeres que están dispuestas a trabajar tienen mayor riesgo de afrontar situaciones de pobreza, más desempleo, menor actividad de ocupación y trabajos precarios, brecha de género, entre otros. (Nieto Morales, Vásquez Fernández, & Nieto Cabrera, 2020, pág. 76)

Según Nieto Morales, Vásquez Fernández, & Nieto Cabrera (2020), la Mujer del siglo XXI, es una persona empoderada, y en este contexto juega un papel fundamental en varios escenarios, es en esta medida donde podemos referir que en la actualidad viene asumiendo dos roles de gran relevancia, hoy son empresarias, jefes, asistentes, con infinidad de competencias, pero a su vez también tienen un plano familiar, en ambos escenarios se convierte en la fuerza laboral que impulsa, acompaña y preserva la familia como núcleo fundamental de la sociedad.

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social aprobó una norma técnica mediante la Resolución 412 de 2000, la cual establece que:

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

La Resolución 412 de 2000, es utilizada como guía de manejo en el control prenatal, atención del parto y puerperio, en ella se contemplan los riesgos inherentes a la gestación e indica los signos de alarma que se deben tener presente. Adicionalmente, la Resolución 412 de 2000, muestra que los retrasos que se presentan en los procesos de atención de las gestantes hoy en Colombia, dictan de la no puesta en consideración de los aspectos a tener en cuenta, en tal sentido, la inoportunidad en el proceso de atención, en la asignación de citas especializadas, la falta de seguimiento por parte de la IPS

que lleva el control y seguimiento a la gestantes, se convierten en ese punto de partida del que no hay retorno, cuando nos encontramos con una materna en condiciones de salud que colocan en riesgo el binomio madre e hijo, por falta de intervención oportuna, una tipificación de riesgos que permita adelantarnos al suceso y contar con los elementos necesarios de manera que se garantice una atención oportuna, segura y con calidad.

El Gobierno Nacional en los últimos años ha ratificado su compromiso en la protección integral de la mujer impulsando leyes y políticas públicas, las cuales pueden ser consultadas más adelante en la *Tabla 1*, estas leyes y políticas han dado como resultado una mayor participación e inclusión de la mujer en los escenarios empresariales, políticos y sociales; lo que representa un impulso a la economía del país y genera progreso en el ámbito social del estado Colombiano. En la actualidad la mujer en la sociedad colombiana tiene una tasa más alta de educación que los hombres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 46).

El Plan Decenal de Salud Pública, cuyo objetivo apunta a buscar la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos:

1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) “mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable, este plan se desarrolla a través de 8 dimensiones y 2 transversales, en tal sentido la Dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, en las metas de este componente describe en su literal d). Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país. (Dimensión Derechos Sexuales y Reproductivos, 2013) Si bien el gobierno viene haciendo gestiones para mejorar la estadística de estos eventos, no ha podido lograr que exista una disminución real y efectiva a nivel nacional, toda vez que aún se evidencia que las

causas de mortalidad materna son consideradas directas con relación al evento. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 26)

Según información del Ministerio de Salud y Protección Social (2013), todos estos eventos centinelas considerados de relevancia y de impacto mundial, nacional, departamental y territorial demuestran que los esfuerzos aún siguen siendo insuficientes para la intervención de las causas principales. En Antioquia se viene desarrollando la estrategia de Maternidad Segura con Calidad, la cual fue creada en el marco de la alta incidencia de eventos de mortalidad materna, especialmente en la región de Urabá que, conforme a los datos estadísticos, las cifras de la subregión superan hasta en el doble los casos suscitados en Medellín y sus alrededores.

Lo planteado anteriormente, supone un compromiso que, a diferencia de la identificación de factores incidentales, deben existir medidas de intervención en el plano asistencial y en las zonas rurales, que propendan por lograr una reducción importante en estos eventos evitables, que generan tanto dolor y desasosiego a nivel familiar, y abren una cantidad de interrogantes frente a las demoras en el plano asistencial, local y familiar.

2.4 Objetivos

2.4.1 *Objetivo general*

Analizar los factores de riesgo asociados con la muerte de maternas en el Distrito de Turbo durante el periodo 2019 - 2021.

2.4.2 *Objetivos específicos*

Identificar los factores riesgo asociados con la mortalidad de maternas en el Distrito de Turbo desde el 2019 hasta el 2021.

Establecer cuáles son los principales factores de riesgo asociados a la mortalidad de maternas en el Distrito de Turbo.

Indicar acciones que permitan minimizar el impacto de los factores de riesgo asociados a la mortalidad de maternas en el Distrito de Turbo.

CAPÍTULO II

3 Marco Teórico

La mortalidad materna se define como “la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (por muerte obstétrica directa o indirecta), pero no por causas accidentales o incidentales”. (World Health Organization, 2015)

La mortalidad materna es una problemática de salud pública, si se aborda de manera holística es un problema médico, social, cultural, político, económico, este se aborda en los objetivos de desarrollo del milenio en el cual plantearon reducir la mortalidad materna al 0.045% (45 muertes por cada 100.000 nacidos vivos), aumentar al 95% la atención institucional del parto, y la atención institucional del parto con personal calificado. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

El indicador de mortalidad materna, para el año 2018, a nivel mundial es de 37 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos, en este punto se debe tener en cuenta que de los ciento noventa (190) países que hacen parte de la Organización Mundial de la Salud -OMS-, tan solo setenta y ocho (78) realizan el informe correcta, sistemática y de forma verificable sobre sus niveles de Mortalidad Materna, lo que representa el 35% de la población mundial, por lo cual estas cifras podrían no ser exactas (Herrera, 2003).

En concordancia con lo planteado anteriormente, las principales causas de mortalidad materna se relacionan con factores obstétricos directos y representan el 61% del total de los fallecimientos de mujeres en estado de gestación, en orden de relevancia, siguen los fallecimientos de gestantes por causas obstétricas indirectas, que representan el 25% del total de los fallecimientos de mujeres en estado de gestación, Por último, las muertes maternas por embarazo terminado en aborto representan el 13,6% del total de las defunciones, ahora bien, para el período comprendido entre el año 2001 y el año 2018, se observa una reducción del 14% del indicador a nivel mundial.

En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; el cambio porcentual anual estimado de la razón (APC, por sus siglas en inglés) fue de -5,8, siendo esta reducción estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%. Entre 2008 y 2011, el indicador osciló entre 60,7 y 71,6 marcando un incremento no significativo con un APC de 4,5.

Posteriormente entre 2011 y 2017 se produjeron 19,6 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa. (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2019)

El Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud,

Actualización 2019, del Distrito de Turbo indique:

Se tiene que la razón de mortalidad materna del Distrito de Turbo muestra que para el año 2006 por cada cien mil nacidos vivos 107,8 madres morían por esta causa, en comparación con el país que en ese mismo año por cada cien mil nacidos vivos 71,4 madres morían, para el año 2012 presento la segunda razón más alta 105,0 por cada cien mil nacidos vivos, para el año 2015 partir del año 2010 el panorama fue cambiando donde este indicador empezó a crecer, para luego en el año 2012 aumentar casi un 50% en comparación al país; en ese año la 80 tasa del distrito ascendía a los 100,5 maternas muertas por cada cien mil nacidos vivos y el país tenía una tasa de 65,9 maternas muertas por cien mil nacidos vivos; aunque para el año 2014 este indicador disminuyó con una razón de 36,64, para el 2015 aumento considerablemente con una razón de 76.9 muertes por cada cien mil nacidos vivos; para luego disminuir a 39,8 muertes por cada cien mil nacido en el año 2016, pero para el año 2017, último año evaluado , disminuye considerablemente a 0,0 muertes por cada cien mil nacido; aun así, se debe seguir aunando esfuerzos para el sostenimiento de este indicador sensible en cero casos, la política nacional

exige cero muertes maternas garantizando el control y seguimiento a las madres desde el inicio del embarazo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

En el periodo 2020 las defunciones maternas aumentaron en el mundo, ya que el acceso a la salud de la población para la prevención, detección temprana de patologías y tratamiento de estas se vieron obstaculizadas por la pandemia de COVID – 19, se pueden destacar atención casi exclusiva para pacientes diagnosticados por COVID – 19, los programas de control prenatal empezaron a realizarse por tele-consulta, por temor al contagio, impidiendo un diagnóstico oportuno de complicaciones. (Tobón, Amaya, Gil, Herrera, & Vanegas, 2021, pág. 112)

Según los reportes del Instituto Nacional de Salud -INS-, en Colombia durante el año 2020 se produjeron cuatrocientos nueve (409) fallecimientos de mujeres en estado de gestación en etapa temprana, lo que indica, que estas muertes ocurrieron durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación; lo que representa cien (100) muertes más que las proyectadas para el respectivo año (Instituto Nacional de Salud, 2021).

Lo planteado anteriormente, se puede considerar como un indicador alarmante teniendo presente que una parte de estos fallecimientos se consideran prevenibles con una atención en salud oportuna. Además, la pandemia tuvo como efecto negativo en la salud materna, por las limitaciones de acceso a los servicios de salud y porque se evitó acudir oportunamente por miedo a infectarse del COVID-19 y por las restricciones del confinamiento.

3.1 Marco Conceptual

Mortalidad materna: según el documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud -OPS- frente a la revisión del CIE 10 en Mortalidad Materna del año 2018, en este informe se toman en consideración los fallecimientos que ocurren en proceso de gestación y que se clasifican como nosológica e incluyen lesiones con causa externa como por ejemplo accidente con vehículo a motor,

causas externas correspondientes a lesiones accidentales, ataque o agresión, violación, otros accidentes, hierbas medicinales, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Teniendo en cuenta el contexto de lo planteado anteriormente, el indicador de mortalidad materna está integrado en la lista global que referencia los indicadores básicos de salud de la Organización Mundial de la Salud -OMS-. El indicador de mortalidad materna se puede definir como la cantidad anual de fallecimiento de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el proceso de gestación o su manejo durante el embarazo o el parto, siempre y cuando este dentro del rango de los primeros 42 días a la terminación del embarazo, indistinto de la duración y el lugar del embarazo por cada 100.000 nacidos vivos, durante un período determinado. (Instituto Nacional de Salud, 2020)

Incidencia: esta es la cantidad de casos nuevos que se presentan de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión durante un período determinado de tiempo. Según el análisis la incidencia puede mostrar la probabilidad de que una persona de cierta población resulte afectada por la enfermedad analizada. (Taber's Cyclopedic Medical Dictionary, 2022)

Maternidad Segura con Calidad: es una estrategia diseñada por el Ministerio de salud y Protección Social la cual a través de sus 9 enunciados propende por garantizar la calidad y seguridad en el proceso integral de atención para la gestación, parto y puerperio.

Evento de Interés en Salud Pública: esto corresponde al conjunto de actividades o circunstancias que pueden llegar a modificar o incidir en las situaciones de salud de una comunidad, (enfermedad, factores protectores, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes). (Ministerio de la Protección Social, 2006)

Causas de muerte: la causa de muerte se define como el factor que conduce directamente a la misma, sin que se pueda tener lugar en la ausencia de este elemento. Algunos de estos factores pueden llegar coincidir con la muerte y otros no (Hernández & Gómez, 2019).

3.2 Marco Legal

A continuación, en la Tabla 1, se puede ver el marco normativo aplicable al proyecto de investigación, según el rastreo bibliográfico realizado.

Tabla 1.

Marco normativo con relación a las maternas

Norma	Descripción
Constitución Política de 1991	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art. 11 El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte. ▪ Art. 43 Durante el periodo de gestación y posterior al parto tendrá especial atención y protección del Estado; además, podrá recibir un subsidio de alimentación, si llegará a estar desempleada o desamparada.
Ley 100 de 1993	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art. 166 Define el POS para mujeres en estado de gestación el cual determina que asumirá los servicios de salud para el control prenatal, la atención del parto, control posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.
Resolución 412 del 2000 y Acuerdo 117 de 1998	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estas determinan las acciones de protección específica, la identificación temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, determina procedimientos, condiciones técnicas, frecuencia, personal a cargo, población objeto, indicadores de medición de avances y resultados, con acciones que son de obligatorio cumplimiento para las EPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000). ▪ El Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, cuyo objetivo principal es establecer los estándares mínimos para garantizar la calidad de la atención a las gestantes dentro del control prenatal.
Ley 1438 de 2011	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art.3 Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva.
Ley 1751 de 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art. 20 Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y

	<p>con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Art. 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000).
Resolución 3202 2016	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2456 de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

Nota: marco normativo en Colombia para la protección de la mujer y rutas de acción.

CAPITULO III

4 Metodología

El presente estudio es descriptivo, de corte transversal, con un enfoque mixto considerando aspectos tanto cualitativos como cuantitativos; se describirán las causas de mortalidad y se analizarán datos estadísticos sobre los factores de riesgo que estuvieron asociados al fallecimiento.

Adicionalmente, se identificaron los factores de riesgo con mayor atribución a la mortalidad materna en el Distrito de Turbo durante el periodo 2019 - 2021.

“Los Estudios Descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importante de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Villa Romero, Moreno Altamirano, & García de la Torre, 2011). Adicionalmente, plantean que:

El diseño transversal recibe este nombre por ser un procedimiento de investigación sin continuidad en el eje del tiempo. Suele ser llamado estudio de prevalencia, ya que con este diseño es posible estimar la prevalencia de la enfermedad. Se puede estudiar la totalidad de una población, pero en esencia se estudia una muestra representativa de ésta en un momento y lugar determinados. (Villa Romero, Moreno Altamirano, & García de la Torre, 2011)

4.1 Población

Según el planteamiento metodológico de la investigación la población son las mujeres en estado de gestación cuyos fallecimientos ocurrieron en el Distrito de Turbo durante el periodo comprendido entre los años de 2019 – 2021.

4.2 Muestra

Teniendo en cuenta el planteamiento metodológico de la investigación la muestra corresponde a las muertes reportadas por la Secretaría Distrital de Salud de Turbo como muerte materna durante el periodo 2019 – 2021.

4.3 Criterios de selección

Para el adecuado planteamiento metodológico de la investigación se definió como criterio de selección, las muertes de mujeres gestantes ocurridas en el Distrito de Turbo ocurridas en el periodo comprendido entre 2019 – 2021.

4.4 Criterios de inclusión

Acorde al planteamiento metodológico propuesto para la investigación el criterio de inclusión es las mujeres fallecidas en estado de embarazo, parto o puerperio en el Distrito de Turbo durante el periodo 2019 – 2021.

4.5 Criterios de exclusión

Según el planteamiento metodológico diseñado para la investigación el criterio de exclusión es, mujeres fallecidas en estado de embarazo, parto o puerperio debido a causas externas o no relacionadas con su estado de gestación.

4.6 Descripción y operacionalización de Variables

A continuación, en la *Tabla 2* se pueden ver las variables designadas para la investigación acorde al planteamiento metodológico propuesto.

Tabla 2.

Variables de estudio

Variable	Definición	Indicador	Naturaleza de la variable
Edad	Años cumplidos de la materna que fallece.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Años 	Numérica Discreta
Sitio de defunción	Lugar donde ocurrió el fallecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IPS (hospital/clínica) ▪ IPS (centro/puesto de salud) ▪ Lugar de trabajo. ▪ Vía pública. ▪ Durante el traslado. ▪ Domicilio. 	Categoría Nominal
Grupo de Edad	Grupo para la clasificación de edad (Adolescente, edad óptima y edad materna avanzada).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 19 ▪ 20 – 34 ▪ > 35 	Numérica Discreta
Partos	Este es el conjunto de fenómenos activos y pasivos, que permiten la expulsión de un feto de 22 semanas o más, por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1, 2, 3, 4, 5... 	Numérica Discreta
Gestaciones	Número de embarazos que ha tenido la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1, 2, 3, 4, 5... 	Numérica Discreta
Abortos	La expulsión o extracción de un embrión o feto, de menos de 22 semanas de embarazo, o de otro producto de la gestación de cualquier edad gestacional, pero que sea no viable.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1, 2, 3, 4, 5... 	Numérica Discreta
Hipertensión Durante el embarazo	Elevación sostenida de la presión arterial. Presión Sistólica ≥ 140 mmHg, presión diastólica ≥ 90 mmHg, por lo menos en dos registros con un mínimo de 4 horas entre tomas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presente ▪ Ausente 	Cualitativa Nominal

Diabetes Gestacional	Padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad, que se reconocen por primera vez en el embarazo y, que puede resolverse después de éste.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presente ▪ Ausente 	Cualitativa Nominal
Control Prenatal	Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo, y obtener una adecuada preparación de para el parto, el puerperio, y el manejo del recién nacido.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3. Igual o mayor a 5 consultas. 	Cuantitativa Discontinua
Control Prenatal Tardío	Inicio de Control prenatal después de la semana 12 de gestación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa Nominal
Edad Gestacional	Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer, con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha última menstruación confiable, o hasta el evento gestacional en estudio. Agrupados en tres grupos según la semana de gestación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No viable (<24 SDG) ▪ Pretérmino. (24 - 36.6 SDG) ▪ Término. (>37 SDG) 	Cualitativa Nominal
Tipo de Evento Obstétrico	Vía de resolución del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parto Eutócico ▪ Parto Distócico ▪ Cesárea ▪ Legrado 	Categoría Nominal
Parto Eutócico	Parto normal con feto en presentación cefálica, variedad de vértice que culmina sin necesidad de maniobras especiales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	
Parto Distócico	Parto con anomalía en el mecanismo del trabajo de parto, que interviene con la evolución fisiológica del mismo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	

Cesárea	Intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el producto de la concepción, a través de una incisión abdominal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	
Legrado	Raspado o limpieza de una cavidad uterina, mediante un instrumento denominado legra o cureta.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Categórica Nominal
Hemorragia Obstétrica	Sangrado de más de 500 ml por parto vaginal, o más de 1000 ml por Cesárea.		
Infección por SARS CoV – 2	Paciente con resultado de prueba de identificación de ADN positivo al virus SARS CoV-2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Categórica Nominal
Sepsis	Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociada a infección.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Categórica Nominal
Tiempo de espera en domicilio	Lapso de tiempo que transcurrió desde el inicio de los síntomas hasta acudir a un servicio de urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 60 min ▪ 1 – 3 hrs ▪ 3 – 6 hrs ▪ > 6 hrs 	Categórica Nominal
Tiempo de espera en urgencias	Lapso de tiempo que transcurrió desde que la paciente acude al servicio de urgencias, hasta que es valorada por un médico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <15 Min ▪ 15 – 30 Min ▪ 30 – 60 Min ▪ > 60 Min 	Cuantitativa Discontinua
Tiempo en Hospitalización	Lapso de tiempo que transcurrió desde la hospitalización hasta la muerte materna.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 6 hrs ▪ 6 – 24 hrs ▪ 1 – 3 días ▪ > 3 días. 	Cuantitativa Discontinua

Nota: se establecen las variables de estudio, que permitirán observar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna.

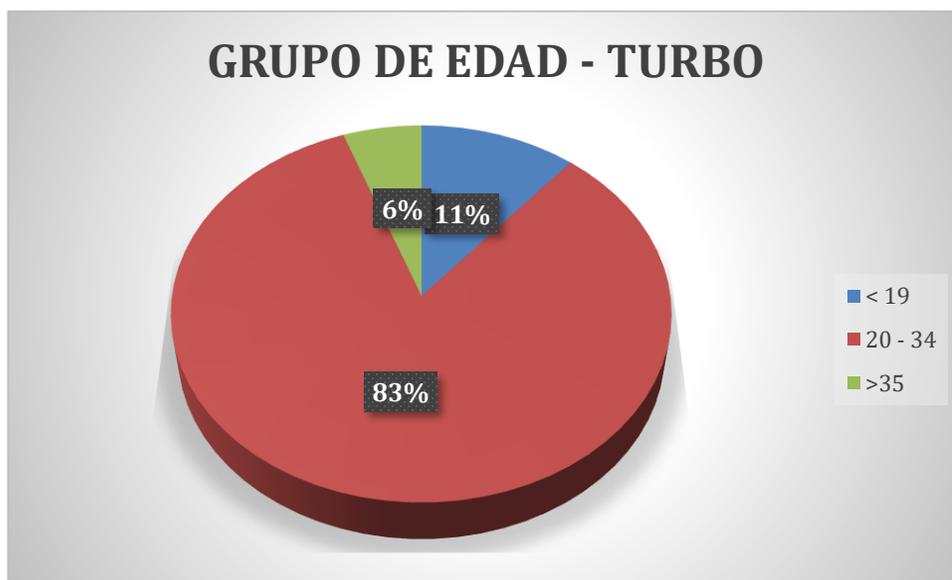
CAPITULO IV

5 Análisis

A continuación, en el siguiente grafico se evidencia la representación del comportamiento de los fallecimientos de mujeres en estado gestación, según los grupos etarios. En esta grafica se puede precisar que para las mujeres gestantes menores de 19 años se presentaron 2 eventos, equivalentes al 11%, mientras que, para el rango de edad de 20 a 34 años, se situó la mayor incidencia con un total de 15 casos, equivalente al 83%; por último, para las mujeres gestantes mayores de 35 años se presentó 1 caso, equivalente al 6%. Tal como lo demuestra la figura 1.

Figura 1.

Grupo de Edad



Con respecto al número de gestaciones, se puede evidenciar que, para los eventos de mortalidad materna en análisis, se identifican que 3 pacientes tuvieron 2 embarazos, 8 pacientes tuvieron 3 embarazos, 5 pacientes tuvieron 4 embarazos, y 4 pacientes tuvieron 5 embarazos, lo que indica que las mayores concentraciones estuvieron de G3 a G5, lo que representa un 85% de los eventos de mortalidad materna, como se muestra en la figura 2.

Figura 2.

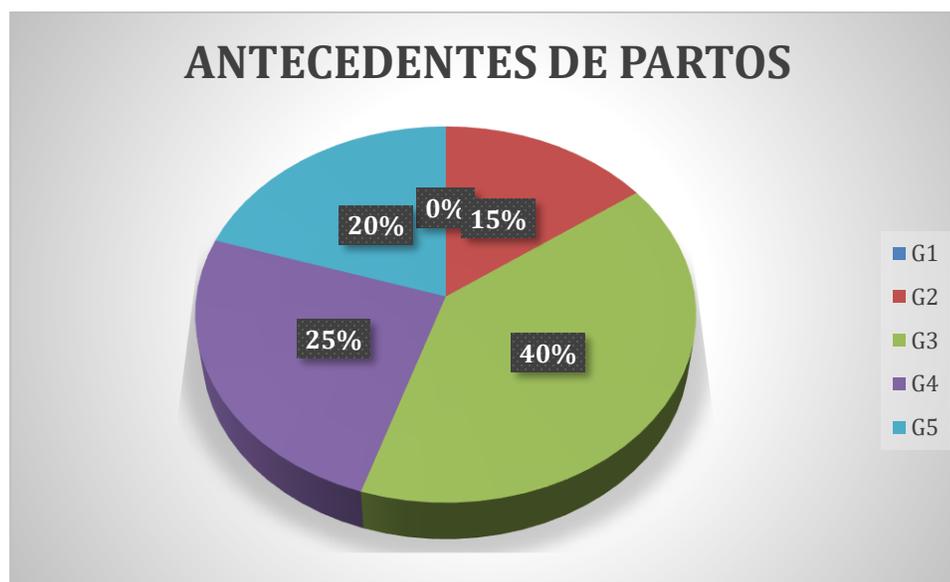
Número de Gestaciones



Con respecto a los antecedentes de partos, se pudo observar que 3 pacientes tuvieron al menos 2 partos, que 8 paciente tuvieron 3 partos, 5 pacientes tuvieron 4 partos, y 4 pacientes tuvieron 5 partos, como se muestra en la figura 3.

Figura 3.

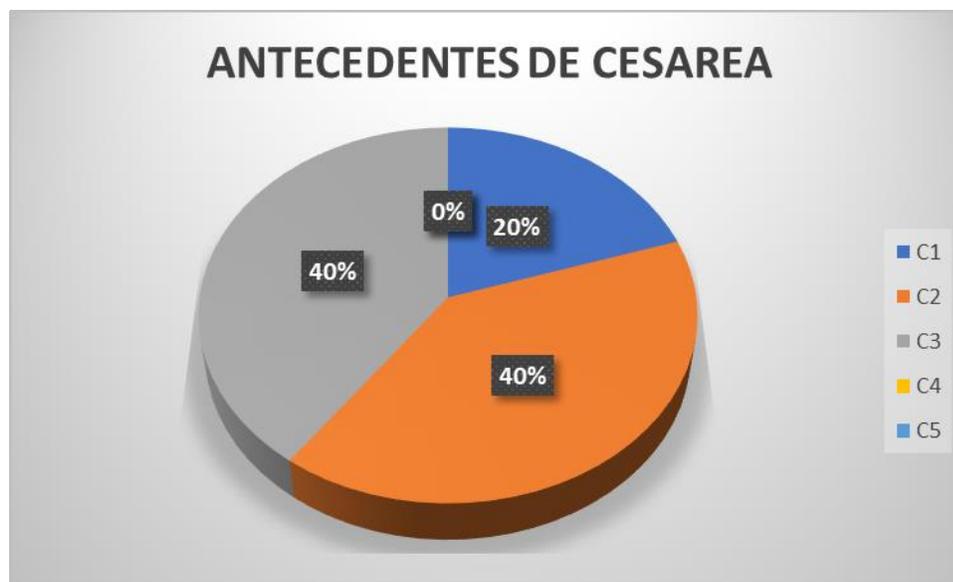
Antecedentes de Partos



Con respecto a los antecedentes de cesárea, se pudo observar que 1 paciente tuvo 1 cesárea, que 2 paciente tuvieron 2 cesárea, y 2 pacientes tuvieron 3 cesáreas, como se muestra en la figura 4.

Figura 4.

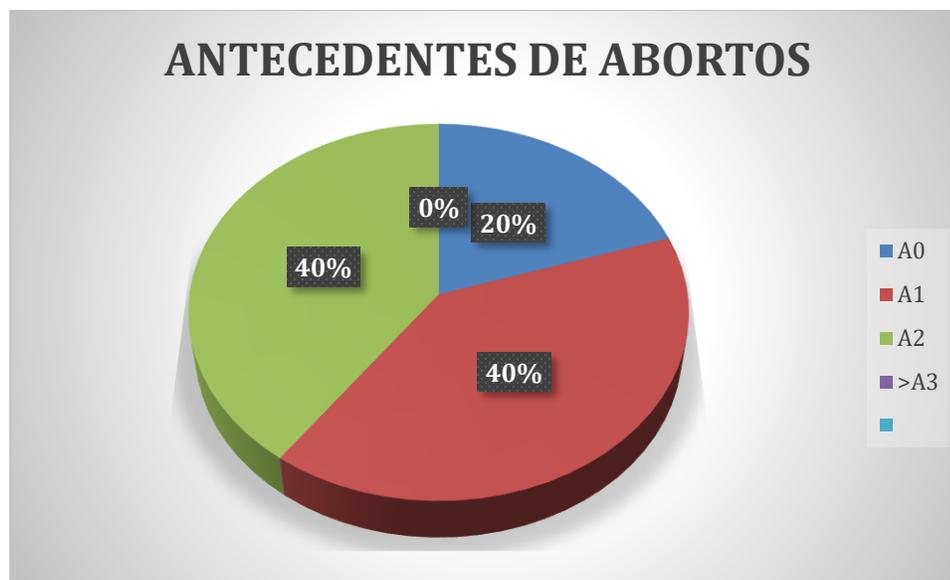
Antecedentes de Cesárea



Con respecto a los antecedentes de aborto, se pudo observar que 17 de las pacientes no tuvieron abortos previos, que 3 pacientes tuvieron 1 aborto, como se muestra en la figura 5.

Figura 5.

Antecedentes de Abortos

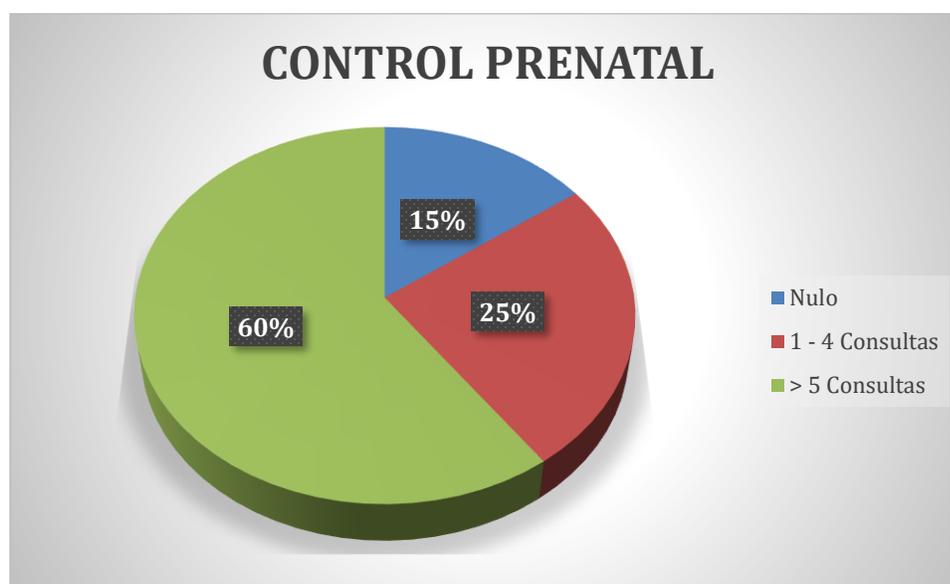


Se observó que, para la entidad de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo y la diabetes gestacional, no hubo casos diagnosticados en nuestra muestra objeto de análisis.

Se pudo observar que tres (3) pacientes no asistieron a control prenatal, mientras que cinco (5) pacientes tuvieron entre 1 a 4 consultas, y doce (12) pacientes tuvieron más de 5 consultas, de las cuales ocho (8) iniciaron control antes de las 12 semanas y, por último, doce (12) pacientes después de la semana 12, como se muestra en la figura 6.

Figura 6.

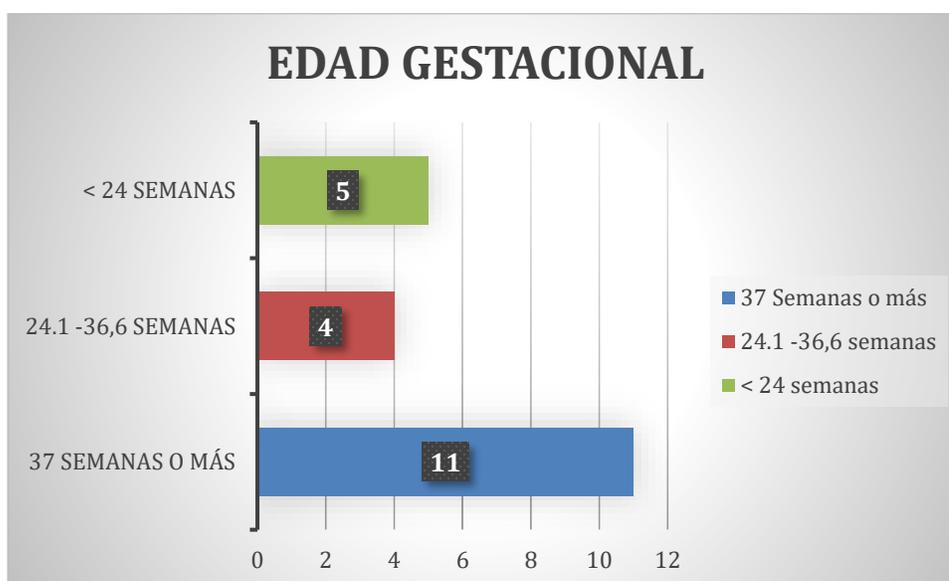
Control Prenatal



Se logro observar en los datos la edad gestacional, cinco (5) pacientes tenían un embarazo menor de 24 semanas, mientras que cuatro (4) pacientes tenían un embarazo entre 24,1 y 36,6 semanas, diez (10) pacientes tenían embarazos a término, y por último, un (1) paciente que fallece a los 5 meses posterior a su parto por causas indirectas, como se muestra en la figura 7.

Figura 7.

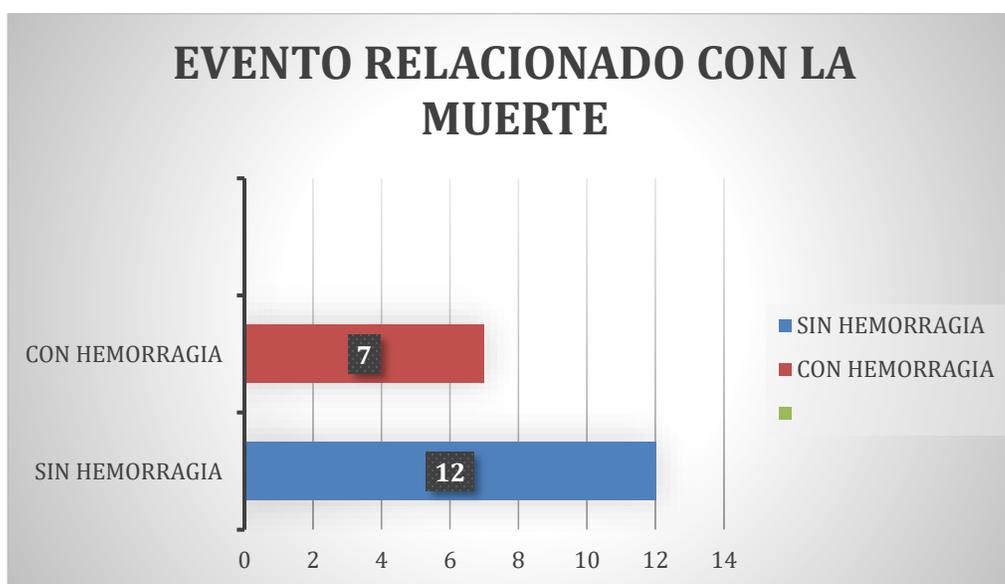
Edad Gestacional



Se observó que 5 pacientes tenían antecedente de cirugía uterina previa, las cuales su intervención fue por Cesárea, el evento obstétrico de 6 pacientes fue relacionado con un parto eutócico, 1 de un parto distócico, y 1 paciente no fue incluida porque su deceso se produjo 5 meses de su post parto por causas no obstétricas, como se muestra en la figura 8.

Figura 8.

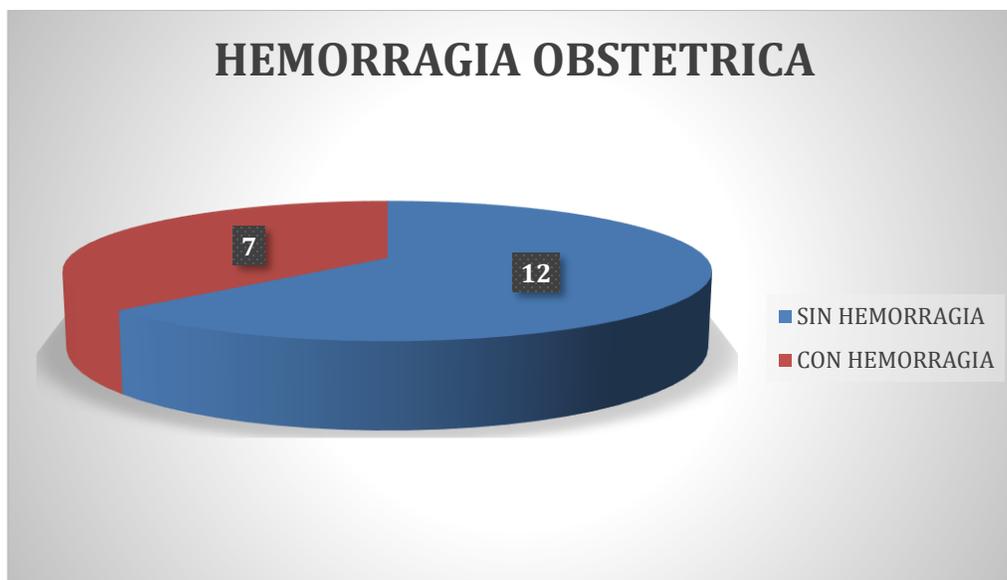
Evento Relacionado con la Muerte



Se identificó que siete (7) de las pacientes que hacen parte de la muestra analizada presentaron hemorragias obstétricas, como se muestra en la figura 9.

Figura 9.

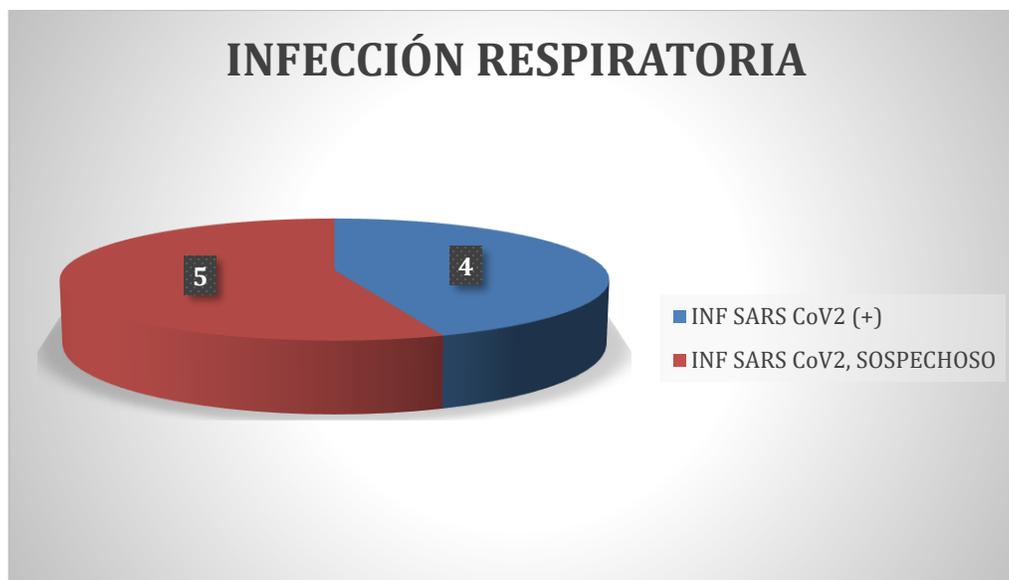
Hemorragia Obstétrica



Se identificó que 4 de las pacientes presentaron Covid-19 con virus identificado, y 5 tuvieron infección respiratoria sin patógeno identificado, pero con sospecha, como se muestra en la figura 10.

Figura 10.

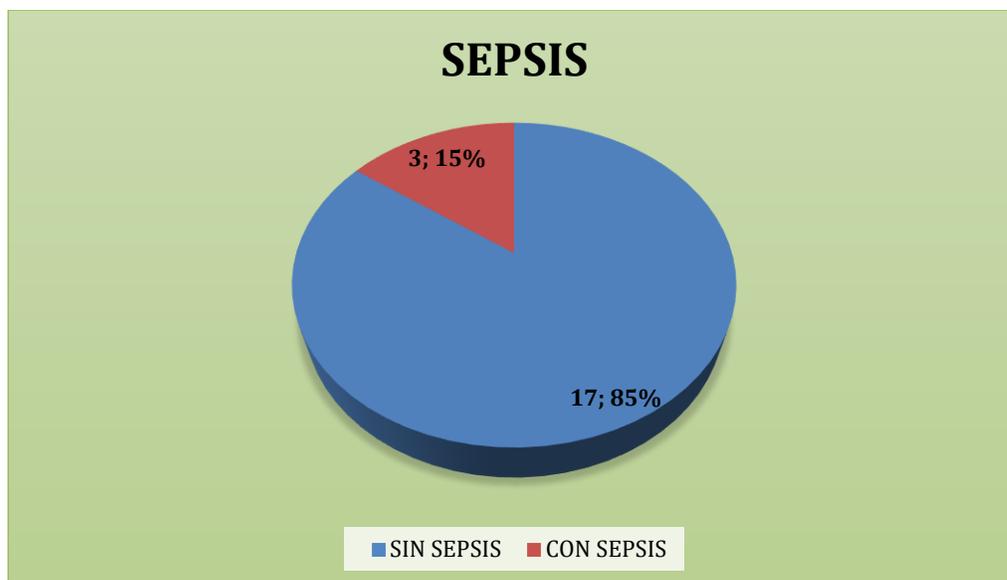
Infección Respiratoria



Se observó que, en la muestra de análisis, 3 pacientes fallecieron a causa de una sepsis desarrollada, tal como se muestra en la figura 11.

Figura 11.

Sepsis



Según los datos recolectados y analizados en la investigación, se identificó que el tiempo de permanencia en el domicilio de las pacientes desde el inicio de los síntomas hasta acudir al servicio de urgencias fue de menos de 60 minutos para un total de 11 mujeres, además un tiempo de espera entre 1 a 3 horas para un total de 5 mujeres y una espera de más de 6 horas para un total de 4 mujeres, tal como se muestra en la figura 12.

Figura 12.

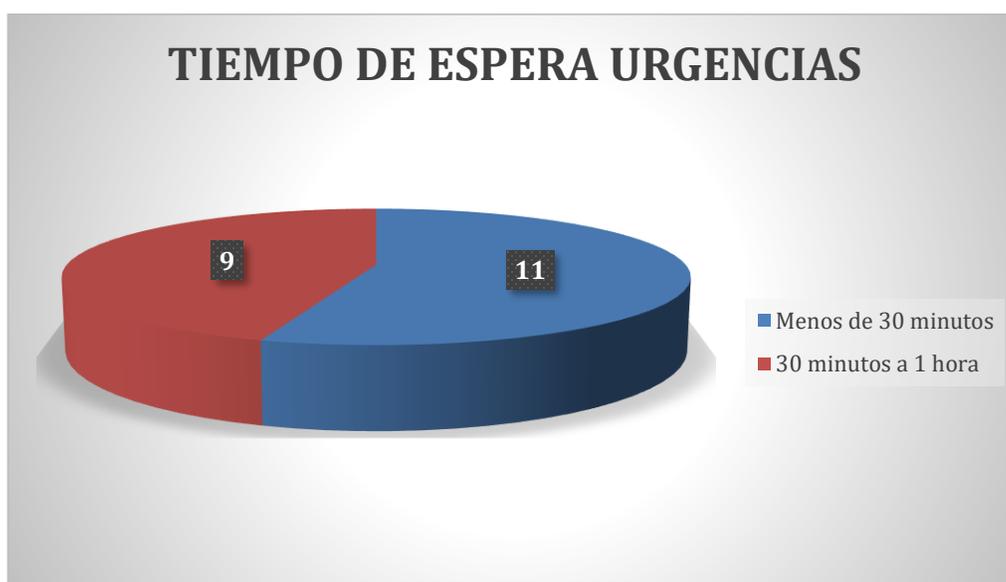
Tiempo de Espera en Domicilio



Según los datos recolectados y analizados se identificó que, once (11) pacientes esperaron menos de 30 minutos en la sala de urgencias antes de ser atendidas, y por último, los nueve (9) pacientes restantes esperaron entre 30 minutos a 1 hora, tal como se muestra en la figura 13.

Figura 13.

Tiempo de Espera en Urgencias



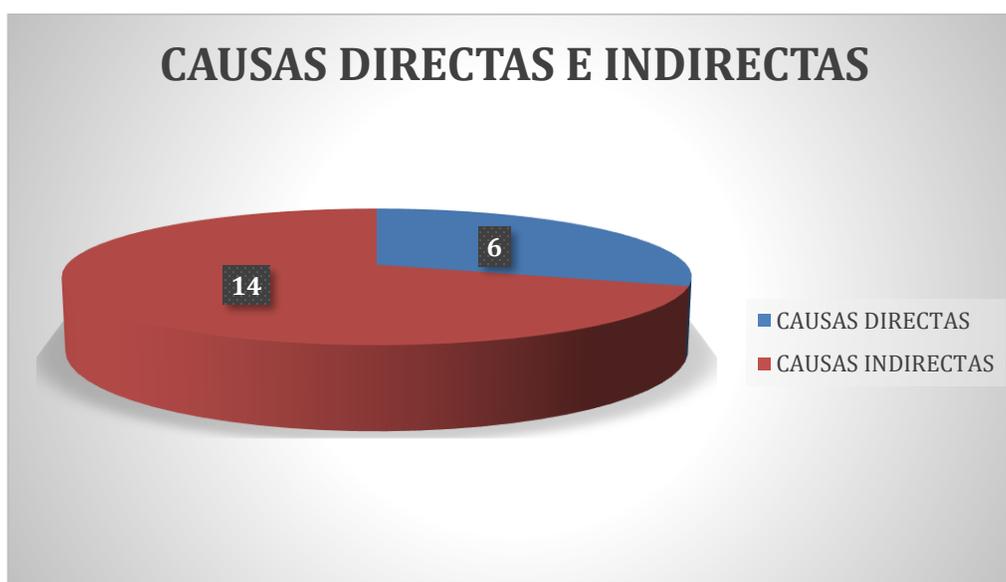
En lo concerniente al tiempo que transcurrió desde el ingreso hospitalario hasta el fallecimiento de la paciente, se identificó que en las primeras 6 horas de hospitalización hubo la muerte de 3 paciente, en las primeras 24 horas fallecieron 4 pacientes, y 13 pacientes entre 2 a 4 días de hospitalización

Con respecto a las causas de muerte se puede observar que la Covid-19 representó el 45% de las muertes maternas del periodo analizado, y otro 25% estuvo asociado a las causas de sepsis, en este sentido y al hacer un análisis de las causas indirectas o directas asociadas a la muerte materna en el periodo comprendido entre el 2019 al 2021 en el distrito de turbo tuvo una relación 70% indirectas, por un 30% de causas directas.

Se observó que 14 de las pacientes que fallecieron se consideró que fue por causas indirectas, es decir no asociadas al embarazo, parto o puerperio, y 6 pacientes fallecieron por causas directas asociadas a la maternidad, tal como se muestra en la figura 14.

Figura 14.

Causas Directas e Indirectas



6 Conclusiones

Según los datos analizados los principales factores riesgo asociados con la mortalidad materna en los años 2019 a 2021 en el Distrito de Turbo son los siguientes:

- i. Se considera que el aumento de la mortalidad materna en el presente año está asociado directamente con la pandemia Covid - 19 "Neumonía".
- ii. Como factor asociado se puede inferir que existe un mayor número de casos en la zona rural y rural dispersa, por condiciones geográficas, déficit de capacidad instalada para la prestación del servicio.

- iii. Insuficiente infraestructura en Salud, que garantice la atención integral de las complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, además de no contar con talento humano idóneo para afrontar las necesidades del servicio.

Según el análisis de los datos registrados en la epicrisis de los 20 fallecimientos, se identificaron las principales causas de mortalidad materna en el Distrito de Turbo durante el periodo analizado comprendido entre 2019 – 2021:

- i. Las causas están determinadas como Directas e Indirectas.
- Trastorno hipertensivo asociado al embarazo.
 - Hemorragia obstétrica.
 - Sepsis relacionada con el embarazo.
 - Evento tromboembólico como causa básica.
 - Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis.
 - Otras causas directas.
 - Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia.
 - Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico
- ii. En esta se resaltan las causas indirectas, donde se observa un incremento del doble de las directas, se toman las 5 más representativas.
- Otras causas indirectas: neumonía por COVID-19.
 - Otras causas indirectas.
 - Sepsis no obstétrica: neumonía.
 - Evento tromboembólico como causa básica.

Se Identificaron las acciones que permiten reducir la incidencia de la mortalidad materna en el Distrito de Turbo, según los datos analizados:

- Diseñar e implementar un modelo de atención extramural con enfoque diferencial que tenga acciones específicamente en la zona rural y ruralidad dispersa.
- Implementación de la RIA Materno Perinatal, con la disposición de un hogar de paso para mujeres gestantes a término o de alto riesgo, para garantizar su permanencia en la zona urbana.
- Vigilancia, y control a los eventos adversos con seguimiento y capacitaciones de las entidades, y acompañamiento a través de asistencia técnica por el ente departamental de salud.

7 Recomendaciones

- Socializar el Modelo Integral de Atención en Salud y la Implementación y elaboración de la RIA Materno Perinatal en el Distrito de Turbo.
- Realizar asistencia técnica en el Distrito de Turbo para la elaboración de la RIA Materno Perinatal y su implementación.
- Capacitación al talento humano en salud sobre la identificación de los signos y síntomas de riesgo para la Mortalidad Materna.
- Realizar acompañamiento y seguimiento a las EAPB en los cursos psicoprofilácticos, y socialización de factores de riesgo que generen alerta en la gestante para la consulta a las instituciones de salud.
- Realizar estudio de capacidad instalada con el propósito de fortalecer la red hospitalaria, con la construcción, mejoramiento o adecuación de puestos y centros de salud.
- Gestionar dotación de equipos biomédicos para los puestos y centros de salud de las zonas rurales.
- Implementar brigadas de salud especializadas en las zonas rurales del Distrito de Turbo.
- Implementar un programa de Telemedicina Ginecobstetricia para brindar apoyo en los casos urgentes a los médicos generales en las zonas apartadas.

- Realizar vigilancia y control a la aplicación de Guías de Práctica Clínica basada en la evidencia y los protocolos de atención para la gestante, parto y puerperio.
- Diseñar un modelo de vigilancia en salud pública comunitario, donde se capacite a líderes y lideresas de las zonas rurales en la identificación de factores de riesgo materno.
- Capacitar al personal que ejerce la partería en las zonas rurales, y proveerlas de kit de elementos para atención del parto seguro.
- Promover jornadas de vacunación en zonas rurales para toda la población con prioridad para las gestantes.

Referencias

Dirección de Epidemiología y Demografía. (2019). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia*. Bogotá:

Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado el 10 de Marzo de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>

Dirección de Epidemiología y Demografía. (2020). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia*.

Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado el

10 de Enero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (27 de Mayo de 2021). *Noticias de la UNFPA Colombia*.

Obtenido de Sitio Web Oficial de UNFPA Colombia: [https://colombia.unfpa.org/es/news/en-](https://colombia.unfpa.org/es/news/en-2020-se-produjeron-409-muertes-maternas-tempranas-en-colombia#:~:text=Bogot%C3%A1%2C%20mayo%2027%20de%202021,proyectadas%20para%20el%20mencionado%20a%C3%B1o)

[2020-se-produjeron-409-muertes-maternas-tempranas-en-](https://colombia.unfpa.org/es/news/en-2020-se-produjeron-409-muertes-maternas-tempranas-en-colombia#:~:text=Bogot%C3%A1%2C%20mayo%2027%20de%202021,proyectadas%20para%20el%20mencionado%20a%C3%B1o)

[colombia#:~:text=Bogot%C3%A1%2C%20mayo%2027%20de%202021,proyectadas%20para%20el%20mencionado%20a%C3%B1o](https://colombia.unfpa.org/es/news/en-2020-se-produjeron-409-muertes-maternas-tempranas-en-colombia#:~:text=Bogot%C3%A1%2C%20mayo%2027%20de%202021,proyectadas%20para%20el%20mencionado%20a%C3%B1o)

Hernandez, J. J., & Gómez, V. A. (2019). *Análisis del comportamiento de la mortalidad materna y los*

factores relacionados en el departamento del Atlántico en el año 2017. Bogotá: Publicaciones

Universidad del Rosario. Recuperado el 21 de Enero de 2022, de

[https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19398/HernandezJaimes-](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19398/HernandezJaimes-JessicaJojana-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[JessicaJojana-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19398/HernandezJaimes-JessicaJojana-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Herrera M., M. (2003). Mortalidad Materna en el Mundo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*,

68(6), 536-543. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600015>

Instituto Nacional de Salud. (29 de Diciembre de 2020). *Informe Mortalidad Materna*. Recuperado el 20 de Febrero de 2022, de Sitio Web del INS: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20materna.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2021). *Boletín Epidemiológico Semanal*. Boletín semanal, Bogotá. Recuperado el 6 de Marzo de 2022, de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_53.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2006). *Decreto 3518 de 2006*. Bogotá. Recuperado el 10 de Febrero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/decreto-3518-de-2006.pdf>

Ministerio de Protección Social. (2 de Noviembre de 2011). *Documentos de la Presidencia de la Republica*. Recuperado el 14 de Marzo de 2022, de Sitio Web Oficial Presidencia de la Republica: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44615#:~:text=Definir%20y%20reglamentar%20los%20sistemas,de%20Hacienda%20y%20Cr%C3%A9dito%20P%C3%BAblico>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública Colombia*. Minsalud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado el 10 de Febrero de 2022, de chrome-extension://efaidnhttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/IMP_4feb+ABCminsulud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Junio de 2016). *Documentos del Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 12 de Marzo de 2022, de Sitio Web Oficial del Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no_2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Análisis de la situación de salud Turbo*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado el 14 de Febrero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-turbo-20>

Naciones Unidas. (2000). *Resolución Aprobada por la Asamblea General*. Informe. Recuperado el 10 de Marzo de 2022, de

[//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf)

Nieto Morales, C., Vásquez Fernández, M. J., & Nieto Cabrera, M. E. (2020). *El Trabajo de la Mujer en el Siglo XXI* (Primera ed.). Madrid, España: Dykinson. Recuperado el 3 de Mayo de 2022, de

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminuto-ebooks/detail.action?docID=6484077>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Documentos de OPS*. Recuperado el 16 de Marzo de 2022, de Sitio Web Oficial de la Organización Panamericana de la Salud:

[//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM)*. Madrid: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 10 de Marzo de 2022, de

[//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Taber's Cyclopedic Medical Dictionary. (10 de Febrero de 2022). *Definiciones del diccionario*. Recuperado el 10 de Enero de 2022, de Sitio Web TCMD:

<https://www.tabers.com/tabersonline/view/Tabers->

[Dictionary/729000/all/Taber's_Cyclopedic_Medical_Dictionary](https://www.tabers.com/tabersonline/view/Tabers-Dictionary/729000/all/Taber's_Cyclopedic_Medical_Dictionary)

Tobón, S., Amaya, Y., Gil, S., Herrera, C., & Vanegas, M. (2021). *Efectos indirectos del Covid-19 sobre la población materna e infantil en Antioquia y Colombia*. Universidad EAFIT. Medellín:

Publicaciones Universidad EAFIT. Recuperado el 25 de Febrero de 2022, de
https://ninezya.org/wp-content/uploads/2021/04/EAFIT-EFECTOS-INDIRECTOS-COVID-19-SOBRE-LA-POBLACION-MATERNA-E-INFANTIL_sc-2021.pdf

Villa Romero, A., Moreno Altamirano, L., & García de la Torre, G. (2011). *Epidemiología y Estadística en Salud Pública*. México DF, México: Mc Graw Hill. Recuperado el 10 de Enero de 2022

World Health Organisation. (2015). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*. World Health Organisation. Recuperado el 12 de Enero de 2022, de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193994/1/WHO_RHR_15.23_eng.pdf

Anexos

Anexo A. Matriz de datos estadísticos mortalidad materna 2019 - 2021



Matriz_Datos_Estadis
ticos_MM_2019_A_20

Fuente: Secretaria de Salud del Distrito de Turbo (2021)

Nota: este es un documento externo que se utilizó como base para el análisis de datos, sobre la mortalidad materna en el Distrito de Turbo.

Anexo B. Análisis de datos de mortalidad materna en el Distrito de Turbo



Analisis_Datos_MM_
Uraba_2021.xlsx

Nota: este documento muestra los análisis estadísticos realizados, sobre los datos de mortalidad materna recolectados sobre el Distrito de Turbo.

Anexo C. Propuesta de intervención de factores de riesgo



Propuesta de
Intervención_Factores

Nota: este documento muestra una propuesta de intervención para los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el distrito de Turbo.