ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN MUJERES GESTANTES DEL PACIFICO COLOMBIANO 2010 -2015

PRENATAL CARE AND EXTREME MATERNAL MORBIDITY IN PREGNANT WOMEN IN THE COLOMBIAN PACIFIC 2010-2015

Gina L. Rendón Riascos
https://orcid.org/0009-0007-2900-336X
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Ana M. Velasco Muñoz
https://orcid.org/0009-0007-9230-1933
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

RESUMEN: **Objetivos:** Analizar la relación entre la atención prenatal y la morbilidad materna extrema (MME) en la población de mujeres de la región Pacífico Colombiana entre 2010 – 2015. **Método:** Estudio cuantitativo observacional con un diseño transversal analítico a través del uso de un modelo de Regresión Logístico Multivariado. Se utilizó fuente de información secundaria, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2015), donde se obtuvo una muestra de 9.976 mujeres gestantes, de 13 a 49 años provenientes de hogares urbanos y rurales de los diferentes estratos socioeconómicos. **Resultados:** Se encontró que el nivel educativo profesional (OR: 0.618. 95%CI 0.497 – 0.769), no haber faltado control prenatal (OR. 0.618. 95%CI 0.497 – 0.769) y haber recibido atención y monitoreo en hospitalización durante el embarazo (OR: 0,065. 95%CI 0.051-0.083), disminuyeron significativamente la oportunidad de MME ($p<0.001$). La edad avanzada, es decir las maternas mayores a 35 años (OR: 1.577. 95%CI 1.247- 1.993), iniciar el control prenatal posterior a los tres meses de gestación (OR: 1.650. 95% CI1.066-2.561) y un parto no institucional (OR: 2.250. 95%CI 1.873 -2.718), incrementa la oportunidad de MME todos significativos a un nivel de $p<0.01$. **Conclusiones:** Existen factores que aumentan la oportunidad de aparición de MME como son el quintil de riqueza bajo, un nivel educativo bajo, además de una edad avanzada al momento de la gestación. Es importante avanzar en el manejo de las inequidades en salud materna a partir de la intervención de determinantes en salud, evitando la mortalidad y morbilidad materna.

Palabras claves: salud materna; atención prenatal; mortalidad materna; factores sociodemográficos; salud pública.

INTRODUCCIÓN

La atención de la salud materna es un tema de importancia en salud pública, ya que no solo está medida por el desenlace positivo de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, sino que además tiene en cuenta todos los factores que intervienen para lograr este estado de bienestar. [1]

Se requiere de sinergias entre diferentes sectores que permita brindar una atención de calidad y oportunidad procurando una maternidad exitosa y previniendo eventos fatales como la mortalidad materna (MM) y la morbilidad materna extrema (MME).

La mortalidad materna es un evento fatal que pone en manifiesto las inequidades sociales, ya que se considera que más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.[2] Este es un evento trazador de calidad de la atención obstétrica, visibiliza los problemas de los sistemas de salud y en la atención de la materna, las dificultades en el acceso y oportunidades [3,4] ya que la mayoría de las muertes se dan por complicaciones que aparecen durante el embarazo, y son, en su mayoría, prevenibles o tratables.[3]

Es por esto que a nivel mundial la mortalidad materna es un tema de importancia en la agenda de salud pública y se ha establecido una meta para su manejo en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, objetivo 5- Mejorar la salud materna [5]; sin embargo, al documentar los datos emitidos por el Banco Mundial en el año 2020, los países de ingresos bajos presentaron una tasa de 409 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, respecto los países de ingreso mediano que reportaron una tasa de 192 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Ahora bien, en países de ingresos altos reportaron una tasa de 12 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos.[6] Este análisis epidemiológico evidencia factores relacionados con el contexto, los ingresos y el desarrollo social que determinan la calidad de atención y la ocurrencia de este evento.

Por esta razón, se han implementado estrategias como los programas de promoción y prevención de la salud materna, detección temprana, reporte de casos, entre otros;

tendientes a la reducción de la mortalidad materna. La principal estrategia adoptada en Colombia es el seguimiento, detección y control de la Morbilidad Materna Extrema (MME) como evento de notificación obligatoria, ya que es un evento trazador y anticipatorio que permite conocer cuáles son los factores que más se relacionan y que conllevaron a la ocurrencia de las muertes.[7,8] Esta vigilancia inició de forma piloto entre 2007- 2008 con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), posteriormente el evento se introdujo el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en 2012. [9,10.]

Entre los objetivos del reporte del evento, está establecer responsabilidades por niveles, recolectar y analizar la información para activar mecanismos de respuesta inmediata y orientar acciones para mejorar la calidad de atención obstétrica buscando la disminución de la morbilidad, las discapacidades evitables y la mortalidad materna y perinatal en el territorio nacional. [10,11]

La morbilidad materna extrema (MME) es considerada una complicación obstétrica severa que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio, donde una mujer casi muere y requiere una intervención médica urgente. De acuerdo con la OMS, este evento es la máxima expresión de injusticia social, ya que, al ser detectable y evitable, pone en manifiesto el mal accionar del sistema de salud y refleja las desigualdades e inequidades sociales y sanitarias de las mujeres embarazadas, teniendo un mayor impacto en los países en vía de desarrollo.[4]

En Colombia en los últimos años los casos notificados de mujeres que sufrieron morbilidad materna extrema siguen en aumento, según los datos del Sistema de vigilancia (SIVIGILA) la razón de MME para el año 2012, en el cual inició la notificación fue de 6.9 casos por cada mil nacidos vivos, para el año 2013 hubo una razón de MME de 12,9 por mil nacidos vivos, Este reporte fue creciente en los próximos años, mostrando una el año 2017 una razón de 35.4 por mil nacidos vivos. Para el año 2020 la razón de MME fue 40.1 por mil nacidos vivos. Con corte a la semana epidemiológica 30 de 2023, último boletín que tuvo como tema central la MME se notificó una razón de 52.8 por mil nacidos vivos.[12]

Según las principales características clínicas de las gestantes que presentaron MME , estas pueden ser diagnosticadas e intervenidas a tiempo y en su mayoría son evitables[12], por lo que es de vital importancia crear e implementar acciones efectivas para el cuidado de salud

materna, para evitar eventos fatales como la mortalidad materna por medio del control de la morbilidad materna extrema.

Una de las acciones efectivas y que por excelencia permite el cuidado de la salud de las maternas es el control prenatal, ya que posibilita el éxito, cumplimiento, continuidad y seguimiento de las gestantes y su hijo, además al ser brindado de manera efectiva, contribuye en la reducción de la morbilidad materna extrema. .[7]

El control prenatal es definido por la Organización Panamericana de Salud como: "el conjunto de actividades que se realizan en la embarazada con la finalidad de obtener el mejor estado de salud de ella y su hijo" [13,14] Esta actividad debe tener características de calidad técnica, oportunidad y suficiencia en todos los aspectos del cuidado materno.[14,15]

A pesar de la importancia y necesidad de este, la vigilancia del evento nos muestra que aún existe un número representativo de mujeres que no recibe atención por medio del control prenatal, o casos en los cuales este es insuficiente, tardío o de difícil acceso. [16]

Investigaciones demostraron que el incumplimiento de las gestantes a los controles prenatales está directamente relacionado con la probabilidad de tener complicaciones durante el embarazo y con los casos de morbilidad materna extrema. [17,18]

Ahora bien, el uso de la atención prenatal está determinado por múltiples factores como la edad, la ocupación, el ingreso mensual, el nivel de conocimiento, la educación en salud, el apoyo de la pareja y si el embarazo fue planeado o no y se asocian significativamente con el inicio tardío de los controles prenatales. [19,20]

Sin embargo, variables como el estado ocupacional, el costo del transporte, el conocimiento sobre los controles y el acceso a la salud, incluyendo la demora en el trámite, genera efecto sobre el momento inicial adecuado de la atención prenatal y el total de visitas que realice la materna. [20,21]

Lo que pone en manifiesto que la MME es el resultado no solo de complicaciones a nivel orgánico sino también de las inequidades y mal accionar del Estado.[22,23.]

La región del Pacífico colombiano, lugar de análisis de este estudio, se caracteriza por su riqueza natural, biodiversidad y cultura, contrastada con desigualdades e inequidades

evidenciadas en altos índices de pobreza, que ha sido consistentemente más alta que la del promedio nacional. En el 2023 el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional en Colombia fue 12,1%, en cambio el porcentaje de incidencia de pobreza multidimensional en la Región Pacífico (exceptuando Valle del Cauca) fue superior con 19,4%.[24]

El desempleo también es un factor importante, según datos del DANE 2023, la tasa de desocupación en el segundo semestre de 2023 en la región fue 9,5%[25] ,esto limita gravemente el desarrollo económico, el poder adquisitivo y las condiciones en salud. Ahora bien, el nivel educativo de la región es inferior en comparación al agregado nacional en términos de cobertura educativa y años de educación alcanzados.[26]

Teniendo en cuenta que hay habitantes en zonas rurales lejanas donde la población es dispersa y el servicio de salud más cercano se encuentra a horas de su lugar de residencia y la única conexión es por medio del transporte fluvial que puede tardar horas, la accesibilidad es limitada y muchas de estas gestantes no asisten a los controles prenatales, la atención y preparación en su gestación y en el parto es limitada o deficiente y quedan expuestas a diferentes factores de riesgo no previstos como lo son partos prematuros, bajo peso al nacer, posibles complicaciones y graves consecuencias como diferentes enfermedades ligadas a estos que pueden llegar a causar la muerte tanto de la madre como del recién nacido.[27,28]

Las cifras de mujeres que presentaron MME en algunas de las entidades territoriales de esta región, de acuerdo al dato preliminar con corte a período epidemiológico VII de 2023 están por encima a la razón nacional que fue de 58,2 casos por cada 1000 nacidos vivos, por ejemplo Nariño 72,5 por cada 1000 nacidos vivos ; Valle del Cauca 77,3 por cada 1000 nacidos vivos; Cauca 63,7 por cada 1000 nacidos vivos, lo que pone en manifiesto las desigualdades e inequidades en salud.[12]

Por lo anterior, la evidencia demuestra que en la región Pacifico colombiana las gestantes presentan factores como la educación, la edad, ingresos económicos, el empleo, el acceso a los servicios de salud, que son inequitativos y se relacionan con la falta de atención prenatal.

MATERIALES Y MÉTODO

Se diseñó un ejercicio cuantitativo con un diseño transversal analítico, donde se utilizó una fuente de información secundaria, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2015)[29], de la cual se extrajo la información necesaria para analizar la atención prenatal recibida por las gestantes de la región Pacifico, los datos sociodemográficos y su relación con la ocurrencia del evento MME.

La muestra del estudio, se escogio por medio de la muestra maestra, configurada en función de los requerimientos del conjunto de estudios poblacionales en salud, es probalistica, de conglomerados, estratificada y polietápica, a partir de ellas se podrán seleccionar las submuestras probalisticas requeridas por los diferentes estudios.[29] La muestra tomada para esta investigación, para el análisis de los datos fue de 9.976 mujeres gestantes de la región Pacifico, entre 13 a 49 años provenientes hogares urbanos y rurales de los diferentes estratos socioeconómicos.

La variable respuesta de estudio (MME) se creó a partir de los criterios de inclusión diligenciados en la encuesta, es decir, se extrajo de la encuesta las preguntas relacionadas con los criterios de inclusión de MME[4], ya definidos y que hacen parte de la ficha de notificación, se tomaron como caso positivo las mujeres gestantes que presentarán al menos uno de los criterios de inclusión. (Tabla 1)

Tabla 1. Criterios de inclusión de morbilidad materna extrema, Colombia, 2017.

Criterio	
Relacionado con disfunción Orgánica	Falla cardiovascular
	Falla renal
	Falla hepática
	Falla cerebral
	Falla respiratoria
	Falla de coagulación/ hematológica
Relacionado con enfermedad	Eclampsia
	Pre-eclampsia severa
	Sepsis o infección sistémica severa
	Hemorragia obstétrica severa
	Ruptura uterina
Relacionado con manejo	Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia

Fuente: Ministerio de la Protección Social, UNFPA, 2010

Los factores sociodemográficos que se tomaron para el estudio fueron: quintil de riqueza, que se agrupó y tomó valores de uno a tres, siendo (estrato 1-2: Más bajo y bajo; estrato 2: Medio y estrato 3-4: Alto y más alto), los grupos quinquenales de edad de la madre, que toma las siguientes categorías: (17 años o menos, 17-24 años; 24- 35 años y mayor de 35 años). El nivel educativo más alto alcanzado por la madre se dividió en las siguientes categorías: (Ninguno o preescolar, básica primaria, educación media y educación profesional).

Respecto a las variables de atención prenatal se tuvo en cuenta: meses de embarazo al primer control; persona que realizó el control; información recibida sobre complicaciones físicas del embarazo; lugar del parto; hospitalizaciones durante el embarazo; razón de hospitalización durante el embarazo y si faltó o no control prenatal.

Se hizo un análisis bivariado entre los factores considerados y la MME usando pruebas estadísticas como la prueba Chi2 y el cálculo del OR asociado con su intervalo de confianza del 95 % (IC95%).

Finalmente, se estimó un modelo de regresión logística multivariado con las variables: grupos de edad, hospitalización durante el embarazo, nivel educativo y lugar del parto, ya que estas fueron considerados los factores que mostraron relación estadísticamente significativa desde el análisis univariado, para obtener los OR ajustados por todas estas variables, permitiendo identificar su relación con el evento de interés, con niveles de significancia de $p < 0,05$.

La calidad de la información disponible de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, se revisó mediante Microsoft Excel 365 (¿Qué se encontró sobre la calidad de la información?) y para el análisis estadístico se utilizó el Software IBM SPSS Statistics ver. 25.

RESULTADOS

Para esta investigación se analizaron los datos de la ENDS 2015, obteniendo datos de 9.976 mujeres gestantes de la región Pacifico, de 13 a 49 años provenientes hogares urbanos y rurales de los diferentes estratos socioeconómicos. Analizando los factores sociodemográficos, el 64% de las mujeres pertenecen al quintil de riqueza Más bajo/bajo.

El 47% de las gestantes de la muestra pertenecen al grupo quinquenal de 24 a 35 años y el nivel educativo más común entre las gestantes fue la educación media con el 50.5%.

Al caracterizar la atención prenatal que recibieron las gestantes del estudio, los datos muestran que al 96% de las gestantes asistieron al control prenatal y de estas el 91% de las gestantes fueron atendidas por un médico en el control prenatal y el 66.7% de las gestantes recibieron información sobre las complicaciones físicas del embarazo, entre otros datos relevantes para la gestación. El 94% de los nacimientos que se reportaron en el periodo de estudio fueron en instituciones de salud. (Tabla 2)

Tabla N° 2: Análisis Univariado: caracterización factores sociodemgraficos y atención prenatal / Análisis Bivariado: Factores asociados a la falta de CP/ MME

Factores asociados a la Falta de Control Prenatal		MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME_ gen)				[95%_Conf Interval]	
		SI	NO	p	OR - Exp (B)	Inferior	Superior
Quintil de riqueza - QUINTIL	Más bajo y bajo	3183 (49.8%)	3205 (50.2%)				
	Medio	958 (50%)	959 (50%)	0.270	0,994	0.898	1.101
	Alto y más alto	797(47.7%)	874 (52.3%)		1.089	0,978	1.213
Grupos edad REC - Q104 R-2	De 17 años o menos	201(56.1%)	157(43.9%)				
	Entre 17- 24 años	1857(52.9%)	1655(47.1%)	0.000	1.141	0.917	1.420
	Entre 24 a 35 años	2267(47.8%)	2461(52.2%)		1.395	1.124	1.733
	Mayor 35 años	613(44.8%)	755(55.2%)		1.577	1.247	1.993
Nivel educativo más alto alcanzado Q106AR	Niguno o preescolar	99(40.4%)	146(59.6%)				
	Básica primaria	853(45.1%)	1037(54.9%)	0.000	0.824	0.629	1.081
	Educación media	2544(50.4%)	2503(49.6%)		0.667	0.514	0,866
	Educación profesional	1442(51.6%)	1352 (48.4%)		0.636	0.487	0.829
Meses de embarazo actual al primer control Q236	Dos primeros meses de gestación	87 (50.3%)	86 (49.7%)	0.025			
	Despúes del tercer mes de gestación	60 (38.0%)	98 (62.0%)		1,650	1,066	2,561
Persona que realizó el control prenatal: Médico (a) Q407A	SI	4554 (50.1%)	4539 (49.9%)	´0.000			
	NO	384 (45.3%)	499 (56.5%)		1,304	1,134	1,499
Persona que realizó el control prenatal: No tuvo control Q407Y	SI faltó control prenatal	135 (38.1%)	219 (61.9%)	´0.000			
	No faltó control prenatal	4803 (49.9%)	4819 (50.1%)		0.618	0,497	0,769
Informaron sobre complicaciones físicas del embarazo Q414A	SI	3935 (50.2%)	3909 (49.8%)	0,051			
	NO	860 (47.6%)	946 (52.4%)		1,100	1,000	1,227
Razón hospitalización durante embarazo: Problemas con el bebé Q438H	SI	88 (62.0%)	54 (38.0%)	´0.000			
	NO	2150 (86.2%)	345 (13.8%)		0,261	0,183	0,374
Lugar del parto Q439	Parto institucional	4769 (50.6%)	4665 (49.4%)	´0.000			
	Otro lugar	169 (31.3%)	373 (68.8%)		2,256	1,873	2,718
Persona que atendió el parto: Comadrona/partera Q443D	SI	65 (20.3%)	255 (79.7%)	´0.000			
	NO	5192 (45.4%)	6254 (54.6%)		0,307	0,233	0,404
Hospitalización durante embarazo Q437	No estuvo hospitalizada	2700 (36.8%)	4639 (63.2%)				
	Durante una semana	1593 (83.0%)	327 (17.0%)	´0.000	0,119	0,105	0,136
	Hospitalización mayor a 1 semana	645 (90.0%)	72 (10%)		0,065	0,051	0,083

Fuente: Creación propia

Ahora bien, al realizar el modelo de regresión logística multivariado con estos resultados, se obtuvo que, por todas las variables utilizadas en este modelo, el nivel educativo más alto es decir profesional (OR: 0.636. 95%CI 0.487 – 0.829), asistir a control prenatal (OR: 0.618. 95%CI 0.497 – 0.769) y haber recibido atención y monitoreo por medio de la

hospitalización durante el embarazo (OR: 0.26. 95% CI 0.051 – 0.083), disminuyeron significativamente la oportunidad de MME (p<0.001)..

Por otro lado, tener una edad avanzada, es decir las maternas mayores de 35 años (OR: 1.577. 95%CI 1.247- 1.993), iniciar el control prenatal posterior a los primeros tres meses de gestación (OR: 1.650. 95% CI 1.066- 2.561) y tener un parto no institucional (OR: 2.250. 95%CI 1.873 -2.718), incrementa la oportunidad de MME. Todos significativos a un nivel de p<0.01. (Tabla 2)

Finalmente, con el modelo de regresión logística multivariado se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables: Grupos quinquenales de edad, hospitalización durante del embarazo y lugar del parto. Evidenciando que, al aumentar la edad, también aumenta la oportunidad de sufrir de MME en un 49% (OR 1.493) 95%IC (1.150 – 1.939), demostrando que la edad es un factor que puede influir en la ocurrencia del evento de MME. Así mismo, se encontró que el tener un parto institucional se puede asociar como un factor que incrementa la oportunidad de la ocurrencia del evento (OR: 1.568) 95%IC (1.278 - 1.939), ya que al estar la materna en una institución de salud monitorizada se logra la detección de riesgos, el diagnóstico, control y/o tratamiento oportuno, además del reporte in situ, evitando la mortalidad materna.[31]

Por último, el modelo indica que una mayor estancia hospitalaria se convierte en un factor protector, es decir, reduce la oportunidad de MME en un 94% (OR: 0.066) 95%IC (0.052 - 0.085).

Tabla 3: Modelo de regresión logístico Multivariado

Variable independiente		Morbilidad Materna Extrema			
		p	OR	[95%_Conf Interval] OR Inf	Sup
Grupos de edad REC - Q104 R	De 17 años o menos	*REF*	1		
	Entre 17- 24 años	0,214	1,166	0,915	1,486
	Entre 24 a 35 años	0,009	1,381	1,085	1,757
	Mayor 35 años	0,003	1,493	1,150	1,939
Hospitalización durante embarazo Q437	No estuvo hospitalizada	*REF*	1		
	Durante una semana	0,000	0,123	0,108	0,140
	Hospitalización mayor a 1 semana	0,000	0,067	0,052	0,085
Nivel educativo más alto alcanzado Q106AR	Niguno o preescolar	*REF*	1		
	Básica primaria	0,428	1,127	0,838	1,515
	Educación media	0,480	1,111	0,830	1,488
	Educación profesional	0,610	1,080	0,802	1,455
Lugar del parto Q439	Parto institucional	*REF*	1		
	Otro lugar	0,000	1,578	1,287	1,937

*** REF - Categoría de referencia**

Fuente: Creación propia

DISCUSIÓN

A pesar de los avances en la salud materno perinatal, las estadísticas relacionadas con la mortalidad y morbilidad materna no han mostrado cambios significativos y siguen siendo motivo de preocupación.

En Colombia las cifras de mortalidad y morbilidad materna extrema presentaron un aumento desde el 2012 hasta lo reportado en el 2022, según datos de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, durante el 2012, se presentaron 65,89 muertes maternas por cada 100.000 NV y a pesar de disminuir esta razón hasta el año 2018, a partir del 2019 se inició un nuevo incremento hasta el año 2021, en el año 2021 hubo una disminución significativa a 48,46, que podría relacionarse con los inconvenientes en el reporte debido a la pandemia por COVID 19. [33]

Según el ASIS Colombia 2023, entre el 2012 y el 2021, en Colombia se presentó una disminución de 3,24 puntos porcentuales de los nacidos vivos con cuatro o más consultas de CPN al mismo tiempo se identifica un incremento de 0,87 p.p. en el porcentaje de

nacidos vivos con bajo peso al nacer, en el mismo periodo de tiempo. Lo que demuestra la necesidad de seguir fortaleciendo la realización de las consultas de control prenatal. [34]

Investigaciones demostraron que la designación de la edad materna avanzada (EMA) a partir de los 35 años se debe asociar con un aumento en la monitorización prenatal y con la toma de decisiones clínicas y puede tener importantes beneficios en la reducción de los índices de MM al asociarla con el aumento del número de controles.[30]

Datos que se contrastan con los resultados del presente estudio donde el 96% de las gestantes de la muestra asistieron al control prenatal, sin embargo, el comportamiento al alza del evento persiste.

Investigaciones realizadas a nivel mundial y en América Latina han destacado la importancia de la atención prenatal en la reducción del riesgo de resultados maternos y neonatales adversos. Se estima que dos de cada tres resultados neonatales adversos son evitables con medidas eficaces en la atención de la gestante, durante el parto y la primera semana de vida. [35]

Estudios anteriores demostraron la estrecha relación entre la atención prenatal y la prevención de afecciones determinantes en el binomio madre e hijo como las infecciones, eclampsia, preclampsia, hemorragia y falla o disfunción orgánica. [17,]

Al profundizar en este análisis se encuentra que el 66.7% de las gestantes recibieron información sobre las complicaciones físicas del embarazo, entre otros datos relevantes para la gestación, hecho que genera preocupación debido a que la calidad del CPN indica que el 100% de las maternas que recibieron el control debieron haber recibido la información suficiente como una herramienta de educación para prever, minimizar, detectar y controlar riesgos obstétricos y maternoperinatales.

La mayor proporción de muertes neonatales se registran en el periodo gestacional final, en el país los lugares con los reportes más altos en muertes perinatales y neonatales comparten las tasas más altas de mortalidad y morbilidad materna. [36]

Estos hallazgos sugieren que las mujeres que recibieron atención prenatal inadecuada y tenían al menos uno de los criterios de MME, tuvieron mayor riesgo de MME que las que tuvieron atención prenatal adecuada y ninguna comorbilidad materna.

Aguado Quintero, Girón Cruz y Osorio Mejía et al. demostraron que la probabilidad que una mujer de la región pacifica colombiana que no tenga educación utilice los servicios de atención prenatal calificada y asistencia posparto, disminuye en 33 % y 24% respectivamente frente a una que alcance educación secundaria.[37]
Así mismo, refirieron que la probabilidad de usar atención prenatal cualificada y parto institucional de las madres esta región se incrementa en 13 % y 28 % si residen en áreas urbanas, y la probabilidad de tener parto institucional y atención posparto se incrementa en 14 % y 7 % si las madres tienen una mejor condición económica.

Por último, la probabilidad de atención prenatal calificada y asistencia posparto, se incrementa en 9% si en la zona donde reside la madre existe una mayor disponibilidad de servicios de salud de carácter privado.[37]

Por su parte el modelo de regresión logística multivariado de la presente investigación demostró que el nivel educativo más alto, es decir profesional, asistir a control prenatal y haber recibido atención y monitoreo por medio de la hospitalización durante el embarazo, disminuyeron significativamente la oportunidad de MME ($p<0.001$) con valores de OR: 0.636. 95%CI (0.487 – 0.829); 0.618. 95%CI (0.497 – 0.769), y 0.26. 95% CI (0.051 – 0.083) respectivamente.

Así mismo, las madres que tuvieron un parto en casa y no tuvieron controles prenatales en la calidad, suficiencia, cantidad y oportunidad adecuada tuvieron más oportunidad de padecer MME; muchas de ellas, accedieron a los servicios de forma inoportuna con resultados desfavorables para su salud y la de su hijo. Probablemente muchas de estas mujeres de la región pacifico colombiana tienen un alto índice de pobreza, necesidades básicas insatisfechas, un nivel educativo bajo y un contexto socioeconómico que las expone a importantes barreras en el acceso a los servicios de salud.

Teniendo en cuenta que hay maternas en zonas rurales dispersas con servicio de salud limitado a horas de su lugar de residencia y la única conexión es por medio del transporte fluvial que puede tardar horas, la accesibilidad se ve comprometida y muchas de estas gestantes no asisten a los controles prenatales, aumentando la exposición a factores de riesgo, que aumentan la oportunidad de padecer el evento.[37]

Resultados que podrían haber sido prevenibles y que afectan a la calidad de vida de las poblaciones, reducen las oportunidades de un goce pleno, generan secuelas a largo plazo, grados de discapacidad y aumentan los gastos en salud. [20, 21,22]

Este efecto directamente proporcional entre la atención prenatal inadecuada y las comorbilidades maternas nos obliga a repensar en la organización de los servicios de salud para dar cumplimiento a la ruta integral de atención materno perinatal y el protocolo de MME planteados por el ministerio de Salud y protección social, entendiendo que debemos trabajar para mejorar no solo la calidad del control prenatal con todos sus atributos sino también propender por el acceso de las mujeres a los servicios de salud, fortaleciendo las subredes y la prestación de los servicios en todos los territorios incluyendo los dispersos como muchos de la región pacifico colombiana.

Por último, el modelo indica que un factor protector que reduce el riesgo de presentar el evento es la estancia hospitalaria, debido a que reduce la oportunidad de MME en un 94% (OR: 0.066) 95%IC (0.052 - 0.085), esto debido al monitoreo constante que tienen las maternas durante la hospitalización, lo que reduce el riesgo de sufrir del evento.[31,32].

Sin embargo, esta estancia hospitalaria debe cumplir con unas características de calidad y suficiencia en el servicio, características mediadas por la buena adherencia y ejecución de las instituciones de la ruta materno perinatal y los protocolos para la vigilancia del evento, una problemática que requiere un análisis más profundo debido al deterioro o malversación de los procesos.

Al concertar los criterios de inclusión para la vigilancia de la MME la OMS dejó a discreción de cada país y región, la adaptación de sus propios criterios de identificación de los casos de MME de acuerdo con su nivel de desarrollo y capacidad institucional para resolver condiciones de emergencia, por ejemplo, para los países de África hubo ajustes para excluir los criterios relacionados con las pruebas de laboratorio entendiendo las limitaciones al acceso de estas tecnologías. [38]

Así mismo considerando todas las características diversas del territorio, especialmente en la región objeto de estudio, se debería realizar la diferenciación de los criterios para la vigilancia y seguimiento del evento, dinamizar el proceso para que sea más incluyente

teniendo en cuenta que la actual metodología no está siendo suficiente para evaluar la calidad y seguridad del control prenatal y la atención obstétrica. [38]

En cuanto a la atención prenatal existen inequidades territoriales en el país, de las cuales la región Pacífica es el principal referente, por esto es sumamente importante promover políticas públicas integrales de atención y asistencia social dirigidas al binomio madre-hijo que acaben con la transferencia intergeneracional de la pobreza. Además, el trabajo intersectorial debe dirigirse a mejorar la oportunidad, acceso y calidad de los servicios, y a que en estos se aumente la educación en salud a la población para que todas las personas, familias y comunidades se empoderen de la salud individual y la dinamicen a nivel particular y general.

La atención de la salud materna en los controles prenatales y sus otros servicios no solo debe ser de orden clínico sino comunitario, basado en la carga de enfermedad, la evidencia y costo efectividad, pero también en la equidad.

CONCLUSIONES

Existen factores contextuales que aumentan el riesgo de aparición de MME como son el quintil de riqueza más bajo, un nivel educativo bajo o no tener educación, además de una edad avanzada al momento de la gestación. Igualmente, al estudiar los efectos combinados de la atención prenatal y las comorbilidades de las maternas con MME, se puede concluir que tener control prenatal en los primeros meses de gestación, atendido por un médico, en el que se reciba información de los cuidados, signos de alarma y posibles complicaciones, son factores que disminuyen la posibilidad de sufrir del evento.

Las falencias en la educación y las creencias socioculturalmente establecidas son una de las razones más importantes por las cuales las mujeres no acuden a los servicios o no realizan la atención prenatal de forma adecuada,[23,24] sin embargo, la región pacifico colombiana tiene una diversidad cultural, étnica y sociocultural importante entorno a la atención realizada por parteras la cual debe ser incluida dentro del modelo de salud intercultural , teniendo en cuenta los datos reportados en la encuesta y estudios anteriores que afirman que alrededor del 38% de los partos son atendido por parteras. los investigadores sugieren fortalecer las guías y protocolos de atención prenatal de la región de una forma

descentralizada, valorando el enfoque intercultural, teniendo en cuenta la medicina ancestral del territorio para crear un trabajo mancomunado basado en el respeto y la inclusión que puede impactar de forma positiva en la población.

Una realidad presente en el análisis de los datos de la encuesta que permite pensar en la necesidad urgente de priorizar la salud materna como un asunto de todos, que requiere una asignación de recursos importante para el fortalecimiento de los procesos en todos los niveles de atención y en la cual se debe educar a la población general para garantizar el uso, y sobre todo conocimiento e interés de las familias y comunidades. [10]

Finalmente, este estudio nos permite relacionar muchas de las características de la atención prenatal y los factores sociodemográficos con los procesos de salud enfermedad de la población, entendiendo que a pesar de los hallazgos en asistencia al control prenatal en porcentajes altos el evento se sigue presentando al alza.

Debido a esto una de las conclusiones importantes es que, al avanzar en el manejo de las inequidades en salud materna a partir de la intervención de los determinantes en salud de estas mujeres, el impacto positivo va a ser evidente en toda la población. [24]

Considerando lo anterior, la relación significativa de la MME no está exclusivamente dada por la asistencia al control prenatal sino también mediada por la calidad de la atención integral prenatal, perinatal y el control de los riesgos asociados al desarrollo y comportamiento de los factores sociodemográficos.

Asi se concluye que las intervenciones en salud pública deben dirigirse a mejorar el uso de los servicios de salud materna y el empoderamiento de las mujeres y sus familias mediante programas educativos y práctica de saberes con enfoque intercultural, que permita la construcción de los servicios de salud materna de manera efectiva para reducir la mortalidad y morbilidad materna.

DECLARACIÓN DE LIMITACIONES

Una de las principales limitantes de la presente investigación radica en los últimos datos disponibles debido al uso de información secundaria, teniendo en cuenta que la fuente fue

la ENS 2015, se sugiere realizar una actualización de la encuesta nacional a la cual se deben anexar muchas más variables basadas en las características de las poblaciones y sus determinantes, para que las próximas investigaciones tengan un enfoque comunitario que aporte a la construcción de la salud colectiva.

Por otra parte, dentro de la calidad primaria del dato hay un gran volumen de información bajo subregistro que se debe considerar para próximos estudios, ya que muchas de las mujeres de la zona acuden a la medicina tradicional para la atención pre y postnatal y son datos con los cuales no se cuenta para la construcción y aporte investigativo, información que se considera también se debería de incluir en las próximas encuestas nacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y protección social. Salud materna [Internet]. GOV.CO. [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx
2. Ortiz Gamboa J, De Gaitán G, Carvajal A. Mortalidad materna. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 1969 [citado el 28 de junio de 2024];5(5):93. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
3. Salud materna [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. [citado el 28 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-materna
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de Morbilidad materna extrema [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Morbilidad%20materna%20extrema.pdf
5. Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio: mejorar la salud materna [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas. [citado el 28 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/quinto-objetivo-de-desarrollo-del-milenio-mejorar-la-salud-materna

6. World Bank Open Data [Internet]. World Bank Open Data. [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/
7. Stella N, Díaz N. Informe del evento Morbilidad Materna Extrema, Colombia, 2016 [Internet]. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 2016 [citado el 7 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/Morbilidad%20materna%20extrema%202016.pdf
8. Ministerio de la protección social. DECRETO NUMERO 3518 DE 2006 [Internet]. 2006 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf
9. Ministerio de la protección social. DECRETO NUMERO 3518 DE 2006 [Internet]. 2006 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf
10. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad materna extrema código INS: 549 [Internet]. Instituto Nacional de Salud. [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/sivigila/FichasdeNotificacion/Morbilidad%20materna%20extrema%20549.pdf
11. Ministerio de Salud y protección social, Fondo de población de las Naciones Unidas. Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema. Evaluación de la implementación [Internet]. [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Evaluacion-Modelo-vigilancia-morbilidad-materna-extrema.pdf
12. Ministerio de Salud y protección Social. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 30 23 al 29 de julio de 2023 [Internet]. Instituto Nacional de Salud. [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2023_Boleti%CC%81n_epidemiologico_semana_30.pdf

13. Ortiz E, Quintero C, Mejía J, Romero E, Ospino L, Granados G. Vigilancia de la morbilidad materna externa [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. 2010 [citado el 28 de junio de 2024]. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf
14. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2018 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
15. Ministerio de Salud y protección social. Resolución número 3280 de 2018 [Internet]. 2018 ago [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
16. Miranda Mellado C, Castillo Avila I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Rev Cuid [Internet]. 2016;7(2):1345. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3595/359546229012.pdf
17. Ortiz E, Vásquez G, Arturo M, Medina V. Protocolo de atención preconcepcional [Internet]. Ministerio de Salud y protección social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014 [citado el 28 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocoloatencion-preconcepcional.pdf
18. Barros V. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión [Internet]. 2022;7(1). Disponible en: https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480/1287
19. Fiallos Sánchez S. Normas a cumplir en el control prenatal y su relación con la morbimortalidad materno fetal Hospital Enrique Sotomayor 2015 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2016 [citado el 28 de junio de 2024]. Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/33917

20. Barbosa-Rengifo MM, Morales-Plaza CD, Amézquita-Abello MC, Martínez-Buitrago DM. Vigilancia de morbilidad materna extrema en una institución de referencia en Cali, Colombia, 2013-2014. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [citado el 28 de junio de 2024];67(3):215. Disponible en: https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/769
21. Wolde HF, Tsegaye AT, Sisay MM. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Addis Zemen primary hospital, South Gondar, Ethiopia. Reprod Health [Internet]. 2019;16(1):73. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12978-019-0745-2
22. Liang Y-W, Chang H-P, Lin Y-H, Lin L-Y, Chen W-Y. Factors affecting adequate prenatal care and the prenatal care visits of immigrant women to Taiwan. J Immigr Minor Health [Internet]. 2014;16(1):44–52. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10903-012-9734-z
23. Ameen S, Sultan M, Faisal A, editores. Obstetric morbidity associated with utilization and non-utilization of prenatal care [Internet]. Vol. 6. Asian Journal of Multidisciplinary Studies; 2018 [citado el 28 de junio de 2023]. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/229682357.pdf
24. DANE. Boletín Técnico. Pobreza multidimensional en Colombia 2023 [Internet]. 2024 abr [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PM/bol-PMultidimensional-2023.pdf
25. DANE. Boletín Técnico. Mercado laboral por regiones Segundo semestre 2023 [Internet]. 2024 feb. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIHRegiones-IISem2023.pdf
26. RAP PACIFÍCO. La educación en el Pacífico frente al contexto territorial [Internet]. 2021. Disponible en: https://rap-pacifico.gov.co/wp-content/uploads/2021/03/Webinar-II-2021-Educacion.pdf
27. Marrugo C, Moreno D, Mejía F, del Carmen Marrugo V. Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia. Revista CES [Internet]. 2015;6(1):5–11. Disponible en:

https://www.proquest.com/docview/1734284359/BA8F1EF86AB34D5EPQ/12?accountid=2076 92&forcedol=true

28. Voces Pacífico Cuarta Sesión 8 de octubre de 2020. Reflexiones en tiempos de pandemia: Un modelo diferencial de atención en salud [Internet]. Región Administrativa y de Planificación del Pacifico. 2020 [citado el 28 de junio de 2023]. Disponible en: https://rap-pacifico.gov.co/wp-content/uploads/2020/09/Voces-Paci%CC%81fico-4- insumo.pdf
29. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Tomo II. Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva [Internet]. 2015 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf
30. Geiger CK, Clapp MA, Cohen JL. Association of prenatal care services, maternal morbidity, and perinatal mortality with the advanced maternal age cutoff of 35 years. JAMA Health Forum [Internet]. 2021 [citado el 30 de junio de 2024];2(12):e214044. Disponible en:http://dx.doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.4044
31. Miranda BC, Jiménez DP, Díaz RE, Toste MÁ, Álvarez SS, González LF. Caracterización de los procesos de atención prenatal a las gestantes con morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cuba Hig Epidemiol [Internet]. 2015 [citado el 30 de junio de 2023];53(1). Disponible en: https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/2/2)
32. Flores Solis YJ, Saavedra Lopez JN. Morbilidad materna extrema y su relación con la calidad de cuidados maternos, hospital Victor Ramos Guardia, Huaraz, 2012-2016 [Internet]. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2018 [citado el 30 de junio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/2128
33. Puello Ávila AC, Rodríguez Ortiz JA, Giraldo Méndez N, Castro Herrera LM. El riesgo de recién nacidos expuestos a eventos de morbilidad materna extrema en un centro de alto riesgo obstétrico (Colombia). Univ. Med. 2021;62(4). Disponible en : https://doi.org/1 0.11144/Javeriana.umed62-4.mmia

34. Co, W. M. G. (s/f). Dirección de Epidemiología y Demografía Bogotá D.C. Abril 2024. Gov.co. Recuperado el 11 de julio de 2024, de. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf
35. Puello Ávila, A. C., Rodríguez Ortiz, J. A., Giraldo Méndez, N., & Castro Herrera, L. M. (2021). El riesgo de recién nacidos expuestos a eventos de morbilidad materna extrema en un centro de alto riesgo obstétrico (Colombia). Universitas Médica, 62(4). Disponible en: https://doi.org/10.11144/javeriana.umed62-4.mmia
36. Instituto Nacional de Salud. Comportamiento de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica. Boletín Epidemiológico Semanal [internet]. 2020 jun 28-jul4;27. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_27.pdf
37. Aguado Quintero, Girón Cruz, Osorio Mejía, Tovar Cuevas & Ahumada Castro. (2007) . Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv vol.5 no.1 Manizales Jan./Jun. 2007. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20130822110150/RevistaLatinoamericanaVol.5N.1enero-junio2007.pdf
38. Ortiz, Edgar Iván, Herrera, Enrique, & De La Torre, Alejandro. (2019). Morbilidad Materna Extrema: evento trazador para mejorar la calidad de la atención obstétrica en América Latina. Colombia Médica, 50(4), 286-292. Disponible en: https://doi.org/10.25100/cm.v50i4.4197.